

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

JEANE SILVESTRI FARIAS WECHI

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NO CUIDADO DO
PACIENTE EM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA CLÍNICA MÉDICA**

Florianópolis
2013

JEANE SILVESTRI FARIAS WECHI

UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NO CUIDADO DO
PACIENTE EM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA CLÍNICA MÉDICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de Viver, Ser Saudável e Adoecer.

Orientadora: Dra. Lucia Nazareth Amante

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Wechi, Jeane Silvestri Farias
UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NO CUIDADO DO PACIENTE
EM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM
UMA CLÍNICA MÉDICA / Jeane Silvestri Farias Wechi ;
orientadora, Lucia Nazareth Amante - Florianópolis, SC,
2013.

213 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Educação. 3.
Prevenção. 4. Escala de Braden. 5. Úlcera por pressão. I.
Amante, Lucia Nazareth. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NO CUIDADO DO
PACIENTE EM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA CLÍNICA MÉDICA**

Jeane Silvestri Farias Wechi

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Filosofia, Saúde e Sociedade**

Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke

Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em
Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante (Presidente)

Prof. Dra. Sayonara Barbosa (Membro)

Profa. Dra. Isabel Alves Maliska (Membro)

Profa. Dra. Nádia C. Salum (Membro)

Dedico este trabalho aos pacientes que sofrem com o agravo das úlceras por pressão. Na tentativa de ofertar medidas de conforto para amenizar este sofrimento, concedo esta obra.

AGRADECIMENTOS

Talvez as palavras não sejam suficientes para manifestar tudo que estou sentido neste momento, mesmo assim tentarei expressar minha gratidão a todas as pessoas que participaram desta trajetória.

*A **Deus**, luz divina a guiar meu caminho.*

*Aos meus **Pais**, por terem me dado à vida e, com ela, eu ter me tornado uma pessoa voltada para o cuidado com as pessoas.*

*Ao meu **marido**, pela paciência e por me apoiar em todas as minhas etapas.*

*Ao meu **filho Lucas**, por entender que a minha ausência, em certos momentos, foi necessária e por me orientar nas tecnologias da informática: obrigada, meu filho amado!*

*A minha **filha Paula**, que mesmo muito jovem é independente, e com isso fez com que eu me sentisse mais confortável para seguir em frente: você é única minha menina!*

*À Dra. **Lúcia Nazareth Amante**, minha orientadora, que me situou em todos os momentos, transferindo seus conhecimentos e acreditando que tudo seria possível.*

*Aos **professores** pelo esforço e dedicação pedagógica.*

*Ao **Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE)**, pela acolhida e a oportunidade do aprendizado em pesquisa.*

*Ao **Grupo Interdisciplinar de Cuidados com Pessoas com Feridas (GICPFHU)**, pelas trocas de experiência e aprendizado, o meu carinho especial.*

*À enfermeira **Maria Terezinha Honório**, pelo incentivo e auxílio na busca de literaturas.*

*À **equipe de enfermagem da CMIII**, que me apoiou em todos os momentos, participando e dedicando-se à pesquisa, em especial aos colegas **Alda, Isabela, Rafaela, Milene, Fernanda, Newton, Cilene, Isabel, Débora, Andreza, Ana Cláudia, Renata, Patrícia, Rosana, Adriana Martins e Viviane** pela participação nas ações educativas, momento ímpar no aprimoramento do cuidado.*

*Aos **pacientes**, que sem eles este estudo não seria possível.*

*Aos **familiares**, que acreditaram e confiaram seus entes queridos aos cuidados de toda a equipe de enfermagem.*

*Aos **membros da banca**, Dra. Sayonara Barbosa, Dra. Nádia Chiodelli Salum, Dra. Isabel Alves Maliska, Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello e Dda. Fernanda Paese pela disponibilidade na participação deste trabalho e por suas valiosas contribuições.*

*A todos os **amigos** que mesmo de longe entendem a importância da pesquisa e dos benefícios que esta traz aos pacientes.
À **enfermagem**, ciência do cuidado.*

“Amo a liberdade, por isso deixo as coisas que amo livres. Se elas voltarem, é porque as conquistei. Se não voltarem, é porque nunca as possuí”.

(John Lennon)

WECHI, JEANE SILVESTRI FARIAS. UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NO CUIDADO DO PACIENTE EM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM UMA CLÍNICA MÉDICA. 2013. 211 P.

Dissertação Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Lúcia Nazareth Amante.

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de Viver, Ser Saudável e Adoecer.

RESUMO

As úlceras por pressão (UPs) representam um grave problema para os pacientes, familiares e a equipe de enfermagem. Diante desta realidade, emana a necessidade de buscar e propagar o conhecimento através de ações educativas sobre medidas preventivas com respaldo científico, a fim de favorecer uma atenção peculiar aos pacientes com feridas crônicas, em especial a UP, para que o cuidado de enfermagem seja seguro e eficaz. Frente a este contexto, o presente estudo objetiva: instrumentalizar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de Clínica Médica para o cuidado com o paciente em risco de úlceras por pressão através da utilização da Escala de Braden; construir coletivamente um fluxograma de intervenções de enfermagem a partir dos resultados obtidos com a aplicação da citada Escala; e determinar o perfil clínico-demográfico por meio da aplicação desta nos pacientes internados em uma unidade de Clínica Médica. Trata-se de pesquisa qualitativa, convergente assistencial, desenvolvida em unidade de internação de Clínica Médica de um Hospital Universitário de Santa Catarina, no período de maio a agosto de 2012. Participaram dezesseis (16) profissionais de enfermagem e cento e dezenove (119) pacientes que estiveram internados no período da coleta de dados. Realizaram-se ações educativas com os profissionais de enfermagem, cujos encontros foram organizados de acordo com o Arco da Problematização. Nestes encontros, foram aplicados questionários que visaram estimar o conhecimento acerca das úlceras por pressão e da Escala de Braden. Para a análise de dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo em seus três momentos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos

resultados e interpretação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer nº 147.945. Os resultados são apresentados em três manuscritos, sendo que o primeiro, *Instrumentalização dos enfermeiros de uma unidade de internação para o uso da Escala de Braden*, suscitou três categorias: Conhecimento sobre o cuidado preventivo para úlcera por pressão; Conhecimento dos enfermeiros sobre a Escala de Braden; Reflexões sobre a utilização da Escala de Braden em uma unidade de Clínica Médica. Os resultados apontam que os enfermeiros ampliaram seus conhecimentos acerca da Escala em questão e observaram a necessidade de prevenção das úlceras por pressão utilizando este instrumento preditivo. Com isso, foram elaboradas intervenções de enfermagem para a prevenção de úlceras por pressão de acordo com a Escala de Braden. O segundo manuscrito, intitulado *Ações educativas para técnicos e auxiliares de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão*, originou duas categorias: Conhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre úlceras por pressão; e Reflexos da utilização das medidas preventivas na prevenção das úlceras por pressão na unidade de Clínica Médica. Os resultados indicaram que estes profissionais possuem conhecimento sobre as medidas preventivas para as úlceras por pressão e as utilizam na sua prática diária, e que as ações educativas realizadas aprimoraram seus embasamentos científicos. O terceiro manuscrito, *Perfil dos pacientes de uma unidade de internação avaliados a partir da Escala de Braden*, apresentou o seguinte resultado, quanto maior a idade e o grau de dependência dos pacientes, associado à causa da hospitalização e o tempo de internação, maior o risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Conclui-se que este estudo aprimorou o conhecimento dos participantes acerca da prevenção das úlceras por pressão através de ações educativas, da aplicabilidade da Escala de Braden e de medidas preventivas na prática diária. Portanto, com sua realização, torna-se viável e necessária a implantação da Escala de Braden nas unidades de internação desta instituição.

Descritores: Conhecimento. Educação. Úlcera por pressão. Prevenção. Escalas. Enfermagem. Cuidados de enfermagem.

WECHI, JEANE SILVESTRI FARIAS. USE OF SCALE BRADEN IN CARE OF THE PATIENT AT RISK FOR DEVELOPMENT OF PRESSURE ULCER IN A MEDICAL CLINIC. In 2013. 211 P.
DISSERTATION PROFESSIONAL MASTER IN MANAGEMENT CARE NURSING, UNIVERSITY OF FEDERAL. SANTA CATARINA, Florianópolis, 2013.
Advisor: Dr. Lucia Nazareth Amante.
Research Interests: Care and Living Process, and Be Healthy Sick.

ABSTRACT

Pressure ulcers represent a serious problem for patients, families and nursing staff. Given this reality, emanates the need to seek and disseminate knowledge through educational activities on preventive measures with scientific support in order to promote a peculiar attention to patients with chronic wounds, especially UP, so that nursing care is safe and effective. Given this context, this study aimed to equip the nursing unit of a hospital medical clinic to care for the patient at risk for pressure ulcers by using the Braden scale, collectively build a flowchart of interventions nursing from the results obtained with the application of the Braden Scale and determine the clinical / demographic through the application of the Braden Scale in patients admitted to a medical unit. This is a qualitative research, convergent, developed in an inpatient facility medical clinic of the University Hospital of Santa Catarina, between May and August 2012. Participated in 16 nurses and 119 patients who were hospitalized in the period of data collection. Educational activities were conducted with nurses, whose meetings were organized according to the arc of questioning. These meetings were also used questionnaires that aimed to estimate the knowledge about of pressure ulcers and the Braden scale. For data analysis we used the content analysis, in its three stages: pre -analysis, material exploration, processing and interpretation of the results. The study was approved by the ethics committee on human research under Opinion No 147 945. The results are presented in three manuscripts: the first, instrumentalization of nurses from an inpatient facility for using the Braden scale, raised three categories: Knowledge about preventive care for pressure ulcers; Knowledge of nurses about the Braden scale;

reflections on the use of the Braden scale in a medical unit. The results showed that nurses expanded their knowledge of the Braden scale and noted the need for prevention of pressure ulcers using this predictive instrument. Thus were prepared nursing interventions for the prevention of pressure ulcers according to the Braden Scale. The second, Educational activities for technicians and nursing assistants on the prevention of pressure ulcers, originated two categories: knowledge of technicians and nursing assistants on pressure ulcers and reflections on the use of preventive measures in the prevention of pressure ulcers in the clinical unit medical. The results indicated that these professionals possess knowledge about preventive measures for pressure ulcers and use in their daily practice, and that the educational activities improved their scientific emplacements. The third manuscript, profile of patients in an inpatient facility evaluated from the Braden Scale, showed that as a result , the higher the age and degree of dependency of patients , associated with the cause of hospitalization and length of stay , the greater the risk for developing pressure ulcers. We conclude that this study has enhanced the participants' knowledge about prevention of pressure ulcers through educational and applicability of the Braden Scale and preventive measures in daily practice. With this study is feasible and necessary to the implementation of the Braden scale in inpatient units of the institution.

Keywords: Knowledge. Education. Pressure ulcers. Prevention. Scales. Nursing. Nursing care.

WECHI, JEANE SILVESTRI FARIAS. USO DE ESCALA BRADEN EN EL CUIDADO DEL PACIENTE EN RIESGO DE DESARROLLO DE ÚLCERAS DE PRESIÓN EN UN CLÍNICA MÉDICA. En 2013. 211 P.

TESIS MÁSTER PROFESIONAL EN GESTIÓN
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
FEDERAL.

Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Asesor: Dra. Lucia Nazaret Amante.

Líneas de Investigación: Cuidado y el Proceso de estar, y estar sano
Enfermos.

RESUMEN

Las úlceras por presión representan un grave problema para los pacientes, familiares y personal de enfermería. Ante esta realidad, emana la necesidad de buscar y difundir el conocimiento a través de actividades educativas en las medidas preventivas, con el apoyo científico a fin de promover una atención particular a los pacientes con heridas crónicas, sobre todo, por lo que el cuidado de enfermería es seguro y efectiva. Dado este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo dotar a la unidad de enfermería de una clínica hospital para cuidar al paciente en riesgo de úlceras por presión mediante el uso de la Escala de Braden , construir colectivamente un diagrama de flujo de las intervenciones enfermería de los resultados obtenidos con la aplicación de la Escala de Braden y determinar la clínica / demográficos a través de la aplicación de la Escala de Braden en los pacientes ingresados en una unidad médica . Se trata de una investigación cualitativa, convergente, desarrollado en un centro de internación Clínica Médica del Hospital de la Universidad de Santa Catarina, entre mayo y agosto de 2012. Participó en 16 enfermeras y 119 pacientes que fueron hospitalizados en el período de recolección de datos. Las actividades educativas se llevaron a cabo con las enfermeras, cuyas reuniones se organizaron según el arco de cuestionamiento. Estas reuniones también se utilizaron cuestionarios que tuvo por objetivo estimar el conocimiento acerca de las úlceras por presión y la Escala de Braden. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido, en sus tres etapas: pre -análisis, la exploración de materiales, procesamiento e interpretación de los resultados. El estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación en humanos bajo Dictamen n ° 147 945. Los resultados se presentan en tres manuscritos: el primero, instrumentalización de los

enfermeros de un centro de internación para el uso de la Escala de Braden, planteó tres categorías: conocimiento sobre la atención preventiva de las úlceras por presión, conocimiento de los enfermeros sobre la Escala de Braden; Reflexiones sobre el uso de la Escala de Braden en una unidad médica. Los resultados mostraron que las enfermeras amplió sus conocimientos de la Escala de Braden y señaló la necesidad de la prevención de úlceras por presión utilizando este instrumento predictivo. Así se prepararon las intervenciones de enfermería para la prevención de úlceras por presión de acuerdo con la Escala de Braden. Los segundos, actividades educativas para los técnicos y auxiliares de enfermería en la prevención de las úlceras por presión, se originaron dos categorías: el conocimiento de los técnicos y auxiliares de enfermería en las úlceras por presión y reflexiones sobre el uso de medidas de prevención en la prevención de las úlceras por presión en la unidad clínica médica. Los resultados indicaron que estos profesionales poseen conocimientos sobre las medidas preventivas para las úlceras por presión y utilizan en su práctica diaria, y que las actividades educativas mejoraron sus emplazamientos científicos. La tercera manuscrito, Perfil de los pacientes en un centro de internación evaluado a partir de la Escala de Braden, mostró que, como resultado, mayor es la edad y el grado de dependencia de los pacientes, asociado con la causa de la hospitalización y la duración de la estancia, mayor es el riesgo de el desarrollo de las úlceras por presión. Se concluye que este estudio ha mejorado el conocimiento de los participantes acerca de la prevención de úlceras por presión a través de medidas educativas y de aplicabilidad de la Escala de Braden y preventivas en la práctica diaria. Con este estudio es posible y necesaria para la aplicación de la Escala de Braden en las unidades de hospitalización de la institución. Palabras clave: Conocimiento. La educación. Las úlceras por presión. Prevención. Escalas. Enfermería. Cuidados de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estruturas da Pele.....	29
Figura 2: Área sob Suspeita de Lesão Tissular Profunda.....	35
Figura 3: Úlcera por Pressão em Estágio I.....	36
Figura 4: Úlcera por Pressão em Estágio II.....	37
Figura 5: Úlcera por Pressão em Estágio III.....	38
Figura 6:Úlcera por Pressão em Estágio IV.....	39
Figura 7: Úlcera por Pressão não Estadiável.....	40
Figura 8: Arco de Maguerez.....	112
MANUSCRITO 1:	
Figura 1: Fluxograma.....	134 E 135
Manuscrito 3:	
Figura 1: Distribuição dos pacientes de conforme a idade e a periodicidade de avaliação de acordo com a escala de braden, 14 de maio a 14 de agosto de 2012.....	160
Figura 2: Distribuição dos pacientes de acordo com a presença de úlcera por pressão na internação, durante a hospitalização e na alta, 14 de maio a 14 de agosto de 2012.....	161
Figura 3: Distribuição dos pacientes de acordo com o risco para e o desenvolvimento de úlcera por pressão, 14 de maio a 14 de agosto de 2012.....	162

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Intervenções de Enfermagem para a Prevenção das Ups Através da EB.....	66
Quadro 2: Incidência, Prevalência e Fatores de Risco para Úlceras por Pressão.....	69
Quadro 3: Tecnologias para o Tratamento das Úlceras por Pressão.....	81
Quadro 4: Estado Nutricional e Úlcera por Pressão.....	85
Quadro 5: Instrumentalização de Profissionais, Pacientes/Familiares para o Cuidado com as Úlceras por Pressão.....	88
Quadro 6: Distribuição dos Profissionais de acordo com o Tempo de Serviço na Instituição e Categoria Profissional, Maio a Agosto de 2012.....	115

LISTA DE SIGLAS

AGE	Ácido Graxo Essencial
AHCPR	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANA	American Nurses Association
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
CEPEN	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CNE	Cateter Naso-Enteral
CPMA	Comissão Permanente de Materiais de Assistência
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DF	Distrito Federal
EB	Escala de Braden
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EUA	Estados Unidos da América
GICPFHU	Grupo Interdisciplinar de Cuidados com Pessoas com Feridas do Hospital Universitário
HU	Hospital Universitário
IHI	Institute for Healthcare Improvement
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SGCA/UFSC	Sistema Gestor de Capacitação da Universidade Federal de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCCR	Unidade de Clínica Cirúrgica
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UGN	Unidade de Clínica Ginecológica
UP	Úlcera por Pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 OBJETIVOS.....	28
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	28
3.1 ASPECTOS ANATÔMICOS E FISIOLÓGICOS DA PELE	28
3.1.1 <i>Epiderme</i>	29
3.1.2 <i>Derme</i>	30
3.1.3 <i>Hipoderme ou tecido celular subcutâneo</i>	30
3.1.4 <i>Funções da pele</i>	30
3.1.4.1 <i>Proteção</i>	30
3.1.4.2 <i>Sensação</i>	31
3.1.4.3 <i>Equilíbrio hídrico</i>	31
3.1.4.4 <i>Regulação da Temperatura</i>	31
3.1.4.5 <i>Produção de Vitamina</i>	32
3.2 MECANISMOS DE LESÃO CELULAR	32
3.3 ASPECTOS GERAIS E ESPECÍFICOS SOBRE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	33
3.3.1 <i>Definição</i>	33
3.3.2 <i>Sistema de classificação das úlceras por pressão</i>	34
3.3.3 <i>Estágios das UP</i>	34
3.3.3.1 <i>Suspeita de lesão tissular profunda</i>	34
3.3.3.2 <i>Estágio I</i>	35
3.3.3.3 <i>Estágio II</i>	36
3.3.3.4 <i>Estágio III</i>	37
3.3.3.5 <i>Estágio IV</i>	38
3.3.3.6 <i>Úlceras que não podem ser classificadas (não estadiáveis)</i>	39
3.3.4 <i>Fisiopatologia da UP</i>	40
3.3.5 <i>Fatores de risco para UP</i>	41
3.3.6 <i>Áreas de Risco das UP e cuidados localizados</i>	42
3.3.7 <i>Prevenção das UP</i>	43
3.3.7.1 <i>Avaliação da Pele e condutas para a prevenção de UP</i> .	43
3.3.7.2 <i>Avaliação do Risco</i>	44

3.3.7.3 Escalas preditivas.....	45
3.3.7.3.1 Escala de Norton.....	45
3.3.7.3.2 Escala de Gosnell.....	46
3.3.7.3.3 Escala de Waterlow	46
3.3.7.3.4 Escala de Braden	47
3.3.7.3.5 Avaliação nutricional e da sensibilidade dolorosa.	47
3.4 PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS UP	48
3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	49
3.5.1 <i>Erro Humano</i>	51
3.5.1.1 Tipos de Erros.....	51
3.5.1.2 A prevenção do Erro Humano	53
3.6 ALGUNS CONCEITOS PRESENTES NESTA PESQUISA	55
4 METODOLOGIA.....	110
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	110
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	113
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	114
4.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO.....	115
4.5 COLETA DE DADOS	116
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	118
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	119
5 RESULTADOS.....	120
5.2 MANUSCRITO 2 - AÇÕES EDUCATIVAS PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO	140
5.3 MANUSCRITO 3: PERFIL DOS PACIENTES DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO AVALIADOS A PARTIR DA ESCALA DE BRADEN.....	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICES.....	190
ANEXOS.....	204

1 INTRODUÇÃO

Durante toda minha trajetória profissional, na maior parte em Clínica Médica, deparei-me com a fragilidade de pacientes acometidos com úlceras por pressão (UPs), cuja condição, debilitada pelas morbidades e comorbidades, favorecia o desenvolvimento destas durante sua internação, em seu domicílio ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

As UPs são lesões localizadas na pele ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea como resultado da pressão, combinada, ou não, com cisalhamento e/ou fricção. (NPUAP, 2009).

Frente a este contexto, muitas vezes a impotência tomou conta, principalmente pela realidade encontrada nos diversos locais em que trabalhei, tais como: falta de recursos materiais, de protocolos, de fluxogramas, de rotinas e capacitações para o cuidado de enfermagem sobre a integridade cutâneo-mucosa destes pacientes.

Ao longo dos anos, o processo de cuidado de enfermagem acerca da prevenção da úlcera por pressão tornou-se um desafio para minha vida profissional. Desde que ingressei no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), tenho procurado me aperfeiçoar quanto à integridade cutâneo-mucosa para prestar o cuidado de enfermagem com qualidade, seja participando do Grupo Interdisciplinar de Cuidados com Pessoas com Feridas do Hospital Universitário (GICPFHU), seja ministrando módulos de capacitação para as equipes de enfermagem, com enfoque no cuidado com pacientes acometidos por lesões cutâneas, entre elas as UPs.

Na unidade de Clínica Médica em que sou enfermeira assistencial, internam pacientes provenientes de transferências internas da Unidade de Emergência, os quais são oriundos do domicílio ou de ILPI, da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), das Unidades Ambulatoriais, raramente da Unidade de Ginecologia (UGN), e das Unidades de Clínicas Cirúrgicas (UCCR).

Observo que os pacientes idosos dependentes admitidos pela Unidade de Emergência, provenientes do domicílio e das ILPI chegam às unidades de Clínica Médica com UPs em estágios II, III e IV, localizadas nas regiões sacras, trocanteriana, maleolar e de calcâneos. Já os pacientes procedentes da UTI, devido à longa permanência em protocolos de sedação e ventilação mecânica, apresentam alterações na sua integridade cutâneo-mucosa, cuja localização é na maioria das vezes na região sacra, trocanteriana e maleolar.

De um modo geral, os pacientes provenientes dos ambulatórios não apresentam UPs por serem independentes. De modo raro, as pacientes oriundas da UGN apresentam alteração na integridade cutânea-mucosa devido aos procedimentos obstétricos, como cesariana ou parto normal. Já os poucos pacientes provenientes das UCCR são portadores de grandes cirurgias, na maioria das vezes abdominais, em decorrência do seu quadro de dependência, apresentam UP nas regiões sacra, trocanteriana e maleolar.

Ao internar na Clínica Médica em questão, o paciente é avaliado pelo enfermeiro e as medidas preventivas já preconizadas são selecionadas e implementadas através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo elas: uso de colchão piramidal para pacientes semidependentes e dependentes; uso de protetores de calcâneo; mudança de decúbito de três em três horas, obedecendo a uma escala de horários afixada na cabeceira da cama do paciente no momento da internação, ou quando este passa a apresentar risco para o desenvolvimento de UP.

Nos pacientes com UPs já instaladas, são realizadas, pela equipe de enfermagem, avaliações diárias das características das lesões, definindo-se quais produtos são adequados. No HU/UFSC existe a Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA), que garante a aquisição de produtos incluídos nas recentes recomendações para o tratamento de lesões das mais diversas origens.

O progresso tecnológico tem contribuído para garantir qualidade de atendimento aos pacientes internados, portadores de alterações na integridade cutâneo-mucosa. Mesmo com todo este avanço, as UPs ainda constituem um grave problema de saúde para as pessoas hospitalizadas e para as instituições de saúde. A incidência de UP é considerada um indicativo da qualidade dos cuidados. Sua presença está associada ao aumento: do tempo de internação, da carga de trabalho para enfermagem e de custos, além de maior morbidade e mortalidade aos pacientes internados. (AIZPITARTE et al., 2005; ANDRADE et al., 2010).

Diante desta realidade, emana a necessidade de buscar e propagar o conhecimento sobre medidas preventivas com respaldo científico, a fim de favorecer uma atenção peculiar aos pacientes com feridas crônicas, em especial a UP, para que o cuidado de enfermagem seja seguro e eficaz.

De acordo com Borges e Fernandes (2012), no Brasil, o verdadeiro número de pacientes com UPs ainda é uma incógnita, devido à lacuna que existe nos registros e na obtenção da taxa de ocorrência

deste agravo. Os números que aparecem são apenas estimativas e a real soma dos casos de lesões e do dispêndio financeiro para o seu tratamento não são realmente conhecidos.

Este fato causa apreensão nos profissionais, uma vez que a maioria das instituições brasileiras não possui algum tipo de protocolo de prevenção ou tratamento para as UP, deixando a critério de cada profissional o procedimento a ser empregado. Mesmo nos locais em que existe algum tipo de guia ou de protocolo para prevenção e tratamento, estes não apresentam as recomendações preconizadas nas melhores evidências científicas.

Um estudo realizado em um Hospital Universitário do estado de SP, com pacientes considerados em risco para o desenvolvimento de UP e internados em unidades médico-cirúrgicas, cuidados semi-intensivo e intensivo, revelou uma incidência entre 23,63% e 42,64%. (ROGENSKI; SANTOS, 2005). Já Faustino e Caliri (2010) encontraram uma prevalência de 33,3/5 e incidência de 26,2% em estudo realizado em um Hospital Universitário no Estado de São Paulo. Quando se trata de pacientes paraplégicos ou tetraplégicos, a prevalência pode chegar a 60%, sendo que em pacientes internados é de 3% a 30%. (COSTA et al., 2005).

Nos Estados Unidos (EUA), estima-se que 1,3-3.000.000 pacientes apresentam UP, originando um ônus expressivo para as instituições e os pacientes. A incidência é maior em pacientes idosos hospitalizados e naqueles que vivem em ILPIs. (COLLISON, 2008). Faz-se necessário investigar o nível de risco de indivíduos em adquirir UP, bem como a sua prevalência e os custos atuais com curativos, de modo a melhorar os serviços de saúde e minimizar o ônus com o tratamento nas instituições de saúde. (LIMA & GUERRA, 2011).

Ainda conforme estes autores, a avaliação da relação entre a presença de UP, idade, sexo, comorbidades diagnosticadas, institucionalização dos doentes e o impacto das UP na mortalidade e no tempo de internação dos doentes hospitalizados, evidenciou que a taxa de morbidade relativa às UPs corresponde a 12,2%. Esta proporção adquire relevância quando são considerados apenas os pacientes com idade igual ou superior a sessenta e cinco (65) anos, em que assume um valor de 23,3%. Idades acima de sessenta e cinco (65) anos constituem uma condição de risco com significância estatística para o desenvolvimento de UP.

Para Lima & Guerra, dentre todas as comorbidades frequentemente associadas aos indivíduos idosos, a doença neurológica

tem uma relevância especial, estando presente em 61% dos pacientes com UPs.

É interessante verificar que 36% dos idosos portadores de UP eram residentes em lares de acolhimento, enquanto que a institucionalização era a realidade de apenas 10% dos doentes não portadores de UPs do mesmo grupo etário, esta diferença torna estatisticamente significativa a associação entre as duas variáveis. (LIMA & GUERRA, 2011).

No Brasil, poucos estudos estimam os custos de um paciente que necessita de cuidados relacionados às úlceras por pressão adquiridas em instituições hospitalares.

Já nos EUA, os custos com as UPs são de US\$ 2.000 a 25.000 dólares por indivíduo ao ano. Mesmo com este ônus, a NPUAP presume que 60.000 pessoas morrem anualmente em decorrência de lesões de pele, como as UPs. (CARVALHO et al., 2007).

O custo do tratamento das UPs, no Reino Unido, varia de 1.064 (estágio I) a 10.551 (estágio IV) libras. Estes custos tendem a aumentar conforme o grau da UP, devido ao longo tempo de tratamento. O total de custos neste país é de 1,4 a 2,1 bilhões de libras por ano, dos quais a maior parcela corresponde à hora de trabalho do enfermeiro. (BENNETT; DEALEY; POSNETT, 2004).

Com isso, observa-se que se gastaria menos aplicando recursos financeiros em projetos para a prevenção, ao invés de para o tratamento da UP, pois o êxito dos resultados, em longo prazo, está ligado predominantemente aos cuidados em evitar pressão prolongada nas áreas críticas, e não nos cuidados com a lesão. (FERREIRA; CALIL, 2001).

O desenvolvimento de UP conduz a consequências graves, não só relacionadas ao aumento da morbidade e da mortalidade, como também na redução da qualidade de vida dos pacientes. (SILVA; OLIVEIRA, SILVEIRA, 2009; ANDRADE et al., 2010).

A qualidade de vida do paciente portador de UP sofre mudanças negativas, tanto no ambiente hospitalar quanto em seu domicílio, a partir do momento em que este precisa alterar seu estilo de vida. As rotinas diárias sofrem mudanças relacionadas às mobilizações, à alimentação, às atividades da vida diária, à readaptação ambiental com os dispositivos de apoio (colchão piramidal, coxins) e à realização de curativos diários.

O paciente portador de úlcera por pressão sofre impacto físico, social, psicológico, dor severa, ônus significativo e falta de comprometimento dos profissionais da saúde em relação às sintomatologias referidas por ele. (GORECKI et al., 2009). O

isolamento para o tratamento prejudica a vida social deste paciente, reduzindo seu círculo de interação social, causando sentimentos de solidão e depressão. Neste sentido, o papel dos profissionais de saúde no processo de readaptação deste paciente é fundamental para amenizar as mudanças gradativas que irão ocorrer no processo de alteração das rotinas, tanto do paciente quanto de seus familiares.

Ao analisar a produção bibliográfica sobre a qualidade de vida de portadores de feridas crônicas, entre 2000 e 2009, no Brasil, chegou-se à conclusão de que, apesar de perceptível, ainda é discreto o progresso na produção de conhecimento sobre os cuidados ao paciente que convive com uma ferida crônica (ALBUQUERQUE; ALVES, 2011). Estes autores destacam que os cuidados direcionados a qualquer tipo de ferida crônica são de responsabilidade da equipe multiprofissional, ou seja, envolve a participação de enfermeiro, médico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, entre outros.

Neste sentido, para minimizar o risco de desenvolvimento da UP, a avaliação do cuidado em saúde de forma permanente e efetiva colabora para a segurança do paciente que, ao sofrer o processo de internação, deposita sua confiança nos profissionais de saúde. Por outro lado, é do conhecimento de todos que a incidência de UP e de quedas são considerados indicadores para qualificar o cuidado de enfermagem (GABRIEL et al., 2011).

São considerados pacientes em risco para o desenvolvimento de UPs: aqueles que se encontram hospitalizados acamados, pacientes presos a cadeiras e todos aqueles que não conseguem realizar o seu autocuidado; os que estejam imóveis, devido a causas físicas ou cognitivas, com a integridade músculo-esquelética alterada, usando dispositivos, com a sensibilidade diminuída, expostos a umidade excessiva, com emagrecimento significativo, ou por uma conduta inadequada (PEDREIRA et al., 2006; IRION, 2012). Sendo assim, o conhecimento dos fatores de risco de desenvolvimento de UP permite que o profissional e os cuidadores os reduzam. Para avaliação destes fatores foram elaboradas diversas ferramentas para tentar quantificá-los, permitindo aos profissionais o uso de uma mesma linguagem, proporcionando um meio objetivo de tomada de decisão. O foco destas ferramentas consiste em identificar as pessoas que necessitam de medidas preventivas e abordar fatores específicos que as colocam em risco. As intervenções podem acontecer diretamente a partir da abordagem dos fatores de risco (IRION, 2012).

Uma das ferramentas que serve para avaliar o risco do paciente de desenvolver UP é a Escala de Braden (EB), desenvolvida por Barbara Braden e Bergstrom Nancy em 1987. Esta ferramenta foi validada clinicamente, permitindo aos profissionais de saúde avaliar os pacientes de forma confiável (U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2011).

No Brasil, Paranhos e Santos (1999) adaptaram a EB para a língua portuguesa e testaram sua validade preditiva pela aplicação clínica, concluindo que a mesma tem valor preditivo nesta população. Para Faustino e Caliri (2010), a EB constitui uma ferramenta para a prática clínica do enfermeiro, uma vez que permite a identificação do grau de risco para o desenvolvimento de UP, possibilitando a implementação de um plano de cuidado individualizado.

Ao evitar, prevenir e melhorar os resultados do cuidado de enfermagem implementados, os profissionais estarão alinhados com o Movimento Mundial pela Segurança do Paciente. Segundo World Health Organization (WHO), “segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários, associados ao cuidado em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis, do contexto em que o cuidado foi realizado, e uso das melhoras práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente” (WHO, 2007, p. 15).

Uma das ações voltadas para a segurança do paciente é a prevenção da UP, que pode ser implementada com o uso da EB que avalia riscos e recomenda práticas, com o uso de medidas preventivas. Além disto, as ações educativas promovem a capacitação dos profissionais para o exercício contínuo de uma prática com qualidade, oferecendo possibilidades para o seu desenvolvimento e minimizando esforços, tempo, custos e conflitos. (MIRA, 2006).

A atuação dos profissionais de enfermagem na padronização de medidas preventivas, e, sobretudo, na prevenção e controle das UPs, é essencial para a diminuição da incidência deste problema de saúde e consequente melhora na qualidade do atendimento à saúde da população.

Entendo que, no cenário hospitalar, a enfermagem assume papel fundamental enquanto profissão que está ao lado do paciente durante vinte e quatro horas, cabendo aos seus profissionais vigilância e ações contínuas que promovam segurança no decorrer da internação.

Observo que, em meu ambiente de trabalho, apesar de todos os esforços para oferecer cuidado de enfermagem seguro e efetivo, ainda ocorre a

lesão tecidual em pacientes com risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, aliado ao fato de que a Escala de Braden é conhecida e não utilizada pela equipe de enfermagem. Frente a este panorama, busquei desenvolver ações educativas que promovessem a instrumentalização dos profissionais de enfermagem para a prevenção das úlceras por pressão através da aplicação da Escala de Braden, propondo intervenções com estes resultados.

Diante deste contexto, senti-me motivada para buscar resposta as seguintes perguntas de pesquisa:

1. Como instrumentalizar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de Clínica Médica para o cuidado de enfermagem com a aplicação da Escala de Braden nos paciente em risco de úlcera por pressão?
2. Qual o perfil clínico-demográfico dos pacientes internados em uma unidade de internação de Clínica Médica de um Hospital Universitário?

2 OBJETIVOS

Instrumentalizar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de Clínica Médica para o cuidado com o paciente em risco de úlceras por pressão com a utilização da Escala de Braden.

Construir coletivamente um fluxograma de intervenções de enfermagem a partir dos resultados obtidos com a aplicação da Escala de Braden.

Determinar o perfil clínico-demográfico, por meio da aplicação da Escala de Braden, nos pacientes internados em uma unidade de Clínica Médica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é indispensável para situar o presente estudo diante do contexto de cuidado à pessoa com UP, servindo como ponto de partida para a discussão. Neste sentido, a presente revisão tratará dos seguintes temas: aspectos anatômicos e fisiológicos da pele; aspectos gerais e específicos das úlceras por pressão; cuidado de enfermagem e segurança do paciente.

Ainda integra esta revisão um manuscrito intitulado: Produção científica sobre úlceras por pressão e Escala de Braden: revisão integrativa da literatura.

3.1 ASPECTOS ANATÔMICOS E FISIOLÓGICOS DA PELE

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando 15% do seu peso. É o manto de revestimento do organismo, que protege os elementos orgânicos do meio externo (MEIRELES; SILVA, 2011).

Possui uma complexa estrutura de tecidos e está preparada para exercer várias funções, tais como proteção mecânica, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, função físico-química, imunológica, termorregulação e hemorregulação, metabolismo, sensibilidade e percepção (OLIVEIRA, 2012).

A pele é composta de três camadas principais: epiderme (*camada externa*), derme (*camada intermediária*) e hipoderme ou tecido celular subcutâneo (*camada interna*). A figura a seguir apresenta estas estruturas.

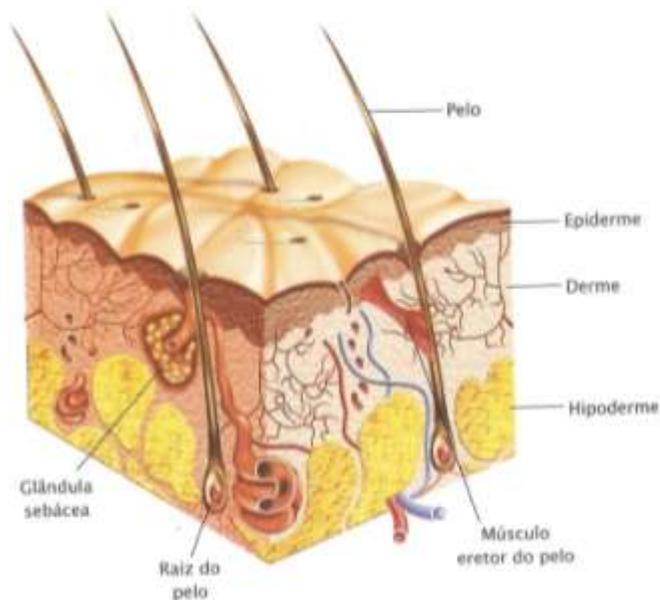


Figura 1: Estruturas da Pele.
Fonte: SILVA et al., 2011

3.1.1 Epiderme

É a camada mais externa de células epiteliais estratificadas, composta predominantemente por *queratinócitos*. A epiderme varia em espessura desde aproximadamente 0,1mm nas pálpebras, até cerca de 1 mm nas palmas das mãos e plantas dos pés. Esta camada de células que está ligada com as mucosas e o revestimento dos canais auditivos consiste de células vivas, em divisão contínua e coberta na superfície por células mortas. Estas células mortas contêm grandes quantidades de *queratina*, uma proteína fibrosa insolúvel que forma a barreira externa da pele e possui a capacidade de repelir os patógenos, evitando a perda excessiva de líquidos pelo corpo (SMELTZER et al., 2008).

Outro tipo de célula que faz parte da epiderme são os *melanócitos*, que estão envolvidos na produção do pigmento de melanina, que colore a pele e os pelos. Ainda dois outros tipos de células fazem parte da epiderme, as células de Merkel e de Langerhans.

As células de Merkel são receptores que transmitem os estímulos até o axônio através de sinapse química, e as células de Langerhans desempenham papel nas reações cutâneas do sistema imune

(SMELTZER et al., 2008).

3.1.2 Derme

Constitui a maior porção da pele, propiciando força e estrutura, sendo composta de duas camadas: papilar e reticular. A derme papilar está situada exatamente abaixo da epiderme, é composta de células fibroblásticas, capazes de produzir uma forma de colágeno, componente do tecido conjuntivo.

A camada reticular está situada abaixo da camada papilar, produzindo colágeno e feixes elásticos. A Derme também é composta de nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas, raízes, pelos, vasos sanguíneos e linfáticos (SMELTZER et al., 2008).

3.1.3 Hipoderme ou tecido celular subcutâneo

Composta principalmente por tecido adiposo, a Hipoderme favorece um acolchoamento entre as camadas da pele, músculos e ossos. Este tecido ocasiona mobilidade da pele, molda os contornos do corpo e o isola (SMELTZER et al., 2008).

A Hipoderme aumenta o isolamento térmico da pele e a protege de lesões por forças de compressão ou cisalhamento entre as superfícies de suporte e as proeminências ósseas do corpo (IRION, 2012).

3.1.4 Funções da pele

A pele possui diversas funções, quais sejam: proteção, sensação, equilíbrio hídrico, regulação da temperatura, produção de vitamina, função de resposta imune. A descrição de cada função está baseada em SMELTZER et al, 2008.

3.1.4.1 Proteção

O estrato córneo, que é a camada mais externa da epiderme propicia a barreira mais efetiva para a perda hídrica epidérmica e a penetração de fatores ambientais, como substâncias químicas e microrganismos. Diversos lipídeos são sintetizados no estrato córneo e constituem a base para a função de barreira dessa camada.

Algumas substâncias que conseguem penetrar na pele encontram resistência ao tentar se mover através dos canais entre as camadas celulares do estrato córneo. Os microrganismos que fazem

parte da flora do organismo não conseguem penetrá-la a menos que haja uma ruptura na barreira cutânea.

A junção dermoepidérmica é a camada basal, que é composta por colágeno. São quatro as funções da camada basal: base para organização e regeneração tecidual; permeabilidade seletiva para filtrar o soro; barreira física entre os diferentes tipos de célula; junção entre o epitélio e as camadas celulares subjacentes.

3.1.4.2 Sensação

As terminações nervosas receptoras na pele permitem que o corpo monitore constantemente as condições do ambiente imediato. As funções dos receptores da pele são: sentir temperatura, dor, toque suave e pressão. Existem terminações nervosas por todo o corpo, mas em algumas áreas elas estão mais concentradas, como as polpas digitais; estas são mais enervadas que a pele das costas, por exemplo.

3.1.4.3 Equilíbrio hídrico

O estrato córneo possui a capacidade de absorver água, impedindo uma perda excessiva de água e eletrólitos a partir da porção interna do corpo, retendo a umidade nos tecidos subcutâneos. Quando ocorre lesão da pele, como uma queimadura, grandes quantidades de líquido podem ser rapidamente perdidas, levando a colapso circulatório, choque e morte.

A pele não é totalmente impermeável à água: uma vez que temos a transpiração insensível, esta evaporação atinge a quantidade aproximada de 600 ml por dia em um adulto normal. A perda hídrica insensível varia com as temperaturas do corpo e do ambiente.

3.1.4.4 Regulação da Temperatura

A produção metabólica de calor é balanceada pela perda de calor e a temperatura interna do corpo é mantida constantemente em aproximadamente 37°C. A velocidade da perda de calor depende essencialmente da temperatura da superfície da pele, que é uma função do fluxo sanguíneo cutâneo.

O fluxo sanguíneo é controlado principalmente pelo sistema nervoso simpático e seu aumento resulta em mais calor liberado para a pele e uma maior velocidade de perda de calor pelo corpo. Em

contraste, o fluxo sanguíneo cutâneo diminuído reduz a temperatura da pele e ajuda a conservar o calor do corpo.

Quando a temperatura do corpo começa a cair, os vasos sanguíneos da pele se contraem, reduzindo assim, a perda de calor pelo corpo.

3.1.4.5 Produção de Vitamina

A pele exposta à luz ultravioleta tem a capacidade de transformar substâncias necessárias para sintetizar a vitamina D, fundamental para evitar a osteoporose e o raquitismo.

3.2 MECANISMOS DE LESÃO CELULAR

A pele, por estar exposta a vários fatores que interferem em suas características normais, como exposição solar, idade, hidratação, nutrição, medicamentos e tabagismo, entre outros, modifica-se com o passar do tempo, sofrendo envelhecimento e comprometimento de suas funções normais. Ela simboliza a primeira linha de defesa do organismo e, se for mantida saudável e íntegra, estabelece uma barreira contra as lesões de pele (MAIA; MONTEIRO, 2011).

Segundo Meireles e Silva (2011), todas as formas de lesão de tecido iniciam com modificações moleculares ou estruturais nas células, que anteriormente encontravam-se no estado de equilíbrio homeostático, aptas a lidar com as demandas fisiológicas.

O estímulo de comorbidades ou estresse excessivo podem levar a célula a situações de adaptação, que resultam em modificações estruturais, mas com conservação da viabilidade celular. Se os agravos forem mais agressivos, os limites da capacidade de adaptação podem ser ultrapassados, o que resultará em uma lesão celular.

As lesões celulares podem ser reversíveis, mas se os estímulos persistirem, ela poderá se tornar irreversível, decorrendo em morte celular. Os principais fatores que podem acarretar uma lesão celular são:

1. hipóxia: que intervém na respiração oxidativa da célula, causa principal de lesão e morte celular. *Agentes físicos*, traumatismos mecânicos, condições de extrema temperatura, choque elétrico e irradiação compreendem este fator;
2. agentes químicos e drogas: oxigênio em excesso, cianeto, monóxido de carbono são agentes que podem causar lesão celular. O álcool, assim como algumas drogas narcóticas e

- terapêuticas, faz parte desta categoria;
3. agentes infecciosos: a manifestação diferenciada de uma série de microrganismos também pode culminar em lesão e morte da célula, exemplo: erisipela, pneumonia, Síndrome de Fournier, entre outros;
 4. reações imunológicas: mesmo servindo como mecanismo de defesa para o organismo contra a ação de agentes agressores, as reações imunes podem resultar em lesão celular, como a reação anafilática, por exemplo;
 5. distúrbios genéticos: defeitos genéticos podem provir em más formações congênitas, anormalidades enzimáticas e outros distúrbios, como anemia falciforme e epidermólise bolhosa;
 6. desequilíbrios nutricionais: diversos desequilíbrios nutricionais podem causar lesão e morte celular, assim como as deficiências calóricas proteicas e os excessos lipídicos podem causar predisposição à aterosclerose, à obesidade, entre outras.

De acordo com Maia e Monteiro (2011) a literatura internacional aponta que entre 3% e 14% de todas as pessoas hospitalizadas desenvolvem lesões de pele. Os autores ressaltam também que algumas delas são derivadas de fatores intrínsecos à doença e às condições clínicas do paciente, e que, muitas vezes, podem ser evitadas através de dispositivos de prevenção, a fim de evitar os agravos específicos da pele, assim como as úlceras por pressão.

3.3 ASPECTOS GERAIS E ESPECÍFICOS SOBRE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO

3.3.1 Definição

De acordo com os órgãos internacionais National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), a úlcera por pressão uma lesão, localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, causada pela pressão ou pela pressão combinada com fricção e cisalhamento. A UP é definida por Nogueira, Caliri e Santos (2002) como uma área localizada de necrose tissular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo.

As UPs não ocorrem em pessoas saudáveis, uma vez que a pressão prolongada e a isquemia, ao provocarem desconforto e dor, levam a pessoa a se movimentar em busca de alívio, mesmo quando em sono profundo.

Nos indivíduos que, em decorrência de qualquer situação, ficam impossibilitados de se movimentar, ocorrem pressões excessivas que fazem os capilares se colapsarem. Conseqüentemente, o fluxo sanguíneo e de nutrientes é interrompido, o que pode levar à isquemia local e, eventualmente, à necrose celular, desencadeando, assim a formação da UP (BORGES, 2006). Dependendo do nível de profundidade das lesões, ou seja, do estágio em que se encontram as úlceras, elas podem acarretar sérios problemas ao paciente, como osteomielite, septicemia, ou mesmo levar o paciente a óbito (EPUAP; NPUAP, 2009).

3.3.2 Sistema de classificação das úlceras por pressão

O sistema de classificação em estágios de I a IV das UPs foi criado pelo NPUAP, em 1989, e representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida. Em 2007, os membros desse órgão revisaram a classificação do estadiamento das UPs, acrescentando dois estágios: suspeita de lesão tissular profunda e úlceras que não podem ser classificadas, totalizando seis estágios (SANTOS; CALIRI, 2007). Os estágios das UPs, apresentados a seguir, estão em acordo com a revisão de Borges e Fernandes (2012).

3.3.3 Estágios das UP

3.3.3.1 Suspeita de lesão tissular profunda

Área localizada de pele intacta de coloração púrpura, ou castanha, ou bolhosa sanguinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida de um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou mais frio, em comparação com o tecido adjacente.

Pode ser uma lesão tissular profunda, com difícil detecção nos pacientes com pele mais escura.

A evolução inclui uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida; a lesão evolui e fica coberta por uma fina escara, podendo evoluir rapidamente, com exposição de camadas tissulares adicionais, mesmo com tratamento adequado.

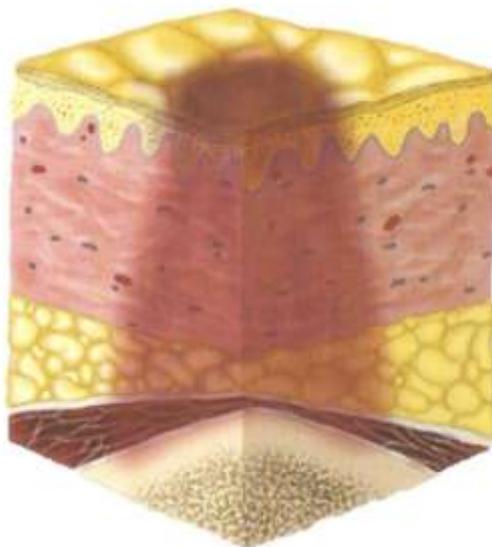


Figura 2: Área sob suspeita de lesão tissular profunda.
Fonte: BORGES; FERNANDES, 2012, p. 121.

3.3.3.2 Estágio I

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. Peles de tons escuros podem não apresentar embranquecimento visível; sua coloração pode diferir daquela da pele ao redor.

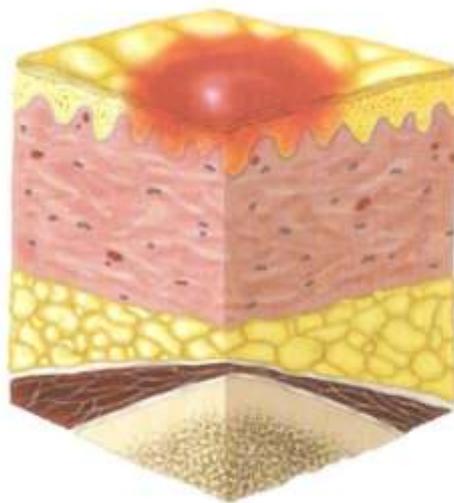


Figura 3: Úlcera por pressão em estágio I.

Fonte: BORGES; FERNANDES, 2012, p. 122.

Além disso, a área pode se apresentar dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria que o tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura. Pode indicar pessoas em risco, ou um sinal precursor de risco.

3.3.3.3 Estágio II

Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial, com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode se apresentar como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta, ou aberta, ou rompida.

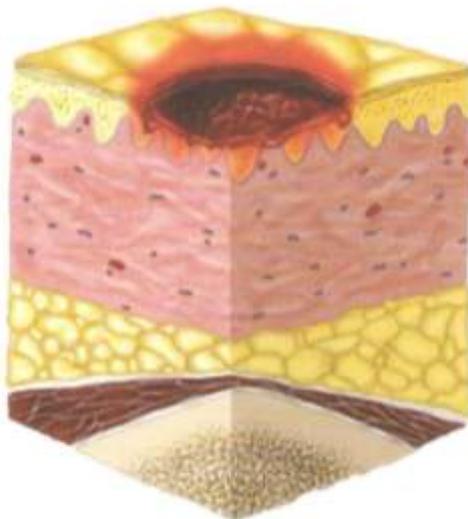


Figura 4: Úlcera por pressão em estágio II.

Fonte: BORGES e FERNANDES, 2012, pág. 123.

Ainda pode se apresentar como uma úlcera superficial brilhante ou seca, sem esfacelo ou arroxamento. Este estágio não deve ser usado para descrever lesões por fricção, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.

3.3.3.4 Estágio III

Perda de tecido em toda a sua espessura. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Pode haver presença de esfacelo, que não prejudica a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

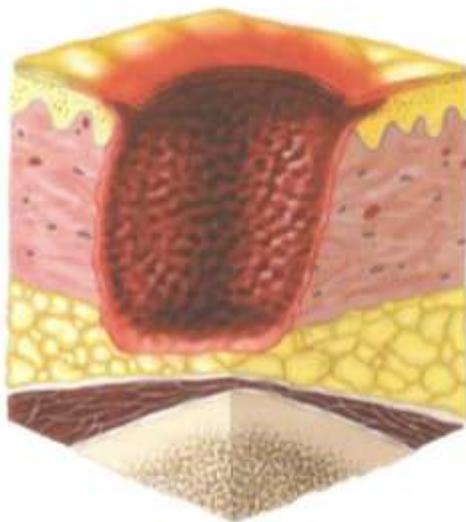


Figura 5: Úlcera por pressão em estágio III.

Fonte: BORGES; FERNANDES, 2012, p. 123.

A profundidade da UP em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, a orelha e as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas nesse estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver UPs em estágio III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis, nem diretamente palpáveis.

3.3.3.5 Estágio IV

Perda total de tecido, com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.

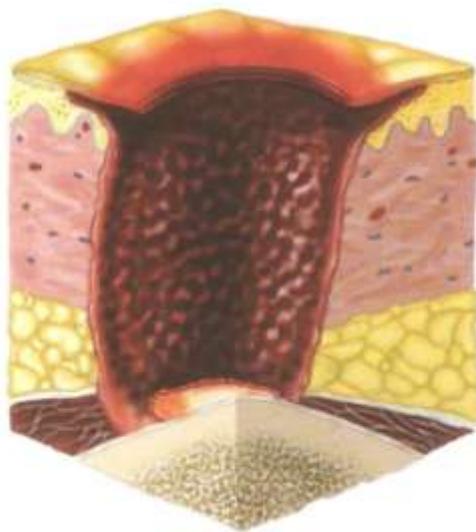


Figura 6: Úlcera por pressão em estágio IV.

Fonte: BORGES; FERNANDES, 2012, p. 124.

A profundidade das UPs em estágio IV varia conforme a localização anatômica. Podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular), favorecendo a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso e/ou tendão é visível ou diretamente palpável.

3.3.3.6 Úlceras que não podem ser classificadas (não estadiáveis)

Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta com esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.

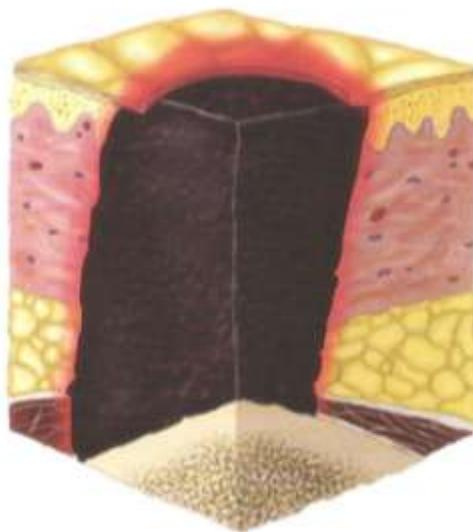


Figura 7: Úlcera por pressão não estadiável.

Fonte: BORGES; FERNANDES, 2012, p. 125.

A verdadeira profundidade e, portanto, o estágio da úlcera não pode ser determinado até que suficiente esfacelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da úlcera. Ressalta-se que a escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como cobertura natural (biológica) corporal e não deve ser removida.

3.3.4 Fisiopatologia da UP

Ainda que as UPs sejam descritas como lesões resultantes das forças entre uma superfície de apoio e a pele sobre proeminências ósseas, existem mecanismos diferentes ou combinações de mecanismos para o seu desenvolvimento (IRION, 2012).

A lesão dos tecidos profundos pode ser provocada por fatores inter-relacionados, iniciados por uma compressão contínua que, por sua vez, obstrui os vasos venosos, progredindo para edema e oclusão de capilares e vasos linfáticos. Este estágio pode evoluir para trombose de capilares e em vasos venosos ocluídos. A obstrução de veias e vasos linfáticos por pressão intersticial aumentada, provocada pela compressão contínua, permite que a pressão intersticial aumente continuamente e provoque o equivalente da síndrome compartimental

na área acometida (IRION, 2012).

A degradação do tecido ocorre em estágios: a hiperemia ocorre em trinta minutos, ou menos, e dura aproximadamente uma hora; a lesão isquêmica pode ocorrer de duas a seis horas de compressão contínua; após seis horas, ocorre necrose com uma coloração azul acinzentada. O último estágio é a ulceração, que pode ocorrer em até duas semanas após a lesão. Esta sequência de eventos varia entre indivíduos, períodos de tempo e áreas do corpo, distribuição e intensidade da compressão contínua (IRION, 2012).

3.3.5 Fatores de risco para UP

Segundo Maia e Monteiro (2011), existem fatores de risco internos e externos.

Os fatores externos estão relacionados ao mecanismo de lesão, atuando na tolerância tissular e impedindo a circulação sobre a superfície da pele, e, desta forma, refletindo o grau em que a pele é exposta. São eles:

Pressão: o tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura. Ocorre uma pressão maior do que a pressão capilar, causando isquemia.

Cisalhamento: quando o indivíduo desliza na cama, o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel. Um hábito que pode ocasionar esse tipo de lesão é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, o que favorece o deslizamento, causando dobras na pele.

Fricção: quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A forma mais comum deste tipo de problema é arrastar o paciente, ao invés de levantá-lo, o que remove as camadas superiores das células epiteliais. A umidade piora os efeitos da fricção.

Os fatores internos estão relacionados às variáveis do estado físico do paciente, atuando tanto na constituição e integralidade da pele, nas estruturas de suporte, ou no sistema vascular e linfático que servem à pele e às estruturas internas, quanto no tempo de cicatrização.

Pode-se incluir ainda os fatores relacionados às condições do paciente, tais como: condições nutricionais; nível de consciência; idade avançada; incontinência urinária e fecal; mobilidade reduzida ou ausente; peso corporal (menos tecido adiposo, menor proteção nas proeminências ósseas); doenças (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença vascular periférica, câncer e outras); uso de medicamentos (antibióticos, corticoides, amins, betabloqueadores e

outros) (MAIA; MONTEIRO, 2011).

3.3.6 Áreas de Risco das UP e cuidados localizados

Segundo Irion (2012), 95% das UPs notificadas ocorrem em quatro áreas: tuberosidades sacrais e isquiáticas, calcanhares e maléolos laterais. Entretanto, circunstâncias distintas podem colocar sob risco áreas diferentes, que precisam de atenção especial são: calcanhares, trocanteres maiores, sacro, maléolos laterais, occipício e epicôndilos dos cotovelos no paciente acamado.

Para todas as pessoas com quaisquer limitações de mobilidade é preciso colocar proteção no calcanhar, empregando-se travesseiros, talas ou levantadores de calcanhar. O sacro corre um grande risco na pessoa reclinada no leito ou na cadeira. Para a pessoa que se senta com as costas retas, as tuberosidades isquiáticas podem sofrer solução de continuidade na pele devido à pressão exercida (IRION, 2012).

O occipício é facilmente negligenciado na pessoa com lesão de cabeça ou de pescoço. Com frequência, uma necrose intensa da pele sobre o occipício não é descoberta a tempo de prevenir lesão na pessoa cuja cabeça não é reposicionada, devido ao temor de lesão adicional na própria cabeça, ou na coluna, quando bastaria inspecionar o occipício.

As UPs podem ocorrer também na face, processos vertebrais, costelas, escápulas, processos do acrômio, cristas ilíacas, espinha ilíaca superior posterior, espinha ilíaca superior anterior, faces anterior, lateral e medial do tornozelo, crista tibial, maléolos, primeiro e quinto metatarsos e artelhos (IRION, 2012).

Percentualmente, Irion (2012) cita que as regiões do sacro e calcanhares são localizações mais comuns, com chance para o desenvolvimento de 36% a 39% e de 19% a 30% respectivamente. Os percentuais mais altos ocorrem no grupo etário de setenta e um (71) a oitenta (80) anos, com um valor um pouco mais baixo no grupo de oitenta e um (81) a noventa (90) e um pouco menos na faixa etária de sessenta e um (61) a setenta (70) anos.

As áreas de risco e outras características dos pacientes provavelmente são diferentes em populações diversas; exemplificando, uma população que fica basicamente em cadeira, e não no leito, apresentaria um número menor de UP no calcanhar e um número maior de UP no ísquio. Por conseguinte, os profissionais precisam diagnosticar as áreas de risco, dependendo das circunstâncias de cada paciente.

3.3.7 Prevenção das UP

O conhecimento científico incorporado pelos profissionais da saúde acerca das medidas de prevenção para as UPs permite a redução do risco para o desenvolvimento deste agravo. Para que se possa efetuar uma identificação primorosa do risco de desenvolvimento de UP, as avaliações da pele e do risco são fatores primários.

3.3.7.1 Avaliação da Pele e condutas para a prevenção de UP

As condições da pele do paciente têm sido reconhecidas como um fator de risco para o desenvolvimento de UP; a avaliação cutânea é a primeira medida para prevenir as lesões ulcerativas, como as UPs (NPUAP; EPUAP, 2009).

Todos os pacientes devem ter sua pele inspecionada, no entanto, deve-se estar atento aos de pele pigmentada, pois há evidências de que as UPs de grau I são sub-detectadas neste tipo de coloração.

A inspeção deve ser realizada regularmente, detectando sinais de vermelhidão nos pacientes em risco para o desenvolvimento de UP. Além disto, devem ser observados sinais clínicos como calor, edema, endurecimento da área, que são sinais de alerta.

O profissional pode investigar a ocorrência de desconforto e dor junto ao paciente, bem como observar a presença de dispositivos como drenos, sondas, tubos e colar cervical, para planejar intervenções. A frequência desta inspeção pode ser aumentada dependendo das alterações clínicas do paciente (NPUAP; EPUAP, 2009).

A massagem na área de vasos sanguíneos danificados ou na pele frágil é contra-indicada, pois além de dolorosa, pode causar destruição leve dos tecidos, ou provocar uma reação inflamatória, particularmente em idosos frágeis.

O uso de hidratantes na pele íntegra serve para hidratar e reduzir possíveis danos, pois a pele seca é um risco significativo para o desenvolvimento de UP (NPUAP; EPUAP, 2009).

A proteção da pele deve ser realizada com produtos de barreira, como *dimethicone*, comercialmente conhecido como Cavilon®; *retinol com colocalciferol, óxido de zinco, assim como o óleo de fígado de bacalhau*, comercialmente conhecidos como Hipoglós® (CALIRI S/A) e Ácido Graxo Essencial, comercialmente conhecido como AGE, para manter a pele úmida e protegida, diminuindo o risco de lesão cutânea.

Destaca-se que a documentação de todas as avaliações da pele é essencial para monitorar o progresso do paciente e auxiliar a equipe de

saúde no plano de cuidados. Por outro lado, as instituições hospitalares devem capacitar os seus profissionais de modo que a avaliação da pele e as condições gerais do paciente estejam evidenciadas através de diretrizes de prevenção, como protocolos assistenciais (BORGES E FERNANDES, 2012).

De acordo com Borges e Fernandes (2012) são recomendações práticas para avaliar o risco de desenvolvimento de UP: avaliar a pele nas primeiras vinte e quatro horas de internação ou da admissão; as reavaliações devem acontecer em intervalos predefinidos, cuja periodicidade seja proporcional ao risco de desenvolvimento de UP; considerar as áreas corporais de maior risco para o desenvolvimento de UP e as regiões com presença de cateteres, drenos, cânulas, e outros dispositivos médico-hospitalares; identificar uma UP de acordo com a definição e a classificação internacionais.

Ressalta-se que a avaliação por profissionais capacitados facilita o diagnóstico diferencial entre UP, úlcera venosa ou arterial, neuropática, por dermatite e lesão por fricção, entre outras.

Durante a avaliação, o profissional deve distinguir entre hiperemia reativa e não reativa. A hiperemia reativa compreende uma área de eritema localizado, que desaparece após alívio da pressão; já a hiperemia não reativa caracteriza-se por uma área de eritema localizado que permanece após alívio da pressão. A hiperemia não reativa é um indicativo de comprometimento da pele para o desenvolvimento de UP (BORGES E FERNANDES, 2012).

3.3.7.2 Avaliação do Risco

Para avaliar o risco do paciente para o desenvolvimento de UP, as instituições de saúde devem adotar diretrizes, como: áreas clínicas alvo; cronograma para as avaliações e reavaliações; e recomendações claras para a documentação, a qual toda a equipe de saúde deve ter acesso. A capacitação dos profissionais de saúde e o registro das avaliações de risco são necessários para se realizar uma avaliação rigorosa e confiável (NPUAP; EPUAP, 2009).

A avaliação do risco para UP em um paciente visa identificar este risco e abranger medidas preventivas específicas, como avaliação do paciente, avaliação abrangente da pele e o uso de escalas preditivas na intenção de reduzir a incidência e evitar recidivas (BORGES E FERNANDES, 2012).

Os pacientes que se encontram confinados à cadeira de rodas, ao leito, aqueles cuja capacidade de se movimentar esteja

comprometida, ou que estejam com sua percepção sensorial prejudicada são considerados sob o risco de desenvolver UP. Portanto, a adoção de medidas preventivas específicas para avaliação da atividade e da mobilidade destes pacientes faz parte das recomendações da avaliação de risco (BORGES; FERNANDES, 2012).

De acordo com Maia e Monteiro (2011), o guia americano de prática clínica indica, com nível de evidência II, que as UPs se desenvolvem nas primeiras semanas de hospitalização, e que 15% dos pacientes idosos desenvolvem UPs na primeira semana de internação.

Neste sentido, a reavaliação do paciente deve acontecer a cada quarenta e oito horas a partir da internação, ou sempre que o paciente sofrer qualquer alteração de sua condição de movimento, independente da causa (MAIA; MONTEIRO, 2011).

As escalas preditivas validadas são confiáveis e servem como instrumentos para avaliar o risco, aumentando a efetividade das intervenções realizadas pelos profissionais, sendo a primeira medida a ser inserida nos manuais adotados pelas equipes de saúde (FALCI; CRUZ, 2008). Elas são ferramentas que contribuem para a tomada de decisões, facilitando o planejamento da assistência e prevendo recursos humanos e materiais dispensados na prevenção e tratamento dessas lesões (MAIA; MONTEIRO, 2011).

3.3.7.3 Escalas preditivas

Na intenção de auxiliar os profissionais de saúde na identificação e avaliação dos riscos de um paciente desenvolver UP durante seu período de internação, autores reconhecidos mundialmente desenvolveram inúmeras escalas preditivas.

Essas escalas são instrumentos de avaliação de risco ou de medidas, a fim de proporcionar aos profissionais habilidades, colaborando na prevenção de lesões de pele e conferindo os fatores específicos que levam os pacientes ao risco de desenvolver UP, ofertando subsídios para estudos e determinação de intervenções.

Dentre elas, destacam-se a de Norton (1962), Gosnell (1973), Waterlow (1979) e Braden (1987), sendo a última a mais utilizada por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade. Além deste fato, é a Escala utilizada nesta pesquisa e, por esta razão, será a mais detalhada.

3.3.7.3.1 Escala de Norton

Em 1962, Dorem Norton, que trabalhava em um asilo para idosos, realizou a sua contribuição para a enfermagem através de um estudo que consistia na observação, avaliação dos pacientes e princípios científicos.

Norton introduziu em suas ações os primeiros atos efetivos na prevenção de úlceras por pressão, quais sejam, a mudança de decúbito e uma escala preditiva de risco para o surgimento destas lesões. Com a criação desta escala, houve uma transformação no modo de tratar e prevenir as UPs, finalizando com o ritual de esfregar as costas dos pacientes e utilizar diversificados tipos de produtos em sua pele. (PINTO et al., 2011).

Nos tempos de Norton, existiam mais de cem tipos ineficientes de prevenção e tratamento, os quais não apresentavam fator assertivo, tornando-se fatores contribuintes para o a um aumento no número de óbitos (PINTO et al., 2011). A Escala de Norton foi pioneira na quantificação de riscos e possuía cinco fatores: *condição física, condição mental, nível de atividade, mobilidade no leito e incontinência* (Anexo A).

3.3.7.3.2 Escala de Gosnell

Em 1973, a Escala de Gosnell surgiu como uma adequação da Escala de Norton, acrescentando o item nutrição e retirando a condição física. A EPUAP (2009) propõe que a avaliação do estado nutricional deva incluir pesagem periódica, avaliação da pele e registro da ingestão de alimentos e líquidos. A mediação nutricional deve ser voltada para a melhoria da ingesta nutricional e de fluidos, devendo-se levar em conta a qualidade do que é oferecido (PINTO et al., 2011).

Esta escala foi elaborada por meio de observações clínicas e compreende: estado mental, continência, mobilidade, atividade, nutrição, sinais vitais, dieta, balanço hídrico de vinte e quatro horas (Anexo B).

3.3.7.3.3 Escala de Waterlow

Esta é a Escala mais utilizada nos hospitais do Reino Unido; foi elaborada por Judy Waterlow, em 1979, que, além de enfermeira, era docente. Esta ferramenta era utilizada por seus alunos para avaliação do grau de risco dos pacientes assistidos (PINTO et al., 2011).

A Escala de Waterlow possui os seguintes tópicos: relação

peso/altura, sexo, apetite, tipo de pele, mobilidade, débito neurológico, continência, riscos especiais, cirurgia de grande porte ou trauma e medicação (Anexo C).

3.3.7.3.4 Escala de Braden

A Escala de Braden (Anexo D) foi desenvolvida por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom em 1987, baseada na fisiopatologia das UPs, por meio de dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância da pele e das estruturas de suporte para cada força (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Esta ferramenta está em uso em todos os continentes e foi traduzida para muitas línguas, incluindo japonês, indonésio, chinês, coreano, italiano, alemão, português, polonês, árabe, finlandês, norueguês, islandês, flamenco, croata, holandês e francês (PREVENTION PLUS, 2010). É muito utilizada nos Estados Unidos e, atualmente, também no Brasil, tendo sido publicada em 1987 e validada para a cultura brasileira por Paranhos e Santos, em 1999, em um estudo realizado em uma UTI (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Ela é composta por seis subescalas: 1. percepção sensorial, 2. umidade, 3. atividade, 4. mobilidade, 5. nutrição, 6. fricção e cisalhamento. Cada subescala possui uma pontuação que varia entre 1 e 4, com exceção da fricção e cisalhamento, que varia de 1 a 3. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos) (PREVENTION PLUS, 2010).

Uma revisão sistemática de literatura realizada por Lenz e Cruz (2009), com objetivo de analisar artigos sobre a utilização das escalas de avaliação de risco para UP na admissão do paciente, localizou onze artigos, concluindo que as escalas têm sido amplamente utilizadas como instrumentos de avaliação de risco para prever o desenvolvimento de UP.

Com fundamentação nas pesquisas realizadas, observou-se que a Escala de Braden apresenta maior confiabilidade (sensibilidade e especificidade) na predição de risco para o desenvolvimento de UP.

3.3.7.3.5 Avaliação nutricional e da sensibilidade dolorosa

Segundo Irion (2012), foi observada uma clara associação entre

desnutrição e desenvolvimento de novas UPs; por esta razão, as diretrizes da Agency for Healthcare Research and Quality (AHCPR) recomendam uma avaliação do estado nutricional usando-se um manual de rastreamento nutricional, com reavaliações a cada três meses.

Os fatores de risco nutricionais abordados nas diretrizes são: incapacidade de ingerir alimento, histórico de perda de peso involuntária, imobilidade, estado mental alterado e déficit educacional.

As diretrizes recomendam o estímulo à ingestão da dieta e também a suplementação, se o paciente estiver desnutrido, o que inclui suporte nutricional por Cateter Naso Enteral (CNE), ou por outro meio, se necessário.

As diretrizes para a prevenção das UPs ressaltam a necessidade de uma avaliação nutricional com medidas apropriadas que devem ser adotadas na admissão do paciente ou frente a qualquer alteração que ele venha a apresentar. Este mesmo órgão resalta a dor como fator a ser levado em conta nos pacientes acometidos por lesões, como as UPs (CALIRI, s/a).

De acordo com esta mesma autora, a dor pode diminuir a mobilidade e a atividade, por isso, deve-se considerar o risco do paciente para a perda da integridade da pele, relacionada à perda da sensibilidade e da capacidade de perceber a dor. Medidas para minimizá-la podem incluir medicamentos, reposicionamento do paciente no leito e uso de superfícies de suporte.

3.4 PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA DAS UP

As UPs são lesões frequentemente encontradas em pacientes graves agudos, hospitalizados crônicos, ou em locais de institucionalização, onde permanecem por um longo período. Esta é uma realidade que ocorre em vários locais de cuidado para a saúde, tornando-se um desafio para a enfermagem prevenir este tipo de complicação.

No Brasil, apesar de ser incerto o número de pacientes com UPs, existem pesquisas que se voltam para a sua incidência e prevalência, sem, no entanto, representarem a realidade.

Um estudo realizado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital público do Distrito Federal (DF) verificou prevalência de 57,89% e incidência 37,03%. Concluiu que cerca da metade das UPs apareceram entre o segundo e o quarto dia de avaliação, sendo que cinquenta e cinco (55) dos pacientes estavam em risco para o desenvolvimento de UPs e 40% destes as desenvolveram (MATOS;

DUARTE; MINETTO, 2010).

Quando se trata de unidades de internação com tempo médio de vinte e seis (26) dias, considerando as características das UPs (número, localização e estadiamento) e a aplicação da Escala de Braden, verificou-se que de duzentos e catorze (214) pacientes avaliados, vinte e nove (29) desenvolveram UPs, apresentando uma prevalência de 13,6%.

Em relação à EB, obteve-se com maior frequência o item atividade com 65,5%, com mais da metade dos pacientes em alto risco (51,7%) para a formação de UPs (CAMARGO; BLANES; CAVALCANTE, 2007).

Dados epidemiológicos apresentados por Revis Junior (2010) apontaram que dois terços das UPs ocorrem em pacientes com mais de setenta (70) anos, sendo que a taxa de prevalência em ILPI é estimada entre 17% e 28%. Em pacientes com problemas neurológicos, as UPs incidem entre 5% e 8%, com risco de morte estimado entre 25% e 85%.

Além disso, as UPs são listadas como causa direta de morte de pacientes com paraplegia.

Diante desta complexidade, justifica-se que o conhecimento dos índices de incidência e prevalência sobre UP nas instituições de saúde contribuem para que os profissionais de enfermagem adotem medidas que evitem este evento adverso.

3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE

Em 1859, Florence Nightingale defendia a segurança nos cuidados de enfermagem, recomendando que os enfermeiros, com sua prática, inserissem o paciente na melhor condição possível para que a natureza atuasse sobre ele. A *American Nurses Association* (ANA) relata que uma característica essencial da enfermagem é a prestação de cuidados que suscitem a relação saúde e tratamento (FERRINHO; MANSOA, 2010).

Em 1863, Nightingale proferiu, “pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar dano ao doente”. (VINCENT, 2009).

Com base nestas afirmações é sabido que a complexidade do sistema hospitalar pode levar a consequências no atendimento, uma vez que, grande parte da assistência é prestada pelo ser humano que está sujeito a erros (FERRINHO; MANSOA, 2010).

Embora com todas as tecnologias dos serviços de saúde, as pessoas permanecem expostas aos riscos quando necessitam da prestação de cuidados, especialmente no ambiente hospitalar. Devido a

este fato, a segurança do paciente tem se tornado tema central para o sistema de saúde, no mundo todo, desde a década de 90 do Século passado (RADUENZ et al., 2010).

Nas últimas décadas, estudos realizados por todo o mundo sobre segurança do paciente vêm permitindo compreender de uma forma mais clara a magnitude do problema, provendo, desta forma, maneiras para melhor enfrentá-lo.

Um estudo realizado pela Fundação Osvaldo Cruz analisou três hospitais no Rio de Janeiro, mostrando que oito em cada cem pacientes internados sofreram um ou mais eventos adversos, sendo que 67% destes foram classificados como evitáveis.

A discussão sobre a Segurança do Paciente é uma questão mundial, exigindo mais atenção nos países em desenvolvimento, em que a cultura da segurança necessita de bases mais sólidas (WACHTER, 2010).

O relatório *To err is human: building a safer health care system*, publicado pelo Institute of Medicine da National Academy of Sciences, dos Estados Unidos da América (EUA), publicou dados que alarmaram a comunidade científica, suscitando mudanças. Nos EUA, mortes atribuídas a erros seriam a oitava causa de mortalidade, superando o câncer de mama, a AIDS e os acidentes de automóveis. Em relação aos erros de medicação, calculou-se em 7.000 por ano, ultrapassando as lesões ocupacionais, que são 6.000 ao ano (KOHN; CORRIGNAN; DONALDSON, 2001).

No entanto, não são encontrados estudos epidemiológicos abrangentes na literatura nacional que se comparem com os dados norte-americanos, evidenciando a dificuldade de determinar e estimar esta questão em nosso país. Existem estudos realizados em instituições brasileiras que revelam a presença de eventos adversos em intensidade e tipologia semelhantes às realizadas nas pesquisas norte-americanas, porém estes dados necessitam de um aprofundamento e exploração desta problemática (PEDREIRA, 2006).

Vale ressaltar um estudo realizado em um hospital do município de Taboão da Serra, em São Paulo, com os objetivos de identificar os riscos notificados e conhecer os principais riscos dos pacientes na opinião dos enfermeiros. Foram avaliados registros de eventos-sentinela, ocorridos no período de julho de 2006 a julho de 2007, tendo como resultados quarenta e quarenta (440) registros. Os principais riscos foram: queda do paciente, erro de medicação e UP.

Concluiu-se que as avaliações dos riscos e a implementação de

ações preventivas eficazes são indispensáveis para garantir a segurança do paciente. O envolvimento da equipe multidisciplinar é um dos passos para o sucesso desse processo (LIMA; LEVENTHAL; FERNANDES, 2008).

Frente a todo o contexto em questão, entender o processo do erro humano, os tipos de erro e os eventos adversos são a base para uma assistência segura ao paciente.

3.5.1 Erro Humano

O erro humano resulta em eventos que poderiam ter sido evitados utilizando-se medidas, apresenta-se quando uma ação ou omissão, desvia-se do processo normal, levando a um resultado adverso (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008). Também definido como o uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou a não execução a contento de uma ação planejada (PEDREIRA, 2006).

Diversas são as possibilidades para que os erros aconteçam, e observam-se também diversos tipos de erros, destacando-se os relacionados aos procedimentos técnicos, manuseio de equipamentos e materiais, além dos relacionados à infraestrutura da instituição. Neste contexto, os principais fatores contribuintes para o erro são: o desvio dos padrões de técnicas; falha de técnica; erro de julgamento, inexperiência; problemas de comunicação; pressa; estresse; procedimento não familiar; cuidado inadequado e falha na checagem do cuidado (HARADA, 2006).

Nem todos os erros resultam em danos. Os erros que decorrem em danos são definidos como eventos adversos. São lesões ou danos que resultam da assistência a saúde, também compreendidos como complicações indesejadas que decorrem do cuidado prestado ao paciente, não aplicada à doença de base (GALLOTTI, 2004; WACHTER, 2010).

Um evento adverso pode ser prevenido pelo enfermeiro, uma vez que este possui conhecimento e habilidade para suprimir as consequências que possam surgir. Assim sendo, podemos citar os eventos adversos evitáveis, que decorrem de erros, mas podem ser evitados considerando-se que o enfermeiro e equipe de enfermagem possuam conhecimento sobre o assunto.

3.5.1.1 Tipos de Erros

Os erros podem ser classificados considerando as ocorrências relacionadas ao profissional, aos procedimentos e ao sistema (PADILHA, 2001; CARVALHO, CASSIANI, 2002).

Os erros relacionados ao profissional decorrem de uma supervisão ineficaz de pacientes que necessitam de contenção ao leito ou de auxílio durante a locomoção, ocasionando a queda; do emprego inadequado das normas preconizadas pela Comissão de Infecção Hospitalar da instituição, favorecendo a infecção hospitalar; da avaliação ineficaz da integridade física, estado nutricional e hidratação, bem como falta de instrumento preditivo, facilitando assim o aparecimento de UP; do uso inadequado da prescrição médica, horários incorretos, medicamentos fora da validade, falha no registro dos procedimentos, bem como o despreparo para manuseio e conservação de máquinas (PADILHA, 2001; CARVALHO, CASSIANI, 2002).

As ocorrências relacionadas aos procedimentos decorrem da ação do profissional e estão ligadas: à queda do paciente quando decorrente da falta de utilização de grades protetoras, restrição e/ou sedação; à infecção do trato urinário, da ferida cirúrgica, pneumonias e *sepsis*, ao reposicionamento incorreto do paciente acamado e ao uso inadequado de suportes de apoio para prevenção de UP; ao preparo, ao armazenamento e a técnicas de administração incorretas; às falhas na manipulação da cânula intratraqueal e do aparelho respirador; à manutenção inadequada de cateteres, sondas e drenos e à utilização de equipamentos e materiais, seja por desligamento indevido ou acidental, sistema de alarmes desligado, programação incorreta; são erros decorrentes de procedimentos (PADILHA, 2001; CARVALHO, CASSIANI, 2002).

Por outro lado, os erros relacionados ao sistema podem ser classificados em três segmentos: fatores institucionais, organizacionais e de recursos materiais e equipamentos.

A estrutura física, a falta de recursos para o atendimento à saúde da população, o número insuficiente de profissionais relacionado ao número de leitos e ao grau de complexidade das doenças constituem os fatores institucionais. Já a determinação de funções e responsabilidade dos profissionais; a necessidade de protocolos de cuidados, normas e rotinas preconizadas são os fatores organizacionais. Finalmente, o uso de matérias e máquinas ultrapassadas, o mau funcionamento dos equipamentos, a inadequação do ambiente são fatores relacionados aos recursos materiais e equipamentos (PADILHA, 2001; CARVALHO, CASSIANI, 2002).

Neste sentido, a educação permanente dos recursos humanos torna-se forma de investimento nos serviços de saúde quanto ao aspecto de prevenção, e não apenas como um item de custeio, ou como um dos pontos necessários para se alcançar a qualidade nesses serviços.

3.5.1.2 A prevenção do Erro Humano

A prevenção do erro humano deve estar consolidada para quem deseja prestar uma assistência de qualidade e segura, pois o erro pode trazer consequências drásticas para o paciente, família, instituição, sociedade e para o profissional que presta o cuidado (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

O primeiro caminho para a prevenção é saber que o erro humano existe, conhecer os tipos de erros, suas origens e seus efeitos; no entanto, as estratégias de controle e prevenção não são tarefas fáceis, pois, conforme afirma Harada (2006), as causas são multifatoriais e de grande complexidade.

As estratégias de prevenção para os erros exigem um processo que englobe todas as esferas de gestão. De acordo com Wolff e Bourke (2000), são medidas para identificar estas ocorrências: revisão de registros em prontuários de pacientes; fluxo de dados para análise e ação; notificação da ocorrência de incidentes, tanto por profissionais, como por membros de equipes dos níveis administrativos; relatos após a alta do paciente; relatos de eventos considerados graves; queixas de paciente.

Outro tipo de estratégia de prevenção é o uso de protocolos clínicos de cuidados com evidência científica, pois sua implementação facilita o monitoramento dos cuidados (HARADA, 2006).

Cabe ressaltar que as úlceras por pressão são lesões que podem advir da falta de implementação segura de cuidados a integridade cutâneo-mucosa. Como estratégia de prevenção para este evento adverso evitável, o primeiro passo é a identificação dos pacientes sob o risco através de uma ferramenta preditiva validada. (WACHTER, 2010).

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), 2008, organização aliada a vários colaboradores, sem fins lucrativos, independente, iniciou uma campanha, entre dezembro de 2006 e dezembro de 2008, chamada *5 milhões de vidas*, ou seja, prevenção da ocorrência de 5 milhões de incidentes.

Foram desenhados guias de como fazer, partilhando assim as melhorias práticas nas áreas de relevância das organizações

participantes. Um destes guias é Prevenindo Úlceras por Pressão, que se baseou nos trabalhos de organizações de ponta. O guia tem a meta de prevenir UPs adquiridas no hospital, recomendando a implementação de seis componentes do cuidado:

- realização de avaliação de UP na admissão de todos os pacientes; esta avaliação deve incluir a avaliação do risco de desenvolver UP e a avaliação da pele para perceber a existência de lesões pré-existentes;
- reavaliação diária para todos os pacientes: esta avaliação diária permite conciliar as estratégias de prevenção com as necessidades do paciente, bem como acompanhar a evolução do grau de risco através de repetidas avaliações, consentindo a individualização e as especificidades do cuidado;
- inspeção diária da pele do paciente: os pacientes considerados em risco para o desenvolvimento de UP devem ter sua pele inspecionada integralmente, no sentido céfalo-caudal;
- manutenção da pele do paciente sem a umidade do meio, com hidratação sempre que necessário, pois a pele úmida conduz ao desenvolvimento de erupções cutâneas. A limpeza da pele deve ser realizada com substâncias suaves; o uso de hidratante para evitar o ressecamento tem se mostrado eficiente para a prevenção das UPs;
- manutenção da nutrição e hidratação adequadas: a avaliação nutricional e a hidratação devem ser incluídas na análise de risco para o desenvolvimento de UP; estes dois fatores causam perda de peso e de massa muscular, deixando as proeminências ósseas mais salientes, aumentando assim a probabilidade de UP.
- alívio da pressão: pacientes com a mobilidade limitada estão propensos a desenvolver UP, por isso, a redistribuição da pressão através de reposicionamento ou superfícies de apoio se faz primordial para a sua prevenção (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

A fim de atingir o máximo de eficácia na prevenção, o guia ainda sugere o envolvimento de uma equipe multidisciplinar com a definição de um líder, enfermagem, educação continuada, melhoria da qualidade, nutrólogo/nutricionista, materiais e suplementos/almoxarifado, bem como a participação do familiar ou paciente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

As UPs são agravos que causam danos, por muitas vezes irreversíveis aos pacientes. A equipe de enfermagem deve estar atenta aos riscos dos pacientes desenvolverem este tipo de lesão, uma vez que a segurança do paciente depende de ações de cuidado promovidas pelos

profissionais da saúde.

3.6 ALGUNS CONCEITOS PRESENTES NESTA PESQUISA

Os conceitos concentram significados que sustentam teoricamente a pesquisa; em Enfermagem usualmente quatro estão presentes, quais sejam: ser humano, enfermagem, saúde e ambiente. O ser humano é compreendido como um ser de potencialidades, restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem; é gente que cuida de gente. Dependendo de seu momento de vida, o ser humano pode ser o paciente, a família, o profissional, a comunidade, estando saudável ou não (HORTA, 1979).

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com todos os profissionais envolvidos no cuidado (HORTA, 1979).

Para Horta (1979), a saúde é apresentada como “estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”, entendendo que a enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, que desenvolve atividades para gerar o equilíbrio, atuando na prevenção dos desequilíbrios e revertendo desequilíbrios em equilíbrio através do cuidado ao ser humano, no atendimento das suas necessidades básicas (HORTA, 1979, p.29).

A palavra cuidado, do latim, significa cura. Em seu sentido mais antigo, cura se escrevia em latim, *coera*, e era usada em um âmbito de relações humanas de amor e amizade. Alguns autores entendem que essa derivação advenha de *cogitare-cogitatus*, e de sua corruptela *coyedar*, *coidar*, *cuidar*. Proferia o gesto de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimulação.

A interpretação de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar a atenção, mostrar interesse, evidenciar uma atitude de desvelo e de preocupação. Cuidado, significa diligência, solicitude, desvelo, zelo, atenção, bom trato; um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude (BOFF, 1999). Para este autor, cuidar é uma forma de contato humano, uma necessidade básica, transformação e transcendência, enquanto que Andrade et al. (2010) revela que o cuidado é intrínseco ao ser humano, é intuitivo, é instintivo e faz parte da origem do ser humano.

O cuidado surge a partir de ações voluntárias ou involuntárias que estão arraigadas desde o nascimento do ser. Segundo Silva et al., (2009), ele está introduzido na humanidade desde o início da história do ser humano, segue a evolução dos tempos, convive com os mais variados modos de sociedade e está inserido em debates de diferentes contextos coletivos. Cuidar requer que se coloque no lugar do outro, em várias situações, quer na extensão pessoal, quer na social. É uma maneira de estar ao lado do outro em várias situações, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte (SOUZA et al., 2005).

Segundo Waldow (2001), nas civilizações antigas, as práticas que eram exercidas pela medicina incorporavam atividades que hoje são realizadas pela enfermagem. Algumas práticas eram delegadas às mulheres da família, escravas ou servos, independente do sexo. As mulheres, em várias civilizações, eram responsáveis pelo parto, equiparando-se às parteiras, como no Egito, Babilônia, Palestina, Índia, Grécia e Roma. Além de todas as atividades desenvolvidas, como conforto, limpeza de feridas e administração de poções, os cuidadores precisavam manifestar humildade, paciência, docilidade e obediência.

As diaconisas, as viúvas e as virgens eram conhecidas pelas ações cristãs, pelo provimento de alimentos, abrigo, dinheiro, vestuário e na prestação de cuidado a doentes. Quando não eram religiosas, destinavam-se apenas às obras beneficentes de cuidado ao corpo e ao espírito dos necessitados. Neste tempo, o maior objetivo era ofertar abrigo e conforto aos necessitados, não havendo uma preocupação com a cura de enfermidades.

No período das Cruzadas, várias ordens foram criadas, além das religiosas, eram ordens de militares e de enfermagem. Algumas destas ordens permaneceram, suscitando, por exemplo, na Cruz Vermelha e na Cruz de Malta (WALDOW, 2001).

Ainda de acordo com esta autora, alguns hospitais se estabeleceram nesta época, proporcionando cuidados a guerreiros, viajantes e doentes.

No período da Reforma, os hospitais precisavam de pessoas para conceder os cuidados aos doentes, especialmente naqueles em que os monges e as religiosas católicas foram expulsos, sendo conhecido na enfermagem como o período negro (WALDOW, 2001).

No século XIX, na Alemanha, houve o primeiro movimento para reestabelecer a enfermagem, quando diaconisas receberam treinamento sobre ações de enfermagem e trabalharam sem pagamentos,

pois este trabalho era para Cristo. Florence Nightingale realizou um curto estágio em Kaiserswerth, onde buscou inspiração para a reforma de hospitais da Inglaterra. Após vários obstáculos, ela, por ocasião da guerra da Criméia, conseguiu dar uma nova forma ao ambiente do hospital em Scutari, reduzindo o número de mortalidade (WALDOW, 2001).

No ano de 1860, Florence Nightingale abriu sua primeira escola de enfermagem, servindo de modelo para a enfermagem de vários países do mundo. (WALDOW, 2001).

No Brasil, a organização da Enfermagem se estende desde o período colonial até o final do século XIX. No princípio da colonização, foram inauguradas as Casas de Misericórdia, onde as práticas do cuidado estiverem a cargo de religiosas e voluntárias. As primeiras práticas percebidas como de enfermagem foram iniciadas pelos padres jesuítas, que prestavam o cuidado em enfermarias edificadas próximas aos colégios e às missões. (KLETEMBERG, 2004).

Algumas figuras merecem destaque neste século: Frei Fabiano de Cristo, por exercer durante quarenta anos as atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII); Romão de Matos Duarte que fundou no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos, que possuía a primeira sala de partos. Em 1833, a Escola de Parteiras da Faculdade de Medicina diplomou Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil. Na enfermagem brasileira do tempo do Império, merece destaque Ana Neri, que se colocou à disposição de sua Pátria e parte para os campos de batalha, improvisou hospitais e não mediu esforços no atendimento aos feridos. (KLETEMBERG, 2004).

No Brasil, a organização da Enfermagem se estende desde o período colonial até o final do século XIX. A seguir, apresentar-se-ão resumidamente os fatos que pareceram mais relevantes ao período em questão.

No princípio da colonização, foram inauguradas as Casas de Misericórdia, onde as práticas do cuidado estiverem a cargo de religiosas e voluntárias. Já as primeiras práticas percebidas como sendo de enfermagem foram iniciadas pelos padres jesuítas, que prestavam o cuidado em enfermarias edificadas próximas aos colégios e às missões (KLETEMBERG, 2004).

No Período Imperial, Ana Neri se colocou à disposição de sua Pátria e partiu para os campos de batalha, improvisou hospitais e não mediu esforços no atendimento aos feridos (KLETEMBERG, 2004). Ainda com base neste autor, a ampliação da rede hospitalar impulsionou

a enfermagem tradicional brasileira para uma enfermagem laica em busca da cientificidade.

Ressalta-se ainda a atuação de Frei Fabiano de Cristo, por exercer durante quarenta anos as atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII).

Além destas, algumas outras personagens também merecem destaque devido a seu papel constitutivo no panorama da enfermagem em nosso país: Frei Romão de Matos Duarte, que fundou, no Rio de Janeiro, a Casa dos Expostos, a qual possuía a primeira sala de partos. Em 1833, a Escola de Partejas da Faculdade de Medicina diplomou Madame Durocher, a primeira formada no Brasil.

Na década de 60 do Século XX, surgiram as teorias de Enfermagem, a fim de relacionar fatos e estabelecer as bases de uma ciência. Santos (2009) salienta que estas teorias têm incitado enfermeiros a aperfeiçoar suas ações profissionais e até pessoais, com base nos conceitos sobre cuidado cultural e cuidado transpessoal, provando que o cuidar vai além do paciente, abraçando o cuidado familiar e manifestando a importância do cuidar de si.

Nos tempos atuais, observa-se ainda que, apesar de todos os percalços sofridos pela Enfermagem brasileira - tais como falta de reconhecimento, baixos salários, dificuldades entre as categorias existentes -, Waldow (2001) afirma que o Brasil desenvolve uma Enfermagem de muito boa qualidade. Sua afirmação se baseia no fato de embora ainda existam equipes de Enfermagem que atuam com grosseria, indiferença, intolerância e desrespeito, existem aquelas que demonstram carinho, afetividade, paciência, respeito.

E é devido a estas controvérsias que estes elementos passaram a ser destacados no cuidado em enfermagem, o qual envolve princípios e valores, ética que deveria fazer parte do ensino, do cotidiano acadêmico e da prática profissional; ele não pode ser prescrito, não segue receitas, ele é sentido, vivido e exercitado (WALDOW, 2001).

O cuidado em enfermagem significa o acolhimento do ser humano em sua totalidade: o cuidado é uma característica do ser humano, adotada pela enfermagem, tornando-se sua essência (SILVA et al., 2009). Sendo assim, cuidar em enfermagem não se restringe apenas à realização de procedimentos, mas transforma a essência do cuidar em ação de valorização do ser em suas necessidades, como carinho, atenção, respeito, ética: há um necessário envolvimento entre o cuidador e o ser que está recebendo o cuidado.

Waldow (2008) enfatiza que uma variável do cuidado é a

presença da família neste processo, é essencial envolver pessoas próximas ao paciente na essência do cuidado, uma vez que, a família também deve ser cuidada.

Para que o ato de cuidar seja trilhado por um caminho único, sem percalços, várias esferas devem ser atingidas. Waldow (2008) frisa a necessidade de valorização educacional nas instituições acerca do cuidar. Para que esta valorização se consolide, são necessárias revisão de valores, mudança de posturas e capacitação docente.

A equipe de enfermagem realiza atividades que estão inseridas no contexto do cuidado de vinte e quatro horas de atendimento ao paciente. A prestação de cuidados realizada é citada por Waldow (2008, p. 95), com a seguinte afirmação:

[...] na enfermagem o cuidado se profissionaliza e é exercido, tendo em vista aquilo que é previsto por lei e engloba uma série de competências, entre as quais: habilidades manuais ou técnicas, pensamento crítico, além de conhecimento e intuição. Contudo, estas competências não são suficientes para que o profissional seja um verdadeiro cuidador, dado que ele necessita um componente afetivo, relacional, de maneira que interaja, se relacione com o ser cuidado, seja através de palavras, seja através do silêncio, por meio do toque, de um olhar, de um gesto.

Portanto, a edificação do cuidado acontece a partir do momento em que o enfermeiro emprega o processo de cuidar utilizando, além de seu conhecimento científico, seus sentimentos de benevolência, a fim de visualizar de maneira integral a necessidade do paciente, compreendendo suas indagações, suas raízes e seu significado social.

Mesmo com toda a preocupação com o cuidado, os pacientes ainda estão sujeitos a eventos que possam ocorrer dentro das instituições de saúde, por isso a segurança do paciente vem sendo amplamente discutida e se tornado foco principal em várias conferências de saúde.

Para estabelecer o estado da arte no que se refere ao cuidado de enfermagem com o paciente em risco para, ou portador de úlcera por pressão, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, cujo resultado está apresentado a seguir, sob o título: Produção Científica sobre úlceras por pressão e Escala de Braden: Revisão Integrativa da Literatura.

3.7 REVISÃO INTEGRATIVA

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO E ESCALA DE BRADEN: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y ESCALA DE BRADEN: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

SCIENTIFIC PRODUCTION OF PRESSURE ULCERS AND BRADEN SCALE: INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Wechi, S. F. Jeane¹

Amante, N. Lúcia²

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar a produção bibliográfica publicada em periódicos científicos sobre úlceras por pressão e Escala de Braden. Elaborou-se uma revisão integrativa da literatura através da busca de artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Base de Dados da Enfermagem, no período de 2007 a 2011. Foram selecionados 52 artigos e da análise destes surgiram cinco categorias temáticas, quais sejam: intervenções de enfermagem para a prevenção de úlceras por pressão através da Escala de Braden; incidência, prevalência e fatores de risco para úlceras por pressão; tecnologias para o tratamento das úlceras por pressão; estado nutricional e úlceras por pressão; instrumentalização de profissionais, pacientes/familiares para o cuidado com a úlcera por pressão.

Os resultados indicaram que a maioria dos estudos foi realizada por enfermeiros, direcionados para uma variedade de temas sobre as úlceras

1

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Profissional pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde em Enfermagem GIATE/HU/UFSC. Membro da Comissão de Segurança do Paciente COSEP/HU/UFSC.

² Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE) e do Núcleo de Pesquisas em Neurologia Clínica e Experimental (NUPNEC).

por pressão com tendência para a utilização da Escala de Braden como ferramenta para prevenção destas.

Descritores: Úlcera por pressão. Escala de Braden.

ABSTRACT

The study aimed to characterize the production literature published in scientific journals on pressure ulcers and the Braden Scale. We developed an integrative review of the literature by searching for articles in Databases Latin American and Caribbean Center on Health Sciences and Nursing Database, in the period 2007-2011. We selected 52 articles and analysis of these five thematic categories emerged, namely: nursing interventions for the prevention of pressure ulcers using the Braden Scale; incidence, prevalence and risk factors for pressure ulcers; technologies for the treatment of ulcers pressure, nutritional status and pressure ulcers; instrumentation professionals, patients / families to care for pressure ulcer. The results indicated that most of the studies were conducted by nurses and directed to a variety of topics on pressure ulcers with a tendency for using the Braden Scale as a tool for preventing these.

Keywords: Pressure ulcers. Braden Scale.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue caracterizar la producción de la literatura publicada en revistas científicas sobre las úlceras por presión y la Escala de Braden. Desarrollamos una revisión integradora de la literatura mediante la búsqueda de artículos en bases de datos de América Latina y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud y la Base de Datos de Enfermería, en el período 2007-2011. Se seleccionaron 52 artículos y análisis de estas cinco categorías temáticas surgieron, a saber: las intervenciones de enfermería para la prevención de úlceras por presión usando la Escala de Braden, la incidencia, la prevalencia y los factores de riesgo de las úlceras por presión, las tecnologías para el tratamiento de las úlceras la presión, el estado nutricional y úlceras por presión, los profesionales de instrumentación, los pacientes / familias para atender a las úlceras por presión. Los resultados indicaron que la mayoría de los estudios fueron realizados por enfermeras y dirigida a una variedad de

temas en las úlceras por presión con una tendencia a que el uso de la Escala de Braden como una herramienta para la prevención de estos. Palabras clave: Las úlceras por presión. Escala de Braden.

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estruturas subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (NPUAP; EPUAP, 2009). Pode ser classificada da seguinte forma: suspeita de lesão tissular profunda, estágio I, estágio II, estágio III, estágio IV e úlceras que não podem ser classificadas (não estadiáveis) (BORGES; FERNANDES, 2012).

As UPs ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior do que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas) e são decorrentes de fatores externos (pressão, cisalhamento e fricção) e de fatores internos (nutrição, nível de consciência, idade avançada, incontinências fisiológicas, mobilidade reduzida, peso corporal, doenças como o diabetes mellitus, doença vascular periférica e outras, e o uso de medicamentos como antibióticos, corticoides, aminas, betabloqueadores e outros) (MAIA; MONTEIRO, 2011).

A enfermagem, em sua prática de cuidado, a fim de tratar e prevenir mantém contato direto com o corpo do paciente hospitalizado, sendo o enfermeiro o responsável pela determinação dos cuidados que proporcionam ao paciente conforto para sua recuperação e tratamento (PINTO et al., 2011).

A UP causa dor e incomodidade aos pacientes e familiares, demandando um custo elevado ao setor de saúde para seu tratamento (RIOS; VELOSO, 2010). Uma estratégia para a diminuição destes fatores é a prevenção de UP, que requer dos profissionais de saúde atenção às diversas maneiras de prevenir este evento, o qual, em um período curto de tempo, pode causar lesões graves evitáveis por meio de condutas simples de cuidado. Dentre as várias formas de prevenção das UPs estão a utilização de ferramentas preditivas, como a Escala de Braden (EB).

Esta escala foi desenvolvida por Bergstrom et al., em 1987, a fim de otimizar estratégias de prevenção e, assim, diminuir a incidência desse tipo de úlcera. A proximidade do cuidado de enfermagem com tal ocorrência se torna objetivo de estudos e pesquisas para enfermeiros (PINTO et al., 2011).

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a produção bibliográfica publicada em periódicos científicos sobre UP e EB, no período de 2007 a 2011, por meio de uma Revisão Integrativa, pois, deste modo, informações e lacunas encontradas proporcionarão a elaboração de conhecimento possível de ser aplicado na prática.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma Revisão Integrativa da Literatura, definida como um método a fim de proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Este tipo de revisão é composto de seis etapas, sendo que a primeira define *o tema e a questão de pesquisa*. Destaca-se que a escolha de um tema sobre o qual o revisor tenha familiaridade torna o processo mais interessante, principalmente quando este é vivenciado juntamente com a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O presente estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: *qual a produção bibliográfica publicada em periódicos científicos sobre UP e EB no período de 2007 a 2011?* Através dessa questão, objetivou-se verificar o que foi produzido na literatura científica sobre UP e a utilização da EB durante o período determinado.

A segunda etapa compõe a busca na literatura, a determinação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesta etapa, a avaliação dos critérios deve ser conciliada com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O levantamento de dados bibliográficos foi realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF), nos meses de setembro e outubro de 2012, sendo que a estratégia de busca se baseou na combinação das seguintes palavras selecionadas: *úlceras* por pressão e Escala de Braden e *úlceras* por pressão e Escala de Braden, utilizando os recursos booleanos *and* e *or* e ano de publicação, considerando o período entre 2007 e 2011. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos *on line* completos, em inglês, português e espanhol, publicados entre os anos de 2007 a 2011.

A terceira etapa de uma Revisão Integrativa contempla a *definição das informações a serem extraídas dos estudos*

selecionados/categorização dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A fim de apurar os dados dos artigos que foram selecionados, é necessário organizar previamente um instrumento para compor os estudos, assegurando desta forma a extração de todos os dados necessários, garantindo assim a fidedignidade da pesquisa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para este estudo, foi desenvolvido um instrumento que contemplou: autores, título do artigo, periódico, tipo de estudo, resultados e fonte.

A *avaliação dos estudos* constitui a quarta etapa, que visa analisar os estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesta revisão, foi utilizada a forma descritiva a fim de expor ao enfermeiro o que vem sendo produzido sobre UP e EB, de forma que estes resultados tenham aplicabilidade na tomada de decisões da prática cotidiana.

A quinta e sexta etapas da revisão integrativa compreendem a *interpretação dos resultados e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento*, respectivamente. O revisor, baseado nos produtos da avaliação crítica dos estudos, confronta com o conhecimento teórico, o reconhecimento das conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A *apresentação da revisão* baseia-se na produção de um documento que deve conter o relato de todas as etapas decorridas da pesquisa, incluindo os principais resultados evidenciados na análise dos artigos. A revisão integrativa proporciona impacto pela quantidade de conhecimento real em relação ao tema abordado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

RESULTADOS

De modo a realizar uma seleção dos estudos encontrados, efetuou-se a leitura de todos os títulos e resumos para investigação minuciosa, tendo sido encontrados trezentos e cinquenta e seis (356) artigos nas duas bases de dados selecionadas para compor este estudo.

Destes, oitenta e sete (87) continham somente resumo, cento e trinta e quatro (134) estavam repetidos nas duas bases, oitenta e três (83) estavam fora do tema proposto. Restaram cinquenta e dois (52) artigos que obedeceram aos critérios de inclusão determinados para esta revisão integrativa, dos quais quarenta e seis (46) eram da base de dados LILACS e seis (06) eram da BDNF.

Explorando os artigos apurados na pesquisa, observou-se que, em relação à autoria, quarenta e três (82,6%) eram de enfermeiros; quatro (7,69%) de médicos; um (1,92%) de médicos e estudantes de

medicina; um (1,92%) de nutricionista; um (1,92%) de nutricionista e enfermeiro; um (1,92%) de estudantes de enfermagem; um (1,92%) de dentista e fisioterapeuta.

No que diz respeito às instituições em que foram desenvolvidos os estudos, doze (23%) eram hospitais universitários; cinco (9,61%) hospitais privados; vinte e um (40,3%) hospitais públicos; três (5,76%) eram unidades básicas de saúde; dois (3,84%) hospitais públicos e privados; quatro (7,69%) eram instituições de longa permanência para idosos e um (1,93%) era atendimento de *home care*. Nesta amostra, houve três revisões integrativas de literatura e uma revisão de literatura.

Os quadros de 1 a 5 apresentam os artigos distribuídos em cinco categorias temáticas, quais sejam: 1 - Intervenções de Enfermagem para a prevenção de UP através da EB; 2 - Incidência, prevalência e fatores de risco para UP; 3 - Tecnologias para o tratamento das UP; 4 - Estado nutricional e UP; 5 - Instrumentalização de profissionais, pacientes/familiares para o cuidado com a UP.

Quadro 1: Intervenções de enfermagem para a prevenção das UPs através da EB.

	AUTOR	TÍTULO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO	BASE DE DADOS
1	BERETA, R., P.	Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos.	Estudo descritivo exploratório e retrospectivo por abordagem quantitativa.	A assistência de enfermagem sistematizada e baseada em conhecimentos científicos poderá prevenir UP, reduzindo o indicador e possibilitando uma assistência de enfermagem de qualidade.	2010	BDENF
2	SILVA, E.W.N.L; ARAÚJO, R.A; OLIVEIRA, E.C; FALCÃO, V.T.F.L.	Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em Unidade de Terapia Intensiva.	Estudo prospectivo	Observou-se elevado risco para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. Esse instrumento parece ser adequado para auxiliar na implementação de medidas de prevenção.	2010	LILACS
3	MAIA, A. C.	Tradução para a	Estudo	A Escala de Braden Q foi	2011	LILACS

	ET AL	língua portuguesa e validação da Escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças	descritivo.	traduzida e adaptada com sucesso, demonstrando ser válida e reprodutível.		
4	BAVARESCO, T, MEDEIROS, R.H, LUCENA, A.F.	Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário	Estudo prospectivo, longitudinal.	As dificuldades na implantação da EB foram referentes à periodicidade de seu preenchimento, que aponta a necessidade de conscientização e preparo dos enfermeiros para o uso desta ferramenta no cuidado ao paciente.	2011	LILACS

Fonte: Elaboração do Autor.

Nota-se, através deste quadro, que a produção de estudos sobre intervenções de enfermagem para a prevenção das UPs concentrou-se nos anos de 2010 e 2011, não havendo publicações em 2007, 2008 e 2009.

Um dado que deve ser ressaltado é que três pesquisas foram realizadas em UTI adulto e uma em UTI pediátrica. Respectivamente, estes estudos objetivaram: analisar o indicador de UP, elaborando um protocolo assistencial de enfermagem para ela (BERETA, 2010); avaliar a aplicabilidade da EB (SILVA et al., 2010); traduzir para língua portuguesa, adaptar para o contexto cultural brasileiro, testar as propriedades de medidas e validade da Escala de Braden Q para crianças (MAIA et al., 2011); e implantar a EB como instrumento preditor de risco para UP (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011);

Quadro 2: Incidência, prevalência e fatores de risco para úlcera de pressão.

	AUTOR	TÍTULO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO	BASE DE DADOS
1	LOURO, M., FERREIRA, M., POVOA, P.	Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão.	Estudo prospectivo.	Na população estudada, as UPs apresentaram prevalência de 37,41% e incidência de 25,8%. A aplicação do protocolo de prevenção de UP foi eficaz em 79% dos pacientes, sendo que as UP apareceram com maior frequência nos pacientes mais graves.	2007	LILACS
2	MORO A ET AL.	Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral.	Estudo transversal observacional não controlado.	Os pacientes acometidos apresentaram alto risco de desenvolver lesões por pressão. A prevalência dessas e o perfil clínico e demográfico dos pacientes acometidos estão de acordo com os dados encontrados na literatura.	2007	LILACS
3	SOUZA, D.M.S. T; SANTOS,	Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por	Estudo de coorte prospectivo	Os escores totais da Escala de Braden diferiram entre os grupos com e sem UP, na	2007	LILACS

	V.L.C.G.	pressão em idosos.		primeira e na última avaliação: umidade, nutrição e fricção e cisalhamento foram significativamente diferentes entre os idosos com e sem UPs, sempre piores entre os primeiros. Sexo feminino e úlcera prévia foram preditivos para a formação das UPs.		
4	FERNANDES, N.C. S; TORRES, G.V; VIEIRA, D.	Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva	Estudo descritivo, longitudinal quantitativo.	Concluiu-se que o surgimento de UP está relacionado à multiplicidade de fatores e condições durante a internação, denotando a necessidade de avaliação clínica sistematizada, contemplando a complexidade dos aspectos inerentes à assistência.	2008	LILACS
5	FERNANDES, L.M; CALIRI, M.H.L.	Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de	Estudo descritivo e exploratório.	Os resultados confirmaram que esses instrumentos podem auxiliar o enfermeiro na identificação de pacientes em risco para o planejamento	2008	LILACS

		pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva.		da assistência.		
6	LOBO, A	Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida.	Estudo descritivo.	Uma escala simplificada de três fatores (mobilidade, nutrição e atividade) se associa mais ao risco de desenvolvimento de UP do que a clássica Escala de Braden.	2008	LILACS
7	DICCINI, S., CADAMURO, C., IIDA, L., I., S.	Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário.	Estudo de coorte prospectivo	A incidência de úlcera por pressão foi de 13,3%. Há necessidade de implantação de programas de prevenção, com a finalidade de diminuir a úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos.	2009	LILACS
8	PERALTA, V., CARMEN, E., PINEDO, V., L., E GALVEZ, C, M..	Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un	Estudo prospectivo, observacional	La úlcera de presión es una condición frecuente en el adulto mayor hospitalizado. Los factores asociados a su aparición fueron malnutrición y sujeción mecánica.	2009	LILACS

		hospital general.				
9	CREMASCO, M.F; WENZEL, F; SARDINHA, F.M; ZANEI, S.S. V; WHITAKER, I.Y.	Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.	Estudo transversal.	A ocorrência de UP associou-se à idade mais elevada, maior tempo de internação e gravidade do paciente. Identificaram-se como preditores de risco para UP a gravidade do paciente associada à carga de trabalho de enfermagem.	2009	LILACS
10	CHACON, J. M. F. et al.	Prevalência de úlcera por pressão em instituições de longa permanência para idosos em São Paulo.	Estudo transversal.	A prevalência de úlceras de pressão foi de 10,95%. Estes dados fornecem informações básicas que podem ajudar no desenvolvimento de protocolos para a aplicação das melhores práticas para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão, reduzindo, consequentemente, a prevalência.	2009	LILACS
11	COSTA, I. G.	Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso,	Estudo quantitativo, descritivo e exploratório.	Concluiu-se que a incidência de UP nesses hospitais é elevada, quando comparadas às taxas de incidência de	2010	LILACS

		Brasil.		outros estudos nacionais e internacionais, apontando para a necessidade de envolvimento de equipe multiprofissional para a implementação de medidas preventivas eficazes.		
12	FAUSTINO, A., CALIRI, M.	Úlcera por pressão em pacientes com fratura de fêmur e quadril: um estudo descritivo.	Estudo descritivo analítico, prospectivo.	Verificou-se, que a Escala de Braden constitui uma importante ferramenta para a prática clínica do enfermeiro, uma vez que permite a identificação do grau de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, possibilitando, dessa forma, a implementação de um plano de cuidados individualizado.	2010	BDEFN
13	SALES, M. C. M; BORGES, E. L; DONOSO, M. T. V.	Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital	Estudo descritivo transversal.	Os resultados apresentados indicam que a aplicação da Escala de Braden e o estudo da prevalência de UPs em pacientes internados favorecem	2010	BDEFN

		universitário de Belo Horizonte.		tomadas de decisões e direcionamento das intervenções de enfermagem, de forma individualizada o mais precocemente possível.		
14	FURMAN, G.F; ROCHA, A.F DA; GUARIENTE, M.H.D.M. ET AL.	Úlceras por pressão: incidência e associação de fatores de risco em pacientes de um hospital universitário.	Estudo descritivo, quantitativo.	Para a prevenção de UP cabe ao enfermeiro conhecer os possíveis fatores de risco, acompanhar as alterações clínicas e aplicar um protocolo e todas as medidas disponíveis na prática assistencial.	2010	BDENF
15	ARAÚJO, C.R. D; LUCENA, S.T. M; SANTOS, I.B. C; SOARES, M.J.G.O.	A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em úlcera por pressão.	Estudo descritivo e exploratório.	A Escala de Braden é de grande valia na assistência de enfermagem, pois permite intervir de forma eficiente e eficaz com vistas à involução e à prevenção das novas úlceras por pressão.	2010	LILACS
16	CHAYAMITI, E., M., P., C., CALIRI, M.,	Úlcera por pressão em pacientes sob assistência	Estudo descritivo, transversal,	Considerando que a maior parte das pessoas apresentava risco para	2010	LILACS

	H., L.	domiciliária.	quantitativo.	úlceras, identificou-se a necessidade de intervenção educacional junto a esta população e aos serviços de saúde.		
17	FREITAS, M.C; MEDEIROS, A.B. F; GUEDES, M.V. C; ALMEIDA, P.C, GALIZA, F.T; NOGUEIRA, J.M.	Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco.	Estudo retrospectivo quantitativo.	Os fatores de riscos mais prevalentes foram: acidente vascular encefálico (60%) e hipertensão arterial (74,3%). A média da prevalência de úlcera por pressão no período foi de 18,8%, com variação de 11,1% a 23,2%. As recomendações para a prevenção das úlceras por pressão incluem a elaboração de um programa de prevenção para promover um envelhecimento ativo.	2011	LILACS
18	SCARLATTI, K.C; MICHEL, J.L. M; GAMBÁ, M.A; GUTIÉRREZ,	Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados.	Estudo longitudinal, do tipo série de casos.	Concluiu-se que a incidência de úlceras por pressão em pacientes cirúrgicos é elevada, demandando ações que visem à redução desse	2011	LILACS

	M.G.R.			tipo de lesão.		
19	SOARES, D.A. S; ET AL.	Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA.	Estudo observacional , longitudinal, prospectivo.	Os dados obtidos neste estudo estão de acordo com os resultados apresentados na literatura. Ressalta-se a necessidade de criação de escalas de risco e medidas preventivas para diminuir a incidência de úlceras por pressão nos hospitais.	2011	LILACS
20	LUCENA, A. F. ET AL.	Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão.	Estudo transversal	Os DEs mais frequentes foram risco para infecção, síndrome do déficit no autocuidado, déficit no autocuidado: banho/higiene, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada, dor aguda, alteração na eliminação urinária, integridade da pele prejudicada, risco para	2011	LILACS

				prejuízo da integridade da pele. Conclui-se que esses DEs, na maioria, são comuns à prática clínica de enfermagem.		
21	ARAÚJO, T.M; ARAÚJO, M.F. M; CAETANO, J.A.	Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico.	Estudo exploratório longitudinal.	A Escala de Waterlow apresentou maiores escores na avaliação do risco para úlcera por pressão em relação às escalas de Norton e Braden.	2011	LILACS
22	ARAÚJO, T.M. ET AL	Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos.	Estudo quantitativo longitudinal.	A Escala de Waterlow revelou melhores escores e coeficientes de validade na avaliação do risco para úlcera por pressão em relação à Braden na amostra pesquisada.	2011	LILACS
23	GOMES, F.S. L; BASTOS, M.A. R; MATOZINHO S, F.P;	Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia	Estudo seccional analítico	Conclui-se que sepses, tempo de internação e risco alto e elevado na classificação da Escala de Braden são fatores	2011	LILACS

	TEMPONI, H.R; VELÁSQUEZ- MELÉNDEZ. G.	Intensiva de Adultos.		potencialmente associados à formação de úlceras em pacientes acamados.		
24	SERPA, L.F; SANTOS, V.L.C. G; CAMPANILI, T.C.G. F; QUEIRO, Z. M.	Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, em pacientes críticos.	Estudo metodológico .	As áreas sob a curva ROC revelaram acurácia muito boa para os escores de corte obtidos. O escore de corte da escala de Braden igual a 13, na terceira avaliação, apresentou a melhor performance preditiva em pacientes críticos.	2011	LILACS

25	GOMES, F.S. L; BASTOS, M.A. R; MATOZINHO S, F.P; TEMPONI, H.R; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ. G.	Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos.	Estudo seccional analítico.	Conclui-se que a utilização da escala de Braden traduz-se em estratégia importante no cuidar de pacientes em terapia intensiva.	2011	LILACS
----	---	---	-----------------------------	---	------	--------

Fonte: Elaboração do Autor.

Observa-se que, dos cinquenta e dois (52) artigos selecionados, vinte e cinco (25) são de pesquisas relacionadas aos fatores epidemiológicos das UPs. Cabe ressaltar que um (01) analisou os fatores de risco e as taxas de incidência e prevalência através da Escala de Norton (LOURO; FERREIRA; POVOA 2007); quatro (04) objetivaram estabelecer o perfil clínico, sociodemográfico dos pacientes e fatores de risco (LUCENA et al., 2011; MORO et al., 2007; ARAÚJO et al., 2010; CHAYAMITI, CALIRI, 2010); dois (02) analisaram a validade preditiva da EB em pacientes críticos (SERPA et al., 2011; COSTA; CALIRI, 2011); três (03) objetivaram analisar mais de uma escala preditiva na intenção de conhecer as especificidades das mesmas (ARAÚJO et al., 2011; FERNANDES, CALIRI, 2008; ARAÚJO, ARAÚJO, CAETANO, 2011); sete (07) dos artigos voltaram seus estudos para análise dos fatores de risco (GOMES et al., 2011; FURMAN et al., 2010; CREMASCO et al., 2009; PERALTA et al., 2009; LOBO, 2008; FERNANDES, TORRES, VIEIRA, 2008; SOUZA, SANTOS, 2008) oito (08) para os índices de incidência e prevalência utilizando a EB (SOARES et al., 2011; SCARLATTI et al., 2011; FREITAS et al., 2011; SALES, BORGES, DONOSO, 2010; FAUSTINO, CALIRI, 2010; COSTA, 2010; CHACON, 2009; DICCINI, CADAMURO, IIDA, 2009). Dos vinte e cinco (25) artigos, um (01) foi realizado no Peru e um (01) em Portugal.

Quadro 3: Tecnologias para o tratamento das UPs.

	AUTOR	TÍTULO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO	BASE DE DADOS
1	COTO, J., C., A., BAEZ, J., C., CABRERA, L., D., L	Cirurgía reconstructiva de las úlceras por presión.	Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.	Teniendo en cuenta el comportamiento de las variables estudiadas, se arribó a conclusiones que permitirán trazar nuevas estrategias en la atención de estos pacientes, para minimizar la morbilidad posoperatoria y la estadía hospitalaria.	2007	LILACS
2	MORAES, A., C., F., G., SILVA, C., R., L.	O uso do carvão ativado e do óleo de girassol no tratamento de úlcera por pressão.	Método qualitativo, em pesquisa.	É extremamente importante o preparo e o trabalho conjunto da equipe de enfermagem no cuidado e no tratamento da úlcera de pressão de um paciente.	2009	BDENF
3	ALVES, N., DEANA, N., F	O açúcar refinado no tratamento da infecção	Estudo de caso.	O exame de cultura da lesão, após 72 horas de	2009	LILACS

		por <i>Pseudomonas sp</i> em úlcera por pressão.		tratamento, mostrou ausência do micro-organismo, o que se conclui que o tratamento foi eficaz.		
4	FIGUEIRAS, R. G.	Tratamento cirúrgico de úlceras por pressão: experiência de dois anos.	Em 17 pacientes, foram tratadas 33 úlceras por pressão, sendo a localização sacral a mais prevalente.	O conhecimento da patogênese da úlcera por pressão e o correto manejo do paciente de risco podem evitá-la na maioria dos casos. É indispensável a participação multiprofissional e dos familiares para o tratamento do paciente portador de úlcera por pressão, pois complicações, recidivas e incidência de novas úlceras são comuns.	2011	LILACS
5	LIMA, A.C. B; GUERRA, D.M.	Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em	Avaliação comparativa.	Úlcera por pressão é um indicador de qualidade dos serviços de saúde.	2011	LILACS

		pacientes hospitalizados usando curativos industrializados.		Pode-se reduzir custo e oferecer serviços públicos de maior qualidade se forem implantados treinamentos com a equipe de enfermagem, usando um protocolo de medidas preventivas baseado em um teste de avaliação de risco, como a Escala de Braden.		
--	--	---	--	--	--	--

Fonte: Elaboração do Autor.

Dos cinco (05) estudos acima descritos, dois (02) abordaram tratamentos cirúrgicos das UPs, ambos em um período de dois (02) anos de pesquisa; um deles avaliou os resultados do tratamento cirúrgico de UP, descrevendo localização, profundidade, área, cobertura, complicações pós-operatórias e tempo de internação pós-operatória dos pacientes (COTO; BAEZ; CABRERA, 2007); o outro relatou a experiência na reparação de UP e analisou as características do paciente, resultados e complicações (FIGUEIRAS, 2011). Cabe ressaltar que ambos foram desenvolvidos por médicos, três de nacionalidade cubana e um, brasileira; dois (02) estudos abordaram o uso de produtos industrializados, como o açúcar refinado, o carvão ativado e o óleo de girassol (ALVES, DEANA, 2009; MORAES, SILVA, 2009); um (01) dos artigos apresentou como objetivo identificar o fator crítico que aumenta a demanda e os custos com curativos industrializados (LIMA; GUERRA, 2011).

Quadro 4: Estado Nutricional e úlcera por pressão.

	AUTOR	TÍTULO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO	BASE DE DADOS
1	SERPA, L., F., SANTOS, V., L., C., G.	Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão.	Revisão de literatura.	É fundamental incluir a avaliação do estado nutricional – monitorização, da ingestão calórico-proteica e das dificuldades para o aproveitamento dos nutrientes nos protocolos de prevenção e tratamento desse tipo de ferida crônica.	2008	LILACS
2	CAMPOS, S. F.	Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição.	Estudo prospectivo.	Observou-se que um estado nutricional deficiente está estreitamente relacionado ao desenvolvimento de úlceras de pressão. Neste estudo, foram	2010	LILACS

				identificados alguns parâmetros nutricionais relacionados com esse evento, que poderão ser ferramentas importantes na identificação e no tratamento de pacientes em risco.		
3	PERRONE F. ET AL.	Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados.	Estudo transversal.	A incidência de úlcera por pressão está diretamente correlacionada com a desnutrição e com a restrição ao leito dos pacientes internados.	2011	LILACS

Fonte: Elaboração do Autor.

Destes três (03) artigos relacionados à nutrição, um (01) fez análise de aspectos nutricionais que interferem no desenvolvimento e cicatrização dessas lesões, bem como sugeriu atividades no âmbito da enfermagem, que possam atenuar essas alterações, sendo este estudo uma revisão de literatura (SERPA; SANTOS, 2008). A determinação da incidência de UP em um hospital universitário e a verificação dos fatores nutricionais e clínicos envolvidos em seu desenvolvimento foram destacadas em um dos artigos (CAMPOS, 2010). O artigo de Perrone, et al (2011) destacou a associação entre UP, estado nutricional e a capacidade funcional do paciente hospitalizado.

Quadro 5: Instrumentalização de profissionais, pacientes/familiares para o cuidado com a UP.

	AUTOR	TÍTULO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO	BASE DE DADOS
1	LISE, F., SILVA, L., C., DA.	Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador.	Estudo qualitativo e descritivo.	Conforme os relatos da equipe de enfermagem, após a orientação para avaliação dos pacientes em risco, os cuidados são “simples e fáceis” e a Escala de Braden, utilizada para avaliar o paciente em risco, é de “fácil aplicação”. Na maioria dos familiares e/ou cuidadores, pode-se perceber a satisfação em poder, com medidas simples, evitar a úlcera por pressão e fornecer conforto ao seu familiar.	2007	LILACS
2	FERNANDES, L., M., CALIRI, M.,	Efeito de intervenções educativas no	Estudo descritivo	As estratégias utilizadas não foram totalmente	2008	LILACS

	H., L., HAAS, V., J.	conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão.	comparativo.	eficazes, pois, em algumas questões, os acertos pós-intervenção ficaram abaixo de 70%. Novas intervenções precisam ser realizadas para obter maior adesão dos profissionais ao programa educativo e melhorar o conhecimento sobre o tema.		
3	ALVES, A.R; BELAZ, K; RODRIGUES, R.M; RIBEIRO, S.M. T; KATO, T.T. M; MEDINA, N.V.J.	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado.	Estudo exploratório.	Conclui-se que prevenir a UP é dever da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro. No entanto, para que isso aconteça, é preciso conhecimento atualizado para aplicação da prevenção, visando evitar o problema. Na verdade, os fatores de risco identificados como significantes no desenvolvimento de UP	2008	LILACS

				estão relacionados aos pacientes, à estrutura da instituição e ao processo de cuidar. A elaboração e aplicação de protocolos de avaliação do risco em desenvolver UP, e de protocolos de atuação terapêutica contribuem para a melhora da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores, permitindo otimizar os cuidados.		
4	ANSELMINI, M., L., PEDUZZI, M., FRANÇA, J., I.	Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem.	Estudo de coorte prospectivo.	Redução estatisticamente significativa da DI_{up} no hospital 1; cuidados de enfermagem preventivos para UP comprometidos em ambos os hospitais nas duas fases.	2009	LILACS
5	COSTA, J., B., PERES, H., H., C., ROGENSKI, N., M., B.,	Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais	Estudo aplicado, de produção tecnológica.	Utilizou-se de novas tecnologias educacionais, com a finalidade de promover o aprendizado	2009	LILACS

	BAPTISTA, C., M., C.	de enfermagem.		sobre UP a estudantes de graduação de enfermagem e possibilitar a educação continuada de enfermeiros, uma vez que as UP representam um desafio aos profissionais da saúde e aos serviços de saúde.		
6	MEDEIROS, A., B., F., LOPES, C., FREITAS, H., A.; JORGE, M., S., B.	Análise da prevenção e do tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros: [revisão]	Estudo descritivo.	Concluiu-se ainda a necessidade de pesquisas envolvendo a atuação do enfermeiro na avaliação clínica do cliente e no desenvolvimento de programas de prevenção sistematizados.	2009	LILACS
7	SILVA, M. V., M., LOPES, R., LIMA, M., CHAGAS, M., FERREIRA, A.	Saberes e práticas de cuidadores domiciliares sobre úlcera por pressão: estudo qualitativo.	Estudo exploratório, descritivo, qualitativo.	Conclui-se que como o paciente acamado requer cuidados relativos à prevenção da UP, cabe à enfermagem avaliar e gerenciar as necessidades dos pacientes e cuidadores, o que	2009	LILACS

				contribuirá para promoção da assistência qualificada, e possibilitará ao cuidador autonomia na realização dos cuidados.		
8	RANGE, E.M. L; CALIRI, M.H.L.	Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral.	Estudo transversal, descritivo e quantitativo.	Houve variação nas práticas para o tratamento da UP e falta de adesão às diretrizes.	2009	LILACS
9	VALENÇA, M., P., LIMA, P., O., PEREIRA, M., M., SANTOS, R., B.	Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital-escola de Recife (PE).	Estudo descritivo, quantitativo.	Constatou-se que alguns enfermeiros ainda apresentam dificuldade em definir úlcera por pressão, seus estágios, os fatores de risco, as medidas preventivas e, principalmente, acerca das escalas de avaliação de risco.	2010	BDENF
10	SOUZA, T., S. ET AL	Estudos clínicos sobre úlcera por pressão: [revisão].	Revisão integrativa.	Os resultados indicaram essencialmente o enfoque de estudos direcionados à temática da prevenção e à ausência desse tipo de	2010	LILACS

				estudo em nosso país. Reconhecer as limitações envolvidas nesse aspecto e buscar superá-las proporcionará avanços e impulsionará o desenvolvimento de pesquisas com fortes evidências clínicas que subsidiem a prática profissional da enfermagem.		
11	MIYAZAKI, M., Y. CALIRI, M., H., L., SANTOS, C. B.	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão.	Estudo descritivo-exploratório.	Conclui-se que auxiliares/técnicos e enfermeiros apresentam déficits de conhecimento em algumas áreas referentes ao tema. A identificação das áreas deficientes pode nortear o planejamento de estratégias para disseminação e para adoção de medidas preventivas pela equipe.	2010	LILACS

12	FAUSTINO, A. M.	O conhecimento de enfermeiros acerca dos novos descritores de classificação para úlcera por pressão: estudo descritivo.	Estudo descritivo e observacional.	Ficou evidente que o conhecimento dos enfermeiros em relação aos estadiamentos da UPP está desatualizado, devendo ser incentivadas capacitações e atualizações sobre o tema.	2010	LILACS
13	FIGUEIREDO, Z. M. DE ET AL	Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores.	Estudio descriptivo transversal, cuantitativo.	La investigación muestra que es imprescindible la evaluación del conocimiento de los familiares y cuidadores a fin de implementar acciones correctivas para hacerlos aptos para cuidar de forma adecuada de las personas con lesión medular.	2010	LILACS
14	COSTA, I.G; CALIRI, M.H.L.	Validade preditiva da Escala de Braden para pacientes de terapia intensiva.	Estudo prospectivo-descriptivo.	Concluiu-se que a Escala de Braden é um instrumento eficiente para identificar precocemente o risco e para subsidiar a	2011	LILACS

				elaboração de um plano de cuidado capaz de prevenir danos na pele de pacientes em estado crítico.		
15	ARAUJO, T., M., ET AL.	Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão.	Estudo transversal.	O conhecimento destes diagnósticos de enfermagem é importante na detecção das repercussões e base clínica dessas lesões dermatológicas.	2011	LILACS

Fonte: Elaboração do Autor.

Dos quinze (15) estudos, um (01) descreveu o processo de instrumentalização para auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e familiares, voltado para prevenção de UP em UTI adultos (LISE; SILVA, 2007); um (01) propôs intervenções educativas, voltadas aos profissionais de enfermagem, referentes às medidas recomendadas para prevenção de UPs (FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008); um (01) apresentou uma proposta de educação *online* para alunos e profissionais de enfermagem (COSTA et al., 2009); um (01) estimou a incidência cumulativa e a densidade de incidência de UP, descrevendo a ocorrência das ações de enfermagem antes e durante ações educativas (ANSEMI; PEDUZZI; FRANÇA, 2009); um (01) identificou o uso de diretrizes de tratamento das UPs por enfermeiros (RANGE; CALIRI, 2009); um (01) foi um estudo clínico (SOUZA et al., 2010) e um (01), uma revisão de literatura (MEDEIROS et al., 2009); um (01) artigo objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem mais presentes em pacientes com UPs (ARAÚJO et al., 2011); seis (06) foram relacionados ao conhecimento, sendo que dois (02) voltaram-se para familiares e cuidadores (FIGUEIREDO et al., 2010; SILVA et al., 2009) e quatro (04) para o conhecimento da equipe de enfermagem sobre fatores de risco e prevenção (FAUSTINO, 2010; MIYAZAKI, CALIRI, SANTOS, 2010; VALENÇA et al., 2010; ALVES et al., 2008); um (01) dos estudos avaliou a validade preditiva dos escores da EB em UTI e descreveu medidas preventivas implementadas pela equipe de enfermagem (COSTA; CALIRI, 2011).

ANÁLISE DOS DADOS

Observou-se que a maioria dos autores são enfermeiros em busca de melhores práticas assistenciais, os quais utilizaram a pesquisa como ponto de partida para a melhoria da qualidade do cuidado para a prevenção de lesões cutâneas como as UPs. Os hospitais públicos aparecem como líderes nos locais de realização de pesquisas relacionadas às UPs e à EB, pois acomodam pacientes em circunstâncias agudas ou crônicas com maior chance de desenvolverem essas lesões. Assim como os hospitais públicos, os hospitais universitários que apareceram na pesquisa também servem como campo de estágio e de pesquisas para as escolas de enfermagem, a fim de aprimorar seus conhecimentos.

As intervenções de enfermagem, como a utilização de protocolos assistenciais para as UPs, fundamentam-se na prevenção,

uma vez que identificam os pacientes em risco de desenvolvê-las e promovem a implementação de ações preventivas em tempo hábil. Uma ferramenta utilizada para empregar estratégias de prevenção é a Escala de Braden, que fornece parâmetros de avaliação, como: percepção sensorial, unidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Neste sentido, a assistência de enfermagem sistematizada promove a prevenção das UPs, a qualidade do cuidado de enfermagem e subsidia a elaboração de procedimento padrão (BERETA, 2010).

A realização dos estudos selecionados na pesquisa são significativamente relevantes, uma vez que colaboram na metodologia das instituições de saúde para que estas possam determinar investigações e estimar seu desempenho no método preventivo e de tratamento das UPs, assim como calcular a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes, reconhecer necessidades de modificação de processos, servindo também como parâmetro comparativo com outros serviços de saúde (BORGES; FERNANDES, 2012).

No que se refere ao tratamento das UPs, a diminuição da incidência, automaticamente diminui os custos com este evento adverso evitável, os quais são considerados altos para as instituições (LIMA; GUERRA, 2011).

A execução de curativos com produtos tecnológicos modernos e adequados é fundamental para o processo de cicatrização das UPs, bem como na diminuição do ônus para o sistema de saúde. O conhecimento e a atualização profissional, assim como o envolvimento dos familiares para um tratamento bem sucedido se faz necessário para a recuperação das lesões do paciente. O estudo de caso realizado por Moraes e Silva (2009) enfoca que o enfermeiro deve obter conhecimento técnico-científico não somente da fisiopatologia das UPs, mas também da farmacologia dos produtos para o seu tratamento, o que lhe proporcionará maior autonomia e segurança na tomada de decisões.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, os retalhos cutâneos e musculares proporcionam uma boa opção para reconstrução de UP, com seqüela aceitável na área doadora e alta taxa de satisfação (SOUZA; CARDOSO; GIRÃO, 2009).

Nos estudos selecionados, as conclusões foram as seguintes: novas estratégias devem ser adotadas no cuidado desses pacientes para minimizar a morbidade pós-operatória e o tempo de internação hospitalar (COTO; BAEZ; CABREIRA, 2007); a participação multiprofissional e familiar é necessária para o tratamento, pois as UP podem ser evitadas quando existe conhecimento suficiente da sua

patogenia e da utilização de medidas preventivas corretas para os pacientes em risco (FIGUEIRAS, 2011).

O estado nutricional deve ser incluído na avaliação de risco para o desenvolvimento de UP, uma vez que pacientes com desnutrição apresentam maior probabilidade de desenvolvê-las (BORGES; FERNANDES, 2012). Dentre as várias consequências da desnutrição, destacam-se o comprometimento no processo cicatricial, deiscência de feridas, surgimento de lesões e suscetibilidade às infecções. (BRANDÃO; LACERDA, 2011).

Ressalta-se que dois dos artigos relataram que variáveis nutricionais (peso corpóreo, anemia, aporte calórico) podem ser avaliadas pelo enfermeiro e que devem ser incorporadas aos protocolos de avaliação de risco (SERPA; SANTOS, 2008). Campos et al., (2010) citaram o uso de fralda, nível de atividade, mudança de decúbito, presença de doenças mentais, neurológicas, anemia e o uso de antibióticos como variáveis significativas relacionadas ao desenvolvimento de UP.

É recomendável que um instrumento de avaliação nutricional válido, confiável e prático seja utilizado e que todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de UP sejam referenciados para o nutricionista e, se necessário, para uma equipe nutricional multidisciplinar, que inclua nutricionista, enfermeiro especializado em nutrição, médico, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e também um dentista, quando necessário (NPUAP, 2009).

A capacidade funcional foi citada em um dos estudos que teve como objetivo correlacionar a incidência de UP com o estado nutricional e a capacidade funcional de pacientes internados, concluindo que incidência de UP está diretamente correlacionada à desnutrição e à restrição do paciente ao leito (PERRONE et al., 2011).

Fazendo referência à instrumentalização dos profissionais, pacientes e familiares para o cuidado com as UPs, cabe ressaltar que os programas de capacitação para todos os envolvidos nos cuidados a pacientes com lesões contribuem de forma significativa para a sua prevenção, visando identificar pacientes em risco e programar medidas preventivas.

Neste sentido, entre os anos de 2009 e 2010 houve um maior número de produções, devido à procura de informações, ao aumento do conhecimento, às divulgações das pesquisas e ao incremento das pesquisas baseadas em evidências, fatores que geraram uma mudança no cenário da educação em serviço.

Atualmente, observa-se, por parte dos profissionais, um maior interesse na busca de informações científicas, além de um aumento no número de pesquisas, que os auxiliam em decisões fundamentadas para a sua prática diária relacionada às UPs (BORGES; OLIVEIRA, 2012).

O processo educacional surge desde a formação do profissional até a prestação da assistência direta ou indireta dos cuidados, permeando atividades gerenciais, de pesquisa e ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que os estudos analisados foram, em sua maioria, realizados por enfermeiros em busca de evidências para o cuidado. Esta procura emergiu de profissionais lotados majoritariamente em hospitais universitários, os quais direcionaram seu olhar para o desenvolvimento do conhecimento. O delineamento metodológico utilizado teve enfoque qualitativo, descritivo e os estudos evidenciaram uma variedade de temas sobre as UPs com tendência para a utilização da Escala de Braden como ferramenta preditiva para tais lesões.

Os protocolos assistenciais com a inserção da EB se fazem necessários nas instituições a fim de organizar a assistência prestada aos pacientes em risco de desenvolver UP. Os indicadores de qualidade como incidência e prevalência destas lesões são fatores preponderantes para o conhecimento da realidade nas instituições de saúde, bem como a avaliação nutricional deve ser incluídas na avaliação do paciente, a fim de manter seu aporte nutricional longe do risco de desnutrição.

No que se refere ao tratamento das UPs, podemos afirmar que o ônus para as instituições de saúde seria menor se medidas preventivas fossem inseridas nos programas de capacitação dos profissionais que prestam o cuidado. Certamente, é fundamental estabelecer programas de capacitação voltados à prevenção de úlceras por pressão que subsidiem as intervenções da equipe de enfermagem e promovam a qualidade dos serviços prestados aos pacientes que sofrem em decorrência destas lesões.

REFERÊNCIAS

ALVES, N.; DEANA, N., F. O açúcar refinado no tratamento da infecção por *Pseudomonas* sp. em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 194-197, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 397- 402, 2008. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

ANSELMÍ, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA, J. I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-264, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300004>. Acesso em: 24 out. 2012.

ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2012.

_____. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 381-385, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a07.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/16v24n5.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

ARAÚJO, C. R. D. et al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 359-364, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a04.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R. H.; LUCENA, A. F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um

hospital universitário. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre v. 32, n. 4, p. 703-710, 2011. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17469>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BERETA, R. P. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. **Guia e arte enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 80-86, 2010. Disponível em:
<<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%204%20n.%202%20jul.dez%202010.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 120-186.

BORGES, E. L.; OLIVEIRA, M. C. G. F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 226-250.

BRANDÃO, A.; LACERDA, J. M. S. Suporte Nutricional. In: SILVA, R. C. L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 163-181.

CAMPOS, S. F. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 23, n. 5, p. 703-714, set./out. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out. 2012.

CHACON, J. M. F. et al. Prevalência de úlceras de pressão entre os idosos residentes em instituições de longa permanência em São Paulo. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, n. 4, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2012.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo,

v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005>. Acesso em: 24 out. 2012.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 31 n. 4, 2010. Disponível em:
<<file:///C:/Users/pc/Desktop/Artigos%20para%20a%20Rev.%20Int.%2012-11-12%20Lilacs%20e%20Bdenf%20OR/27%20Costa,%20Idev%20C3%A2nia%20Geraldina.htm>>. Acesso em: 23 out. 2012.

_____.; CALIRI, M. H. L. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 772-777, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600007&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 out. 2012.

COSTA, J. B. et al. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 607-611, 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/02.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

COTO, J. C. A.; BAEZ, J. C.; CABRERA, L. D. L. Cirurgia reconstrutiva de úlceras de pressão. **Cir. Rev. Cubana**, Havana, v. 46, n. 3, 2007. Disponível em:
<<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir04307.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 897-902, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011>. Acesso em: 21 out. 2012.

DICCINI, S.; CADAMURO, C.; IIDA, L. I. S. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 205-209, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24

out. 2012.

FAUSTINO, A.; CALIRI, M. Úlcera de pressão em pacientes adultos com fratura de fêmur e quadril. Estudo descritivo. **Revista bras. enferm.**, Brasília, v. 9, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2690/594>>. Acesso em: 21 out. 2012.

FAUSTINO, A. M. O conhecimento de enfermeiros acerca dos novos descritores de classificação para úlcera por pressão: estudo descritivo. **Estudo descritivo Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 9, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2010.2800/629>>. Acesso em: 24 out. 2012

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06>. Acesso em: 21 out. 2012.

_____.; _____.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-311, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a12v21n2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Rev. eletrônica. enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 733-746, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>>. Acesso em 24 out. 2012.

FIGUEIRAS, R. G. Tratamento cirúrgico de úlceras por pressão: experiência de dois anos. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 26, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n3/v26n3a10.pdf>> Acesso em: 23 out. 2012.

FIGUEIREDO, Z. M. et al. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores. **Avances En Enfermería**, v. XXVIII, n. esp., 2010. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviiiie_3.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16059>>. Acesso em: 23 out. 2012.

FURMAN, G. F. et al. Úlceras por pressão: incidência e associação de fatores de risco em pacientes de um hospital universitário. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 3, p. 1506-1514, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1148>>. Acesso em: 21 out. 2012.

GOMES, F. S. L. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 313-318, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

LIMA, A.C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 267-277, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029>. Acesso em: 21 out. 2012.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007. Disponível

em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1072/530>>. Acesso em: 24 out. 2012.

LOBO, A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 405-418, 2008. Disponível em: <http://gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/29_pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; POVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. bras. terap. intensiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012>. Acesso em: 24 out. 2012.

LUCENA, A. F. et al. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

MAIA, A. C. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a16v29n3.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlcera por Compressão: Prevenção e Tratamento. In: SILVA, R. C. L et al. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 389-412.

MEDEIROS, A., B. et al. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros: [revisão]. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.223-228, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100029&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2012.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão

integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.17, n. 4, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

MIYAZAKI, M., Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C.B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

MORAES, A. C. F. G.; SILVA, C. R. L. O Uso do Carvão Ativado e do Óleo de Girassol na Terapêutica de Enfermagem para o Tratamento de Úlcera de Pressão. **Rev. de Pesq. Cuid.fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 191-195, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/298/319>>. Acesso em: 20 out. 2012

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 300-304, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013>. Acesso em: 21 out. 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PREVENTION. **Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

PERALTA, V. et al. Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. **Hered. Rev. Med.**, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n1/v20n1ao3.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

PERRONE, F. et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24,

n. 3, p. 431-438, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out. 2012.

PINTO, E. N. et al. Sinal de alerta para úlceras por compressão e a enfermagem. In: SILVA, R. C. L. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 415-454.

RANGE, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 70-77, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>>. Acesso em: 24 out. 2012.

RIOS, L. C.; VELOSO, I. B. P. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão em um Hospital Público de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Estima**, v. 8, n. 2, p. 20-27, 2010. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24%3Aartigo-original-2&catid=15%3Aedicao-82&Itemid=86&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2012.

SALES, M. C. M.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **REME – rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 566-575, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4db582300901f.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

SCARLATTI, K. C. et al. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1372-1379, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a14.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, em pacientes críticos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 367-369, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a22v21n2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

SILVA, E.W.N. L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

SILVA, M. V. et al. Saberes e práticas de cuidadores domiciliares sobre úlcera por pressão: Estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2642/574>>. Acesso em: 24 out. 2012.

SOARES, D. A. S. et al. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 578-581, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 out. 2012.

SOUZA, D. M. S. T; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOUZA, T. S. et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão: [revisão]. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-476, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300020>. Acesso em: 24 out. 2012.

SOUZA, M. V. P.; CARDOSO, D. P.; GIRÃO, R. A. Tratamento cirúrgico das úlceras de pressão com retalhos cutâneos e musculo cutâneos. Experiência de três anos no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 274-280, 2009. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/imageBank/PDF/24-03-06.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

VALENÇA, M. P. et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do recife. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 2, p. 673-682, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/852/pdf_54>. Acesso em: 24 out. 2012.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) que, segundo Trentini e Paim (2004), consiste na articulação intencional desta com a prática assistencial, ou seja, as ações de cuidado vão sendo incorporadas no processo da pesquisa e vice-versa.

Estas autoras descrevem que o contexto deste tipo de pesquisa origina-se da inovação e de possibilidades de soluções para diminuir ou resolver questões do cotidiano em saúde, reiterando práticas assistenciais. Neste sentido, exige o compromisso dos profissionais em inserir a pesquisa em suas práticas diárias, unindo o saber-pensar ao saber-fazer.

A escolha pela PCA surgiu a partir de leituras sobre este tipo de pesquisa e da realidade prática, uma vez que é necessário solucionar problemas e efetuar mudanças de impacto na prática diária. Todos os propósitos que constituem uma PCA vão ao encontro da proposta deste estudo, qual seja, a resolução de problemas: desenvolvimento de UP e a falta de padronização no cuidado de enfermagem para este evento adverso evitável; introdução de inovações no campo da prática assistencial, com o desenvolvimento de medidas preventivas para as UPs; aplicação da pesquisa concomitantemente ao trabalho da pesquisadora na prática diária, com a inclusão das pessoas investigadas: profissionais, pacientes e familiares; e o reconhecimento dos dados alcançados no processo da prática assistencial como sendo dados de pesquisa.

Observa-se que o ambiente de uma unidade de internação médica é diversificado quanto à conduta dos profissionais, tornando-se generalizada a maneira do/de cuidar de uma UP. Neste sentido, programas de capacitação das equipes de enfermagem e de saúde, de pacientes e de familiares, com o objetivo de identificar pessoas em risco e implementar as medidas adequadas para cada situação, são necessários para modificar a realidade existente.

Sendo assim, as instituições de saúde mantêm ações educativas atendendo ao desafio gerencial de capacitar para o exercício contínuo de uma prática com qualidade, de forma adequada ao trabalho e oferecer possibilidades para o seu desenvolvimento, minimizando esforços, tempo, custos e conflitos (MIRA, 2006).

As ações educativas objetivam capacitar o profissional nas suas ações prestadas ao paciente, à família e à comunidade. Os participantes

da 11ª Conferência Nacional de Saúde citam, no eixo de Política Nacional de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), o desenvolvimento de uma política de capacitação, presencial ou a distância, para profissionais da saúde em todos os níveis, em conjunto com as Universidades e com as Secretarias de Municípios e de Estados, com atenção para a humanização do serviço.

A qualificação profissional é um ponto-chave para modificar a prática de enfermagem, assim como a educação é um processo contínuo de crescimento que faz aflorar a consciência transformadora. A educação precisa ser dialógica e ocorrer de maneira a que o educador, enquanto educa, é educado; desta forma, há um crescimento cultural e um pensamento crítico, instigando a problematização.

Neste sentido, quando os educandos problematizam, são desafiados a compreender as conexões de um problema com os demais, em sua totalidade, e não como algo isolado. A compreensão que resulta deste processo torna-se crescentemente crítica. A Educação Problematizadora surge através de um esforço permanente dos seres humanos para compreenderem, de forma reflexiva, como estão sendo no mundo, e com quem e em quem se encontram no mundo (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A Metodologia da Problematização - base para a aplicação do Arco de Maguerez, também conhecido como Arco da Problematização, foi elaborada na década de 70 do Século XX e tornada pública por Bordenave e Pereira a partir de 1977, mas foi pouco utilizado, na época, pela área da educação (COLOMBO; BERBEL, 2007).

O Arco da Problematização aborda os seguintes passos: realidade (observação da realidade), problemas pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade prática.

A Figura 1, a seguir, apresenta o Arco de Maguerez.



Figura 8: Arco de Maguerez.
Fonte: BORDENAVE, 2010.

Na primeira etapa do Arco de Maguerez, os educandos observam a realidade, expressam suas percepções pessoais, efetuando assim uma primeira “leitura sincrética”, ou ingênua da realidade (BORDENAVE, 1983, p. 32). Segundo Rocha (2008), esta etapa consente aos educandos identificar diferentes dificuldades que serão problematizadas. Desta forma um, ou diversos problemas, são distribuídos para o estudo em grupos e posterior discussão entre eles. O professor cooperará na redação do problema-síntese dessa etapa, conseqüente referência das demais etapas de estudo.

A segunda etapa do Arco é a dos pontos-chave, na qual os educandos refletem sobre as prováveis causas da existência do problema em estudo ROCHA (2008) e PEREIRA (2003) enfatizam que, nesta segunda etapa, os alunos separam da observação inicial, o que é verdadeiramente essencial daquilo que é puramente superficial ou contingente, identificando os pontos-chave do problema ou assunto em questão, as variáveis mais determinantes da situação.

Em um terceiro momento, os educandos passam à teorização do problema, ao questionarem o porquê dos fatos observados. Esta é a etapa dos embasamentos científicos e técnicos e compreende operações analíticas da inteligência, sendo altamente enriquecedora, permite o crescimento mental dos alunos (BORDENAVE, 1983).

A quarta etapa do Arco da Problematização é o levantamento das hipóteses de solução, fase em que aluno utiliza a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-

la (PEREIRA, 2003). Bordenave (1983) ressalta a importância desta etapa, pois aqui é o momento em que a originalidade deve ser desenvolvida, os educandos devem deixar sua imaginação fluir, os pensamentos devem ser inovadores.

A última etapa do Arco consiste na aplicação (execução da ação) e sua aplicação prática junto à realidade Bordenave (1983) destaca que o educando deve praticar e fixar as soluções que o grupo encontrou como sendo mais viáveis e aplicáveis. Através do exercício, aperfeiçoa sua destreza e adquire domínio e competência no manejo das técnicas associadas à solução do problema. Fecha-se, dessa maneira, o Arco de Maguerez, cujo principal intuito é levar os educandos à prática de ação-reflexão-ação, na qual apreendem o conteúdo de maneira crítica e reflexiva, partindo de sua própria realidade (ROCHA, 2008).

A Metodologia da Problematização diferencia-se de outras metodologias de resolução de problemas devido à peculiaridade processual que possui, ou seja, seus pontos de partida e de chegada, os quais se efetivam através da aplicação do estudo à realidade na qual se observou o problema. Posteriormente, retorna a esta mesma parcela da realidade, mas com novas informações, conhecimentos e reflexões, visando à transformação (COLOMBO; BERBEL, 2007).

O método do Arco é uma ideia metodológica apropriada para experimentar na prática vários princípios de uma Pedagogia Problematizadora, objetivando uma visão de transformação na sociedade.

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O trabalho foi desenvolvido em uma unidade de internação de Clínica Médica de um Hospital Universitário de Santa Catarina, instituição pública, de médio porte, voltado para o ensino, pesquisa e extensão. Este hospital é referência estadual em doenças clínicas e cirúrgicas, principalmente na área de onco-hematologia e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades.

Nesta instituição, destaca-se o compromisso com a educação permanente, que visa estimular a formação profissional e o aprimoramento técnico-científico, por meio de atividades de educação realizadas pelo Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn). O CEPEn é um órgão de assessoria da Diretoria de Enfermagem (DE), que desenvolve suas atividades com aproximadamente setecentos (700) profissionais de enfermagem do hospital, bem como com alunos e professores de universidades e de

escolas para formação de técnicos de enfermagem.

O cenário escolhido foi a unidade de Clínica Médica III, que atende as especialidades médicas de reumatologia, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, nefrologia e endocrinologia, totalizando vinte e nove (29) leitos ativados.

A equipe de enfermagem desta unidade é composta por oito (08) Enfermeiros, dezoito (18) Técnicos de Enfermagem e cinco (05) Auxiliares de enfermagem. Também trabalham nesta unidade outros profissionais, como seis (06) Residentes Multiprofissionais do Programa de Residência Integrada Multidisciplinar, área de concentração em Alta Complexidade, vinte (20) profissionais da Medicina (médicos efetivos, residentes do Programa de Residência Médica), acompanhados por três (03) acadêmicos de Medicina do último ano, dois (02) Nutricionistas, uma (01) Psicóloga e uma (01) Assistente Social. Ainda transitam neste setor, acadêmicos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia de diversas fases.

Pela experiência neste setor, observa-se que os pacientes que ocupam estes leitos, na maioria das vezes, são idosos dependentes ou adultos jovens incapacitados pelas comorbidades relacionadas às especialidades.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo, houve a participação de dois grupos distintos: um formado pelos profissionais de enfermagem, e outro pelos pacientes internados durante o período de coleta de dados.

Da equipe de profissionais, participaram dezesseis (16) pessoas: oito (08) enfermeiros, sete (07) técnicos de enfermagem e uma (01) auxiliar de enfermagem, lotados na equipe de enfermagem da referida unidade de Clínica Médica, os quais foram convidados a participar da pesquisa através de divulgação realizada pela pesquisadora nas passagens de plantão e do Sistema Gestor de Capacitação da Universidade Federal de Santa Catarina (SGCA). Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença para tratamento de saúde, licença-maternidade e férias.

No grupo de pacientes, foram incluídos os internados maiores de dezoito (18) anos que aceitaram participar do estudo, totalizando cento e vinte (120) pacientes. Quando o paciente não estava lúcido e orientado para consentir em sua participação, contataram-se os familiares para fazê-lo.

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos profissionais

participantes de acordo com o tempo de serviço na instituição e categoria profissional.

Quadro 6: Distribuição dos profissionais de acordo com o tempo de serviço na instituição e categoria profissional, maio a agosto de 2012.

Intervalo de tempo de trabalho	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Total
0 a 5	4	7		11
6 a 10	2			2
mais de 10	2		1	3
Total	8	7	1	16

Fonte: Elaboração do autor.

Dos profissionais participantes da pesquisa, um (01) era do sexo masculino e os demais eram do sexo feminino. Com relação ao tempo de serviço na instituição, observa-se que um (01) enfermeiro se encontrava próximo da aposentadoria; uma (01) Auxiliar de Enfermagem possuía o maior tempo de serviço na instituição; os Técnicos de Enfermagem se encontravam em período de estágio probatório. Salienta-se que os profissionais que se encontram em estágio probatório são inseridos em programas de capacitação para incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal.

4.4 INSTRUMENTOS DO ESTUDO

Como estratégias de pesquisa, foram utilizados questionários e grupos de discussão.

O questionário é um instrumento de investigação com o intuito de captar informações com base nas questões de um grupo representativo da população em estudo (AMARO et al., 2005). A utilidade de um questionário se manifesta quando um investigador pretende obter informações sobre um determinado tema. Com a utilização deste instrumento tem-se a facilidade de questionar um número maior de pessoas em um período de tempo pequeno.

Os questionários foram elaborados com perguntas abertas e aplicados em duas etapas, no início e no final da pesquisa. Ambos continham questões sobre medidas preventivas, conhecimento da EB, sua função e utilização. Por outro lado, o questionário aplicado no término da pesquisa continha questões sobre: o fator motivacional, os

resultados para o cuidado de enfermagem, o impacto do uso da EB para a organização do serviço de enfermagem, as reações da equipe, bem como os reflexos do uso da Escala.

Outra estratégia de pesquisa foi a realização de grupos de discussão com cunho educativo. Um grupo de discussão consiste em uma via para o acesso e a reconstrução dos meios sociais com a criação de novos projetos que aprimoram o tema em tela (WELLER, 2006). Os grupos de discussão seguiram a lógica da dialogicidade, que envolve ação e reflexão.

Se há valorização demasiada da ação em detrimento da reflexão, acontece um ativismo, se há valorização demasiada da reflexão, acontece o verbalismo; assim não é no silêncio que os homens se fazem, mas nas palavras, no trabalho, na ação-reflexão. (FREIRE, 1987, p. 92).

4.5 COLETA DE DADOS

Tendo em vista que o trabalho de enfermagem é realizado por uma equipe de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com atribuições definidas em lei, cabe ao enfermeiro avaliar o paciente com a aplicação da EB; aos técnicos e auxiliares de enfermagem, cabe realizar os cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro.

Diante desta realidade, optou-se por realizar os grupos de discussão respeitando o segmento profissional. Assim, para o enfermeiro, o enfoque foi o conhecimento e uso da EB; já para os técnicos e auxiliares de enfermagem foi o conhecimento das medidas preventivas para as UP.

As estratégias de coleta de dados foram realizadas de maio a agosto de 2012.

Por intermédio do CEPEn, os grupos de discussão foram oficializados, conferindo-se aos participantes certificados que, somados, favoreceram a progressão funcional. Para a oficialização, o CEPEn aprovou e encaminhou a programação ao SGCA que, por sua vez, aprovou e divulgou para os profissionais da Clínica Médica III. Cabe destacar que para os enfermeiros a capacitação foi divulgada como *Ações educativas para o uso da Escala de Braden* e para os técnicos e auxiliares de enfermagem foi divulgada como *Ações educativas para o uso de medidas preventivas para as úlceras por pressão*. Paralelamente, foi feita a divulgação deste estudo na referida Clínica durante as

passagens de plantão e individualmente.

Os grupos de discussão com os enfermeiros foram organizados de acordo com o Arco de Maguerez, que parte da observação da realidade para elencar problemas e pontos-chave, com posterior teorização e elaboração de hipóteses de solução. Os grupos de discussão seguiram a seguinte lógica: no primeiro encontro, chamado de *Observação da Realidade Prática*, os enfermeiros foram convidados a refletir sobre o cuidado de enfermagem para a prevenção das UP com o uso da EB, por meio de um questionário (Apêndice A) que possibilitou o levantamento dos pontos-chaves. Ao final do encontro, foi solicitado que, para o próximo, os enfermeiros trouxessem a teorização sobre os pontos-chave levantados.

O segundo encontro, denominado de *Teorização*, abriu espaço para os enfermeiros apresentarem as suas elaborações teóricas. Durante o encontro, à medida que evoluía a discussão, houve a apropriação de conhecimento para o uso da EB. Ao finalizar este encontro, os enfermeiros haviam esclarecido dúvidas e acolheram a ideia de que precisavam de um tempo para incorporar este novo conhecimento até o próximo encontro.

No terceiro encontro, chamado de *Hipóteses de Solução*, houve uma discussão sobre critérios para aplicação da EB no que se refere à determinação do grau de dependência de cada paciente, frequência de avaliação, bem como critérios de reavaliação para o grau de dependência de cada paciente. Em consenso, definiu-se que a aplicação da EB nos pacientes que internariam na unidade da pesquisa seria a melhor forma para avaliar o risco de desenvolvimento de UP. Tendo em vista as dúvidas que ainda permaneceram, os participantes solicitaram que houvesse um novo encontro para o grupo de discussão no qual, em duplas, trariam sugestões de intervenções de enfermagem para cada subitem da EB.

No quarto encontro do grupo de discussão, ainda considerada como *Hipóteses de Solução*, os enfermeiros apresentaram as sugestões para as intervenções de enfermagem, sendo definido que a EB seria aplicada conforme os critérios definidos no terceiro encontro, e os cuidados de enfermagem de acordo com as intervenções apresentadas e aprovadas no quarto encontro. Também foi decidido que a aplicação da EB se daria a partir de maio e durante noventa dias consecutivos.

Simultaneamente, foram realizados três encontros de grupo de discussão com os técnicos e auxiliares de enfermagem, também organizados de acordo com o Arco de Maguerez. No primeiro encontro,

chamado de *Observação da Realidade Prática*, os técnicos e auxiliares de enfermagem foram convidados a refletir sobre o cuidado de enfermagem para a prevenção das UPs com o uso da EB. Isso de seu por meio de um questionário (Anexo B) sobre as medidas preventivas para as UP, respondido em duplas, que possibilitou o levantamento dos pontos-chave. Ao final do encontro, foi solicitado que para o próximo, técnicos e auxiliares de enfermagem trouxessem a teorização sobre os pontos-chave levantados acerca das medidas preventivas.

O segundo encontro, denominado de *Teorização*, abriu espaço para os técnicos e auxiliares de enfermagem apresentarem as suas elaborações teóricas. Durante o encontro do grupo, à medida que evoluía a discussão, houve a apropriação de conhecimento sobre o uso de medidas preventivas para UP. Ao finalizar o encontro, os técnicos e auxiliares de enfermagem haviam sanado suas dúvidas e acataram a ideia de que precisavam de um tempo para incorporar este novo conhecimento até o próximo encontro.

No terceiro encontro, chamado de *Hipóteses de Solução*, houve uma discussão sobre as medidas preventivas que poderiam ser operacionalizadas nesta unidade de internação. Em consenso, as medidas foram elencadas em consonância com as intervenções programadas pelos enfermeiros, com o compromisso de serem aplicadas durante noventa dias.

Ao final deste prazo, foi solicitado a cada profissional, individualmente, em seu horário de trabalho, que respondesse aos questionários (Apêndices C e D) respectivamente, para que se pudesse obter um parâmetro do quanto de conhecimento foi apropriado por estes grupos de profissionais.

Sendo assim, os enfermeiros utilizaram a EB para avaliação dos pacientes e os técnicos e auxiliar de enfermagem realizaram as medidas preventivas tendo-a por base.

Durante o período de coleta de dados, todos os pacientes internados na Clínica Médica III foram avaliados segundo a EB e receberam os cuidados de enfermagem elencados nos grupos de discussão.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise deste estudo, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo, definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, em três fases: pré-

análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação”. (BARDIN, 1977, p. 31).

De acordo com Oliveira (2010) a Análise de Conteúdo se organiza em três momentos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise é o momento de organizar o material, de escolher os documentos a serem analisados, formar hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final.

Na exploração do material acontece o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento em que se descobre um tema nos dados: é preciso comparar enunciados e ações entre si, verificando a existência de um conceito que os una. Quando se descobrem temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. No momento da interpretação dos dados, é preciso voltar atenção ao marco teórico, que é pertinente à investigação, que dará o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo (OLIVEIRA, 2010).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS

O estudo observou, em todas as suas etapas, os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, conforme resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados referentes às etapas deste estudo iniciou-se após as autorizações da Direção Geral da instituição e do Comitê de Ética da UFSC (CEPUFSC), o qual foi aprovado sob o número 147.945 e CAAE 01320912.8.0000.0121 (Anexo F).

O projeto apresentado ao Comitê de Ética da UFSC tinha o título *Segurança do paciente na clínica médica de um hospital universitário do sul do Brasil: uso da escala de Braden*, sendo este o mesmo que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); porém, durante a banca de qualificação, o título foi alterado para *Utilização da Escala de Braden no cuidado do paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão de uma clínica médica*, sendo este o que permaneceu como título da presente dissertação.

Todos os participantes assinaram o TCLE, tendo garantido os princípios de não maleficência, de beneficência, respeito à autonomia e

princípio de justiça. Para a realização deste estudo, foram elaborados dois TCLE: um destinado aos profissionais de enfermagem (Apêndice E) que aceitaram participar da pesquisa, e outro aos pacientes e/ou familiares (Apêndices F) que aceitaram participar da pesquisa.

Para preservar o anonimato dos profissionais da enfermagem e dos pacientes foram utilizadas as seguintes siglas: E - Enfermeiro, TE - Técnico de Enfermagem, AUXE - Auxiliar de Enfermagem, PCTE - Paciente e FPCTE - Familiar de Paciente.

5 RESULTADOS

Em atendimento à Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011, de 12 de setembro de 2011 (Anexo E), que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, este capítulo é formado por três manuscritos. Estes apresentam a análise dos resultados obtidos a partir dos dados que emergiram das ações educativas realizadas com os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os manuscritos *Instrumentalização dos enfermeiros de uma unidade de internação para o uso da Escala de Braden e Ações educativas para técnicos e auxiliares de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão* apresentam os resultados obtidos referentes ao primeiro objetivo: instrumentalizar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de clínica médica para cuidar do paciente em risco de úlceras por pressão através da utilização da Escala de Braden.

O manuscrito *Instrumentalização dos enfermeiros de uma unidade de internação para o uso da Escala de Braden* também atende ao segundo objetivo: construir coletivamente um fluxograma de intervenções de enfermagem a partir dos resultados obtidos com a aplicação da Escala de Braden, pois apresenta as intervenções de enfermagem para a prevenção de UP de acordo esta Escala. As intervenções emergiram dos grupos de discussão.

Finalmente, o manuscrito *Perfil dos pacientes de uma unidade de internação avaliados a partir da Escala de Braden* atende ao terceiro objetivo: determinar o perfil clínico/demográfico por meio da aplicação da Escala de Braden nos pacientes internados em uma Unidade de Clínica Médica.

5.1 MANUSCRITO 1 - INSTRUMENTALIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PARA O USO DA ESCALA DE BRADEN
INSTRUMENTALIZATION NURSES OF A UNIT FOR HOSPITAL USE OF BRADEN SCALE
ENFERMERAS INSTRUMENTALIZACIÓN DE UNA UNIDAD PARA EL HOSPITAL DE USO ESCALA DE BRADEN

Wechi, S. F. Jeane¹
Amante, N. Lúcia²

RESUMO

A prevenção das úlceras por pressão é parte integrante do cuidado de enfermagem. O conhecimento dos profissionais que prestam cuidado de enfermagem deve estar alicerçado em bases científicas a fim de prevenir agravos como as úlceras por pressão. Analisar o conhecimento apresentado pelos enfermeiros sobre a Escala de Braden, como instrumento de prevenção das úlceras por pressão. Pesquisa convergente assistencial, realizada em uma unidade de internação de clínica médica de um hospital do sul do Brasil, no período de maio a agosto de 2012, com a participação de oito enfermeiros, por meio de questionários com perguntas abertas e grupos de discussão. No tratamento dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo. Observou-se que os enfermeiros já possuíam conhecimento sobre a Escala de Braden, mas por meio da pesquisa tiveram a oportunidade de atualizar seu entendimento e observar a aplicação de utilização deste instrumento como medida preditiva para as úlceras por pressão. É possível a implantação desta escala como medida de prevenção na prática assistencial dos enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes em risco de desenvolver úlceras por pressão.

²

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Profissional pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde em Enfermagem GIATE/HU/UFSC. Membro da Comissão de Segurança do Paciente COSEP/HU/UFSC.

² Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE) e do Núcleo de Pesquisas em Neurologia Clínica e Experimental (NUPNEC).

Descritores: Enfermagem. Conhecimento. Úlcera por pressão. Cuidados de enfermagem. Escalas.

ABSTRACT

The prevention of pressure ulcers is an integral part of nursing care. The knowledge of the professionals who provide nursing care must be founded on a scientific basis to prevent injuries such as pressure ulcers. To assess the knowledge presented by the nurses on the Braden Scale as a tool for prevention of pressure ulcers. Research convergent held in an inpatient facility medical clinic of a university hospital in southern Brazil, in the period from May to August 2012, with the participation of eight nurses, through questionnaires with open questions and discussion groups. In the data used was Content Analysis. It was observed that nurses already had knowledge on the Braden Scale, but through research have the opportunity to upgrade their understanding and application note for using this instrument as a predictive measure for pressure ulcers. It is possible the deployment of this scale as a measure of prevention in healthcare practice of nurses who provide care to patients at risk of developing pressure ulcers.

Keywords: Nursing knowledge. Pressure ulcers. Nursing care. Scales.

RESUMEN

La prevención de las úlceras por presión es una parte integral de la atención de enfermería. El conocimiento de los profesionales que prestan cuidados de enfermería debe estar fundada sobre una base científica para prevenir lesiones como úlceras por presión. Evaluar el conocimiento presentado por las enfermeras en la Escala de Braden como una herramienta para la prevención de úlceras por presión. La investigación convergente a cabo en un paciente hospitalizado instalaciones de la clínica médica de un hospital universitario en el sur de Brasil, en el período de mayo a agosto de 2012, con la participación de ocho enfermeras, a través de cuestionarios con preguntas abiertas y grupos de discusión . En los datos utilizados fue el Análisis de Contenido. Se observó que las enfermeras ya tenía conocimiento de la Escala de Braden, sino a través de la investigación tienen la oportunidad de mejorar su comprensión y nota de aplicación para el uso de este instrumento como una medida de predicción de las úlceras por presión. Es posible el despliegue de esta escala como una medida de prevención

en la práctica médica de las enfermeras que atienden a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Palabras clave: Conocimiento de enfermería. Úlceras por presión. Cuidados de enfermería. Escalas.

INTRODUÇÃO

A complexidade dos pacientes internados e das práticas de cuidado de enfermagem nas instituições hospitalares demandam avaliações rotineiras no que diz respeito às lesões de pele, como as úlceras por pressão (UPs). No campo da legislação, pode-se afirmar que é dever do enfermeiro a realização dos cuidados com a manutenção da integridade da pele do paciente. Sendo assim, torna-se visivelmente necessário o desenvolvimento de medidas preventivas para os pacientes que apresentam risco para o desenvolvimento das UPs (FERNANDES et al., 2008).

Uma medida preventiva para as UPs é a utilização da Escala de Braden (EB), desenvolvida por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, que serve como instrumento preditivo de risco e de desenvolvimento de protocolos voltados para a situação de cada paciente, garantindo sua individualidade (FERNANDES; CALIRI, 2008).

Ela é composta por seis subescalas: 1. percepção sensorial, 2. umidade, 3. atividade, 4. mobilidade, 5. nutrição, 6. fricção e cisalhamento. Destas seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão, quais sejam: percepção sensorial, atividade e mobilidade e três mensuram a tolerância do tecido à pressão, que são umidade, fricção e cisalhamento.

As primeiras subescalas são pontuadas de 01 (menos favorável) a 04 (mais favorável); a sexta subescala - fricção e cisalhamento -, é pontuada de 01 a 03.

Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível, de um conceito descritor-chave e de uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados. O escore total pode variar de 06 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 09), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos) (PREVENTION PLUS, 2010).

O enfermeiro necessita de uma bagagem de conhecimentos que sirva de alicerce para a prática do cuidado de enfermagem, sendo que a

prevenção das UPs é um vértice desta prática. Portanto, este conhecimento pode garantir a cada paciente um menor tempo de hospitalização, com as medidas de prevenção sendo adotadas de acordo com cada caso (MORITA et al., 2012).

Como líder da equipe de enfermagem, o enfermeiro orienta e executa ações preventivas, bem como detém maior domínio de conhecimento, em virtude de ter, em sua formação, componentes curriculares voltados para a prática do cuidado. Sendo assim, o enfermeiro necessita entender os princípios e os fatores predisponentes, além de deter o conhecimento dos mecanismos de prevenção e das condições ideais para a diminuição das UPs. Profissionais, familiares, e pacientes precisam estar cientes de todos estes aspectos, reunindo forças e colaborando para todo processo de prevenção (FERNANDES et al., 2008).

Vale ressaltar a necessidade da educação permanente nas instituições, pois ela é um instrumento para qualificar o atendimento do profissional de enfermagem, contribuindo para uma assistência comprometida, competente e respaldada em conhecimentos científicos (JACONDINO et al., 2010). A educação permanente é uma estratégia de desenvolvimento do trabalhador, para transformar seu ambiente de trabalho através do processo de aprendizagem em um movimento dinâmico e complexo, mediado por valores (RICALDONE; SENA, 2006).

Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivo: instrumentalizar os enfermeiros de uma unidade de internação de clínica médica para o cuidado de enfermagem com o paciente em risco de desenvolver UP.

METODOLOGIA

Pesquisa convergente assistencial, desenvolvida em uma unidade de internação de Clínica Médica de um hospital do Sul do Brasil, instituição pública, de médio porte, voltada para o ensino, pesquisa e extensão. Participaram oito (08) enfermeiros escolhidos por conveniência, lotados na referida clínica, tendo sido excluídos aqueles que estavam em licença para tratamento de saúde ou licença-maternidade e férias.

A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2012, por meio da aplicação de dois questionários com perguntas abertas sobre medidas preventivas e o uso da EB, efetuados no início e final da pesquisa, além de grupos de discussão, aqui chamados de ações educativas.

O questionário (APÊNDICE A) aplicado antes das ações educativas continha questões sobre: prevenção de UP, conhecimento da EB, bem como sua função e utilização. No que foi aplicado ao final (APÊNDICE C) mantiveram-se as mesmas questões e incluíram-se outras, que trataram sobre os seguintes temas: uso da EB com relação ao fator motivacional; os resultados para o cuidado de enfermagem; o impacto do uso da EB para a organização do serviço de enfermagem; as reações da equipe; os reflexos do uso da escala.

Foram realizados quatro (04) grupos de discussão com os enfermeiros, organizados de acordo com o Arco de Maguerez.

No primeiro grupo de discussão, denominado *Observação da Realidade Prática*, os enfermeiros foram convidados a refletir sobre o cuidado de enfermagem para a prevenção das UPs com o uso da EB, o que possibilitou o levantamento dos pontos-chave.

O segundo grupo de discussão, denominado de *Teorização*, abriu espaço para os enfermeiros apresentarem as suas elaborações teóricas.

No terceiro grupo, chamado de *Hipóteses de Solução*, houve uma discussão sobre critérios para utilização da EB. Em consenso, definiu-se que a Escala seria aplicada nos pacientes que internariam nos próximos noventa (90) dias.

No quarto grupo de discussão, os enfermeiros elaboraram um fluxograma de intervenções para cada subescala da EB, com o propósito de aplicá-lo na prática durante noventa (90) dias. Durante este período, os enfermeiros utilizaram a EB e aplicaram as intervenções em cento e vinte (120) pacientes, os quais foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, da qual aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). A pesquisa obedeceu à Resolução nº 196/96/CNS (BRASIL, 1996) e foi aprovada pela Comissão de Ética da Instituição sob o número 147.945. A fim de preservar o anonimato, foi utilizada uma sigla seguida de um número em ordem crescente, assim o enfermeiro será: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os oito participantes trabalham nesta instituição de cinco (05) a trinta e dois anos (32), havendo quatro (04) enfermeiros com cinco (05) anos de trabalho, três (03) entre nove (09) e doze (12) anos e um com trinta e dois (32) anos de trabalho; sete (07) eram do sexo feminino e

um (01) do sexo masculino.

A análise de dados deu significado aos achados, sendo possível construir três categorias, quais sejam: 1) conhecimento sobre o cuidado preventivo para úlcera por pressão; 2) conhecimento dos enfermeiros sobre a Escala de Braden; e 3) reflexões sobre o uso da Escala de Braden em uma unidade de Clínica Médica.

Conhecimento sobre o cuidado preventivo para úlceras por pressão

Nos tempos atuais, a prevenção de UP se faz necessária em relação às propostas de tratamento, visto que o valor financeiro é menor e o risco para o paciente é praticamente inexistente; deve envolver uma equipe multidisciplinar integrada, a fim de obter os melhores resultados possíveis (GOULART et al., s/a.).

Os pacientes que se encontram acamados por longos períodos, com instabilidades hemodinâmicas (hipertermia, torpor, taquicardia, taquipnéia, hipotensão) e restrição da mobilidade em consequência de algumas doenças, ou sequelas, estão sujeitos a desenvolver UP e devem receber o cuidado preventivo para minimizar o risco do desenvolvimento destas lesões (FERNANDES, 2005).

Os enfermeiros relataram medidas preventivas para o cuidado com as UP, buscando reduzir o risco para o desenvolvimento deste agravo. As falas a seguir fazem referência a este fato.

[...] mudança de decúbito, protetores de calcâneo, colchão piramidal, hidratação da pele, filmes transparentes para proteção, coxins, massagens, leito limpo e seco e sem dobras, inspeção dos dispositivos. (E1, E2).

[...] mudança de decúbito, hidratação cutânea, colchão piramidal, assegurar suporte hídrico adequado, paciente limpo e seco, evitando roupa de cama molhada e amassada, trocas frequentes de fraldas para evitar umidade. (E3).

[...] reposicionamento, aliviadores de pressão, evitar umidade, manter nutrição adequada, evitar massagens nas áreas proeminentes, não utilizar almofadas tipo donuts, hidratação adequada, limpeza com sabão neutro, inspeção constante da pele, posição lateral de 30°, elaborar protocolo de prevenção. (E4, E5).

A mudança de decúbito ou o reposicionamento do paciente, citado pelos enfermeiros, faz com que a pressão exercida pela posição deitada ou sentada minimize a deformação dos tecidos moles e, conseqüentemente, evita a isquemia das áreas afetadas. Geralmente, preconiza-se o reposicionamento a cada duas horas; porém, a frequência deve atender à tolerância tecidual, às condições da pele, ao conforto do paciente, à condição clínica e ao nível de atividade e mobilidade (NPUAP; EPUAP, 2009).

As superfícies de suporte, como protetores de calcâneo, colchão piramidal e coxins, que se destacam nestas falas, são mecanismos especializados para redistribuir a pressão e são capazes de controlar a carga tecidual, o microclima e outras funções terapêuticas.

NPUAP; EPUAP (2009); Borges; Fernandes (2012), ressaltam que os profissionais que cuidam de pacientes com risco para o desenvolvimento de UP, devem estar atentos às condições da pele, realizando avaliações diárias através da inspeção e palpação, focando na identificação precoce de lesões.

A hidratação da pele, citada pelos enfermeiros, mantém o equilíbrio hídrico cutâneo, o funcionamento e a boa aparência da pele.

A perda de água por evaporação diminui quando a umidade relativa do ar é baixa e a aplicação de emolientes na pele substitui a função de barreira decorrente da perda de sebo, sendo este um recurso necessário para a recuperação da hidratação cutânea (OLIVEIRA, 2012).

A presença de drenos, sondas, cateteres e outros dispositivos, como trações esqueléticas ou aparelhos ortopédicos, necessitam estar sob vigilância, pois, além de restringirem o reposicionamento do paciente, podem causar lesão cutânea nas regiões imobilizadas (OLIVEIRA, 2012).

As roupas de cama que cobrem as superfícies de apoio devem estar secas e esticadas, a fim de evitar marcas ou dobras na pele do paciente, minimizando o risco de trauma cutâneo. Uma adequada ingestão hídrica e calórico-proteica é necessária para um aporte nutricional eficiente, principalmente quando esta ingestão é insuficiente (OLIVEIRA, 2012).

Uma maneira de avaliar o risco do desenvolvimento de UP é instituir protocolos que incluam avaliação da pele, medidas preventivas e terapêuticas (BORGES; FERNANDES, 2012), assunto citado na fala dos profissionais.

Sendo assim, os enfermeiros conhecem o contexto do cuidado

que propicia o desenvolvimento de UP, bem como as medidas preventivas que mantém o paciente livre deste evento adverso evitável.

Após o período de aplicação das hipóteses, os enfermeiros mantiveram as mesmas afirmações quando se tratou do cuidado preventivo para UP, haja vista os seguintes depoimentos:

[...] reposicionamento do paciente no leito. Uso de colchão caixa de ovo, protetores de calcâneo, hidratação da pele. (E1).

[...] mudança de decúbito, aliviadores de pressão, supervisão da ingesta alimentar, uso de emolientes para hidratação da pele. (E2).

Observa-se que os enfermeiros conhecem o cuidado preventivo para a UP, no entanto, em momento algum citaram a EB, ou outra escala preditiva, como um instrumento também de prevenção e avaliação do risco de desenvolvimento de UP. O conhecimento e a habilidade na utilização deste tipo de escala torna possível a determinação de condutas para o cuidado.

O conhecimento de enfermagem é a solução de muitos problemas, até mesmo para evitá-los, pois, utilizando o conhecimento, o enfermeiro pode melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente e a seu familiar utilizando ações preventivas, como a utilização da EB.

Conhecimento dos enfermeiros sobre a Escala de Braden.

A EB é um instrumento para predizer o risco de aparecimento da UP, oferecendo aos enfermeiros dados suficientes para intervirem previamente na sua prevenção (ROSA; PONS JUNIOR, 2009). O conhecimento da funcionalidade deste instrumento permite a realização do levantamento de problemas, o planejamento dos cuidados e uma avaliação completa do paciente. Os relatos a seguir referendam este contexto:

[...] avaliar o risco de desenvolver UP, é composta por 06 subescalas, tem a função de auxiliar a equipe de saúde, norteia as ações preventivas de enfermagem, vem ao encontro da segurança do paciente. (E1, E3).

[...] função de prevenção das UP; avaliação para o

profissional habilitado, como o enfermeiro, analisar cada subitem da escala tendo como base o exame físico do paciente. (E4, E5).

[...] utilizar a escala quando por meio de um julgamento clínico o enfermeiro observar a possibilidade de o paciente desenvolver a UP. (E1, E2).

[...] diariamente em todos os pacientes, analisando a evolução do estado de saúde e doença da cada paciente de acordo com o exame físico e visita diária ao paciente. (E3).

[...] na internação, com avaliação diária até o momento da alta hospitalar, de acordo com a situação saúde/doença apresentada. (E4, E5).

A EB refere-se a um instrumento que admite realizar uma avaliação detalhada da pele do paciente, além disso, proporciona suporte para intervenções preventivas (FERNANDES et al., 2008). Destaca-se a utilização da EB realizada por um profissional habilitado, torna-se possível o diagnóstico das condições do paciente como: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

A EB deve ser aplicada no momento da admissão do paciente em instituições hospitalares de internação ou reabilitação, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILP), programas de atendimento no domicílio ou em situações que o cuidado seja necessário, cabe ressaltar que as reavaliações devem ocorrer diariamente (BORGES; FERNANDES, 2012).

Nota-se que os enfermeiros conhecem o valor preditivo da EB, no entanto, não a veem como uma das medidas utilizadas como integrante da avaliação e exame físico do paciente.

Ao final do período de coleta de dados, quando já haviam participado das ações educativas, observou-se que os enfermeiros ampliaram seu conhecimento da EB e suas funções:

[...] tem a função de instrumentalizar a equipe de enfermagem, serve como ferramenta de suporte para a SAE, norteia as ações de enfermagem referentes ao cuidado. (E1).

[...] avalia a pele, serve como revisões diárias de quais cuidados de enfermagem necessitam ser intensificados para diminuir o risco de desenvolver UP. (E2).

[...] funciona como medida de segurança do paciente. (E1, E2, E3).

Atualmente, as práticas educativas se tornaram comuns nas instituições de saúde, segundo Mira (2006) é um desafio gerencial capacitar o pessoal de enfermagem para o exercício contínuo de uma prática com qualidade, de forma adequada ao trabalho e oferecer possibilidades para o seu desenvolvimento, minimizando esforços, tempo, custos e conflitos.

A instrumentalização dos profissionais acerca da EB facilita as tomadas de decisões para prescrever o cuidado através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual normatiza condutas que auxiliam a prevenção de erros, garantindo a segurança do paciente.

Na instituição do estudo, a teoria utilizada para nortear o processo de enfermagem é a das Necessidades Humanas Básicas, conforme Horta (1979). Para Wanda de Aguiar Horta (1979, p. 32), “a prescrição dos cuidados é o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano”.

Sendo assim, estas medidas reduzem o risco de danos desnecessários, ou eventos adversos evitáveis associados ao cuidado em saúde até o mínimo aceitável, uma vez que se trata de uma ferramenta de avaliação validada para identificar os pacientes com risco para o desenvolvimento de UP (OMS, 2009; WACHTER, 2010).

No entanto, a demanda de atividades assistenciais e gerenciais a seu encargo exige dos enfermeiros habilidade para realizar suas atribuições dentro de um determinado prazo de tempo. Estas atividades são realizadas, na maioria das vezes, por um enfermeiro a cada turno de trabalho, em um quantitativo de quatro técnicos ou auxiliares de enfermagem para vinte e nove (29) pacientes.

Os enfermeiros são peças fundamentais na administração e governabilidade da equipe de enfermagem, sendo de sua responsabilidade a organização do trabalho com a divisão das escalas dos turnos de serviço e a distribuição das atividades assistências desenvolvida pela equipe de nível médio (STACCIARINI; TRÓCCOLI,

2001).

Em função destes números e das atividades diárias, a aplicação da Escala foi analisada por alguns enfermeiros como mais uma atribuição a ser realizada, diante do reduzido número de enfermeiros para uma grande demanda de serviço.

[...] Na maioria das vezes estive sozinho na assistência, não tendo tempo suficiente para aplicação da mesma. (E5).

[...] sei da importância, mas penso ser uma atividade cumulativa, sobrecarga de serviço, poucos profissionais de enfermagem. (E2).

Cada vez mais os pacientes internam com necessidades complexas, conferindo assim uma sobrecarga de trabalho para toda a equipe de enfermagem, interferindo no estabelecimento de medidas que favorecem a qualidade do cuidado de enfermagem (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

Por esta razão, para se realizar uma assistência de qualidade, faz-se necessário um quantitativo de pessoal suficiente para atender as complexas demandas das unidades de internação de clínica médica. Para isso, é essencial o conhecimento da carga de trabalho realizado nestas unidades, a fim de determinar o número de profissionais adequado para um cuidado de enfermagem livre de riscos (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

Entende-se que cabe aos enfermeiros rever, junto aos gestores do serviço, a provisão do quantitativo de profissionais de enfermagem e da capacitação para o trabalho em enfermagem.

A enfermagem dedica-se a construir um bem social com seu trabalho, e, frente à complexidade das situações de saúde vivenciadas, exige-se cada vez mais que o enfermeiro adquira uma base sólida de conhecimento, na tentativa de adequação e melhoria da qualidade no atendimento à população.

O enfermeiro traz em sua formação a premissa da assistência, e a prevenção das UP é um vértice que, a cada paciente, pode garantir um reduzido tempo de hospitalização, com melhor qualidade no cuidado (MORITA et al., 2012). Sendo assim, é possível a transformação da prática com a inclusão de rotinas sustentadas cientificamente, como será discutido na próxima categoria.

Reflexões sobre a utilização da EB em uma unidade de Clínica Médica

A enfermagem, como prestadora de cuidados diretos ao paciente, necessita estar em constante processo de atualização, a fim de lidar adequadamente com diversos agravos que comprometem a integridade cutâneo-mucosa, como as UP.

Por muitos anos, a enfermagem realizou o cuidado de prevenção e tratamento sem se preocupar com os princípios científicos, levando a equipe de enfermagem a perder a credibilidade frente às lesões de pele.

Atualmente, observa-se uma mudança nas condutas dos enfermeiros frente aos eventos adversos evitáveis, como as UPs, pois nota-se um aumento do interesse por ações educativas que levam a fundamentação científica para as ações do cuidado de enfermagem (BORGES; OLIVEIRA, 2012).

No estudo em questão, as ações educativas implementadas para o uso da EB fortaleceram a formação de novos conceitos sobre a necessidade de prevenção de UP no contexto de uma unidade de internação.

[...] instrumentalização, motivação.
(E1/E2/E3/E4/E5/E6/E7/E8).

[...] sensibilização, capacitação, conscientização, cooperação dos profissionais. (/E4/E5/E6/E7).

[...] qualidade da assistência e humanização. (E1).

[...] a prescrição dos cuidados de enfermagem foi melhorada, tivemos embasamento teórico. (E3/E6/E7/E8).

[...] segurança do paciente, diminuição de custos para a instituição. (E4).

[...] intensificou-se a avaliação da pele do paciente a fim de prevenir UP. (E5).

Os enfermeiros relataram que o fator motivacional, assim como a sensibilização, conscientização, cooperação dos profissionais e receptividade dos pacientes estiveram presentes desde o início da

pesquisa. Neste sentido, as ações educativas proporcionadas por este estudo contribuíram para uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem e sua efetividade com o uso da EB.

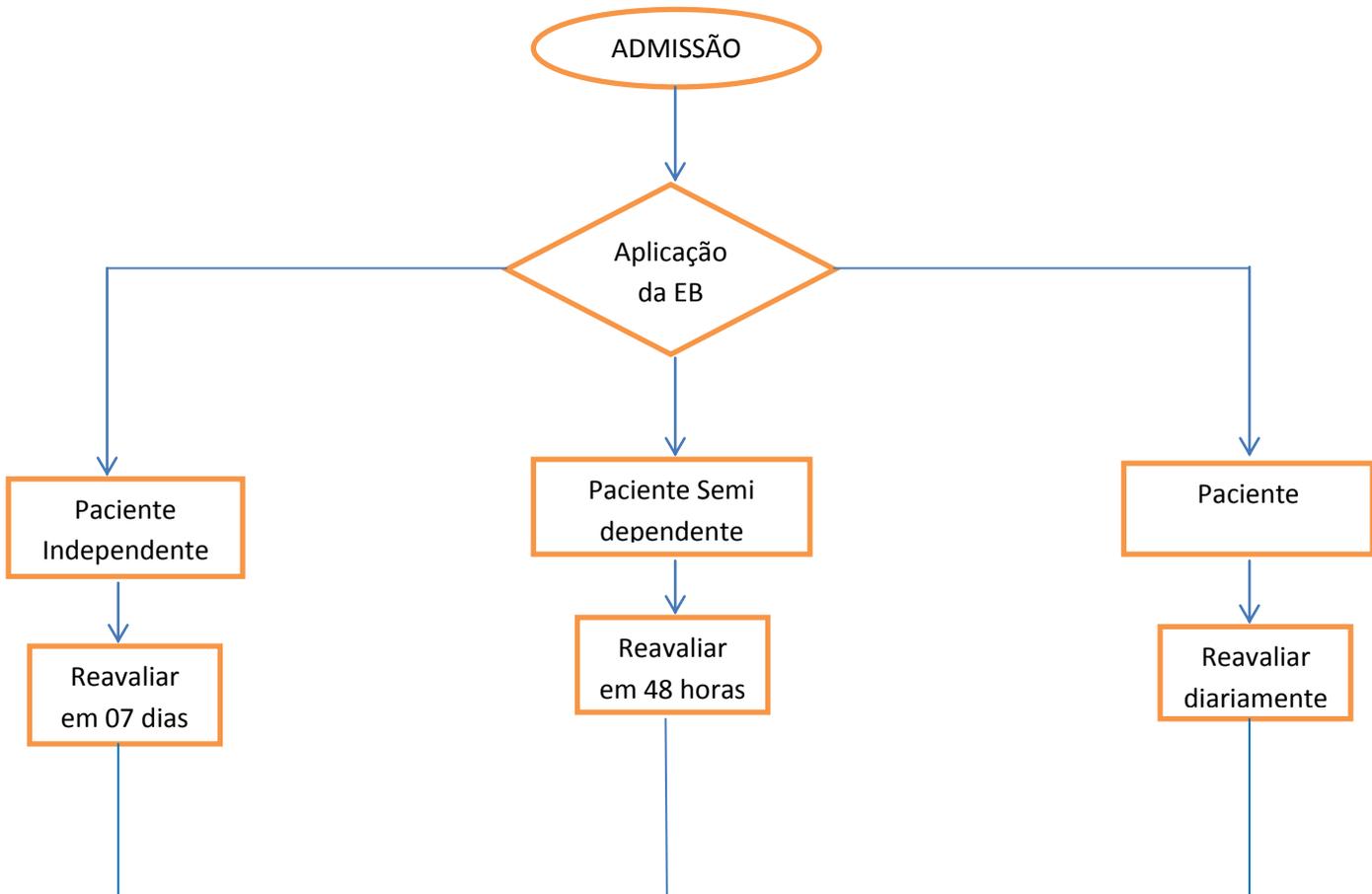
No dia a dia da enfermagem, as atividades exigem reciprocidade entre os profissionais e o fator motivacional aparece como perspectiva indispensável para uma melhoria da qualidade da assistência, concomitante ao entusiasmo dos enfermeiros em realizar o cuidado (PEREIRA; FÁVERO, 2001). Rodrigues (2009) ressalta que para a realização de um trabalho eficiente na prevenção das UPs é necessário que o profissional demonstre sensibilidade para a extensão do problema, de modo que a motivação seja uma alavanca primordial na aplicação de ações preventivas.

O cuidar em enfermagem necessita de ações planejadas e, para tanto, um conhecimento científico: um fator citado pelos enfermeiros foi o aperfeiçoamento das prescrições de enfermagem através da SAE, com a utilização da EB. Para que ocorra o cuidado de enfermagem livre de riscos, alguns critérios devem ser planejados e empregados de forma sistemática. Assim os enfermeiros, por utilizarem a SAE, reconhecem que ao integrar a EB como ferramenta para avaliação dos pacientes - quando realizam o histórico de enfermagem, a evolução de enfermagem -, fazem o planejamento do cuidado embasando-o em conhecimentos científico, e voltado para a segurança do paciente.

Os enfermeiros salientam que a avaliação da pele do paciente foi intensificada no decorrer do estudo, questão preponderante na prevenção dos agravos como as UPs. Todos os pacientes devem ter sua pele inspecionada, com especial atenção àqueles com a pele pigmentada, pois há evidências de que as UPs de grau I são subdetectadas neste tipo de coloração de pele. A inspeção deve ser realizada regularmente, detectando sinais de vermelhidão nos pacientes identificados como estando em risco para o desenvolvimento de UP (NPUAP; EPUAP, 2009). A frequência desta inspeção pode ser aumentada dependendo das alterações clínicas do paciente.

No terceiro e quarto encontros do grupo de discussão, definiu-se que a aplicação da EB nos pacientes é a melhor forma para avaliar o risco de desenvolvimento de UP. Assim, foi construído um fluxograma de intervenções de enfermagem para cada subescala da EB, a serem aplicadas durante os noventa (90) dias da pesquisa, facilitando, desta forma, a atuação de toda a equipe de enfermagem na prevenção das UPs. As intervenções elaboradas coletivamente ficaram elencadas conforme fluxograma apresentado a seguir.

Fig. 1: Fluxograma de Intervenções de enfermagem para a prevenção de UP de acordo com a Escala de Braden.



Prescrições de Enfermagem

135

PERCEÇÃO SENSORIAL E UMIDADE

- 1 - Observar umidade da pele adjacente;
- 2 - Limpar a pele adjacente com sabonete suave e água; mantendo este local seco;
- 3 - Realizar quantas trocar de curativos forem necessária;
- 4 - Realizar troca de fralda sempre que necessário;
- 5 - Manter lençóis esticados, limpos e secos;
- 6 - Observar dobras nas roupas
- 7 - Reposicionar o paciente a cada 2 horas;
- 8 - Utilizar piramidal e aliviadores de pressão;
- 9 - Atentar para sinais de novas áreas de pressão;
- 10 - Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvam umidade;
- 11 - Hidratar a pele seca e compacta;
- 12 - Evitar água quente e usar sabonete suave no banho;
- 13 - Observar queixas de dor ou desconforto;
- 14 - Questionar com o paciente, sempre que possível sinal de dor ou desconforto em regiões do corpo

MOBILIDADE E ATIVIDADE

- 1 - Reposicionar o paciente conforme escala de decúbito fixado na cabeceira do leito;
- 2 - Manter cuidados durante a mobilização, transferência do paciente e/ou mudança de decúbito;
- 3 - Utilizar lençol móvel ou passante durante a mobilização para erguer e não arrastar;
- 4 - Manter a elevação da cama em Fowler (máximo de 30°) do próprio corpo;
- 5 - Utilizar piramidal e aliviadores de pressão;
- 6 - Utilizar travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas fora do contato direto com a cama ou com outra proeminência;
- 7 - Abolir o uso de almofadas que possuam orifícios no meio e ou luvas com água;
- 8 - Manter os lençóis bem esticados assim como as roupas de uso pessoal;
- 9 - Solicitar avaliação e acompanhamento da fisioterapia;
- 10 - Usar coberturas protetoras nas proeminências (pêlicas);
- 11 - Posicionar o paciente lateralmente num ângulo de 30° sobre o glúteo livrando o trocanter;
- 12 - Realizar e orientar o alívio da pressão a cada 15 minutos durante o tempo sentado em poltrona ou no leito;
- 13 - Orientar, e colocar aliviador de pressão (almofada) antes de colocar paciente na poltrona;

NUTRIÇÃO

- 1 - Auxiliar/realizar a ingesta hídrica e alimentar do paciente registrando aceitação;
- 2 - Manter cabeceira elevada durante as refeições;
- 3 - Atentar para problemas dentários (ausência/dor) e problemas na mastigação e ou deglutição e comunicar;
- 4 - Cuidados com cateter nasoenteral (CNE) – observar lesão de narina;
- 5 - Trocar fixação do cateter diariamente;
- 6 - Realizar lavagem do CNE com 20 ml de água após administração de medicamentos;
- 7 - Realizar troca da dieta conforme validade; ajustar volume, data, hora e assinar;
- 8 - Observar episódios de náuseas e vômitos;
- 10 - Oferecer suplemento alimentar, registrar e comunicar a aceitação;
- 11 - Observar e registrar ganho ou perda de peso do paciente;
- 12 - Observar restrição alimentar e hídrica;
- 13 - Observar sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia;
- 14 - Pesas o paciente uma vez por semana;
- 15 - Oferecer as refeições no horário determinado pelo serviço SND.

FRICÇÃO E CISALHAMENTO

- 1 - Manter lençóis esticados, assim como as roupas de uso pessoal;
- 2 - Manter os lençóis limpos e secos;
- 3 - Erguer o paciente e não arrastar;
- 4 - Aliviar a pressão em articulações e extremidades com o uso de protetores de calcâneo/coxins e afins;
- 5 - Observar e seguir a escala de mudança de decúbito;
- 6 - Observar perfusão periférica;
- 7 - Inspeccionar a pele diariamente;
- 8 - Aplicar hidratante corporal;
- 9 - Realizar massagem de conforto;
- 10 - Observar a presença de mialgias de alimentos nos lençóis;
- 11 - Cabeceira elevada em 30°;
- 12 - Usar coberturas preventivas adequadas;
- 13 - Utilizar piramidal e aliviadores de pressão

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado, pode-se afirmar que este estudo proporcionou aos enfermeiros um conhecimento mais aprofundado sobre a prevenção das UPs, possível através da implementação de um instrumento de prevenção - a Escala de Braden -, trazendo com isso um reconhecimento da necessidade da prevenção para este tipo de evento adverso evitável.

Frente aos resultados encontrados, pode-se considerar que as ações educativas realizadas através do arco de problematização qualificaram os profissionais para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, tornando-o mais humanizado ao reduzir as complicações decorrentes das UP. Com isso, acredita-se que esses eventos adversos podem se tornar evitáveis garantindo a segurança do paciente.

Através do levantamento desta temática, torna-se possível e necessária a implantação da Escala de Braden e das Intervenções de enfermagem para a prevenção de UP, inicialmente na unidade internação do estudo, e posteriormente em todas as unidades da instituição através de ações educativas. Sugere-se também que estas sejam inseridas na SAE como forma de padronização dos cuidados preventivos das lesões de pele, como as UPs.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Presses Universitaires de France. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 120-186.

_____.; OLIVEIRA, M. C. G. F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 226-250.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196**,

de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

FERNANDES, L. A. A. et al. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras por pressão. **Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería**, n. 13, 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14681/14161>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FERNANDES, N. C. S. **Úlceras de pressão: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005. 137p. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/Feridoteca%20C3%9Alcera%20de%20press%20em%20UTI.pdf>>. Acesso em: 10 dez. /2012.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) et al. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. pág. 126-137.

GOULART, F. M. et al. **Prevenção de úlceras por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura.** Disponível em: <www.faculdadeobjetivo.com.br/PrevençãodeÚlcera.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2012.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

JACONDINO, C. B. et al. Educação em Serviço: Qualificação da Equipe de Enfermagem para o Tratamento de Feridas. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 314-318, 2010. Disponível em: <

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17867/11659>
>. Acesso em: 22 jan. 2013.

MIRA, V. L. **Processo de avaliação de desempenho profissional em enfermagem**. Programa de atualização em enfermagem. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2006. pág. 111-123 2006.

MORITA, A. B. P. S. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. **REENVAP**, Lorena, n. 02, p. 09-23, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.fatea.br/index.php/reenvap/article/viewFile/555/386>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PREVENTION. **Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

OLIVEIRA, R. A. A pele nos diferentes ciclos da vida. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 9-41.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1. 1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

PEREIRA, M. C. A; FAVERO, N. Uma Motivação não Trabalho da Equipe de Enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11476.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PREVENTION PLUS. **Home of the Braden Scale**. 2010. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: Uma Ferramenta para Pensar e Agir no Trabalho de Enfermagem **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, p. 837-842, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2013.

RODRIGUES, A. **Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal, 2009.

ROSA, C. A.; PONS JUNIOR, J. G. O. **Uso da Escala de Braden como Ferramenta de Avaliação de Risco para o Paciente desenvolver Úlceras por Pressão: uma revisão de literatura**. 2009. Disponível em: <<http://www.corenpr.org.br/artigos/claudineijuan.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L..D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300006>. Acesso em: 17 dez. 2012.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2012.

WACHTER, R. M. Outras complicações na assistência à saúde. In: WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. São Caetano do Sul: ARTMED, 2010. p. 137-143.

5.2 MANUSCRITO 2 - AÇÕES EDUCATIVAS PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO
ACTIONS FOR TECHNICAL EDUCATION AND AUXILIARY NURSING ON PREVENTION OF PRESSURE ULCER

ACCIONES PARA LA EDUCACIÓN TÉCNICA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE PRESIÓN

Wechi, S. F. Jeane¹
Amante, Lúcia Nazareth²

RESUMO

A utilização de medidas preventivas minimiza o desenvolvimento das úlceras por pressão, desde que os profissionais de enfermagem sejam comprometidos com o cuidado e possuam conhecimento para utilização destas medidas. Instrumentalizar os técnicos e auxiliares de enfermagem de uma unidade de internação de clínica médica para a utilização de medidas preventivas de úlcera por pressão. Pesquisa convergente assistencial, realizada em uma unidade de internação de clínica médica de um hospital do sul do Brasil, no período de maio a agosto de 2012, com a participação de sete técnicos e um auxiliar de enfermagem, utilizando-se grupos de discussão e questionários com perguntas abertas. Para tratamento dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo. Os profissionais do estudo conheciam as medidas preventivas para as úlceras por pressão e, após as ações educativas, passaram a implementar as mesmas no seu cotidiano de trabalho. As ações educativas realizadas com os profissionais do estudo fizeram com que eles observassem e analisassem a problemática em questão, reiterando a necessidade de utilização de medidas preventivas para as úlceras por pressão.

Descritores: Enfermagem. Úlcera por pressão. Cuidados de enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Profissional pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde em Enfermagem GIATE/HU/UFSC. Membro da Comissão de Segurança do Paciente COSEP/HU/UFSC.

² Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE) e do Núcleo de Pesquisas em Neurologia Clínica e Experimental (NUPNEC).

ABSTRACT

Introduction: The use of preventive measures minimizes the development of pressure ulcers, since nurses are committed to the care and possess the knowledge to use these measures. **Objective:** Instrumentalize technicians and nursing assistants in an inpatient facility medical clinic for the use of preventive measures of pressure ulcers. **Method:** Research convergent held in an inpatient facility medical clinic of a university hospital in southern Brazil, in the period from May to August 2012, with the participation of seven technicians and a nursing assistant, using discussion groups and questionnaires with open questions. In the treatment of data was performed content analysis. **Results:** The study professionals know the preventive measures for pressure ulcers and after the educational began to implement the same in their daily work. **Conclusion:** The educational activities with professional study meant that they observe and analyze the problem in question by reiterating the need for the use of preventive measures for pressure ulcers.

Keywords: Nursing pressure ulcer. Nursing care.

RESUMEN

Introducción: El uso de medidas preventivas reduce al mínimo el desarrollo de las úlceras por presión, ya que las enfermeras están comprometidos con el cuidado y poseen los conocimientos necesarios para utilizar estas medidas. **Objetivo:** instrumentalizar los técnicos y auxiliares de enfermería en un centro de internación clínica médica para el uso de medidas de prevención de las úlceras por presión. **Método de investigación:** grupos de discusión mantenidos en un centro de internación clínica médica de un hospital universitario en el sur de Brasil, en el período de mayo a agosto de 2012, con la participación de siete técnicos y auxiliares de enfermería, utilizando convergentes y cuestionarios con preguntas abiertas. En el tratamiento de los datos se llevó a cabo el análisis de contenido. **Resultados:** Los profesionales del estudio conocen las medidas de prevención de las úlceras por presión y después de la educación comenzaron a implementar el mismo en su trabajo diario. **Conclusión:** Las actividades educativas con estudio profesional significaba que observar y analizar el problema en cuestión, reiterando la necesidad de que el uso de medidas de prevención de

úlceras por presión.

Palabras clave: Úlcera por presión de enfermería. Los cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa, em comparação ao aumento da população das demais faixas etárias, faz com que o envelhecimento seja um fenômeno mundial. Em decorrência deste processo, houve mudanças no perfil epidemiológico, constatadas na experiência clínica, no âmbito institucional e domiciliar, possibilitando elevar a incidência das lesões na integridade cutâneo mucosa, como as úlceras por pressão (UPs) (BORGES; OLIVEIRA, 2012).

A UP é definida por Nogueira, Caliri e Santos (2002) como uma área localizada de necrose tissular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo.

De 0,3% a 14% dos pacientes hospitalizados estão propensos a desenvolver UPs. Algumas delas são provenientes de fatores intrínsecos à doença e às condições clínicas do paciente e, assim, na maioria das vezes, podem ser evitadas através do uso de produtos tecnológicos específicos para sua prevenção, com finalidades de alívio da pressão e manutenção do cuidado com a pele (MAIA; MONTEIRO, 2011).

A prevenção das lesões de pele, como as UPs, foi, e continua sendo, um desafio para a enfermagem, pois a equipe que presta cuidado aos pacientes hospitalizados deve estar capacitada para identificar, minimizar ou sanar fatores de risco para o desenvolvimento destas lesões. Afinal, importa manter a segurança do paciente, sabendo que a prevenção é um fator que deve orientar a prática do cuidado de enfermagem.

Para minimizar o risco de os pacientes desenvolverem as UP, a avaliação do cuidado em saúde de forma permanente e efetiva colabora para a segurança do paciente, o qual, quando sofre o processo de internação, deposita toda sua confiança nos profissionais de saúde.

As UPs são eventos adversos evitáveis e uma das maneiras de evitá-las é a adoção de medidas preventivas, pois estas diminuem os riscos para o seu desenvolvimento deste agravado, melhoram a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares e diminuem o ônus das instituições hospitalares no que se refere ao tratamento com as lesões de pele. Neste sentido, os profissionais de enfermagem que prestam atendimento aos pacientes em risco têm a responsabilidade de instituir

medidas preventivas, na intenção de assegurar a qualidade do cuidado e amenizar o impacto destas lesões.

As medidas preventivas são rotinas institucionalizadas, incorporadas pela equipe de enfermagem a fim de identificar e prevenir as UPs. Desta forma, a avaliação da pele e do risco antecedem qualquer outra medida (NPUAP; EPUAP, 2009).

A Escala de Braden (EB) é uma das escalas preditivas mais utilizadas, que orienta a tomada de decisão, facilita o planejamento do cuidado de enfermagem e auxilia no cálculo para determinar recursos humanos e materiais necessários a prevenção e tratamento das UPs (MAIA; MONTEIRO, 2011). A EB foi submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade, tendo sido publicada em 1987 e validada para a cultura brasileira por Paranhos e Santos, em 1999, em estudo realizado em uma UTI.

No ambiente de trabalho de uma Clínica Médica, observa-se que as medidas para a prevenção de UP são de conhecimento da equipe de enfermagem, embora sejam utilizadas assistematicamente, favorecendo o desenvolvimento destas lesões em pacientes vulneráveis.

Tendo em vista o exposto, buscou-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: como instrumentalizar os técnicos e auxiliares de enfermagem de uma unidade de internação de clínica médica para a utilização de medidas preventivas de úlcera por pressão? Como objetivo, a presente pesquisa busca capacitar os técnicos e auxiliares de enfermagem, de uma unidade de internação de Clínica Médica, para a utilização de medidas preventivas de úlceras por pressão.

METODOLOGIA

Pesquisa Convergente Assistencial, desenvolvida em uma unidade de internação de Clínica Médica de um hospital do Sul do Brasil, instituição pública, de médio porte, voltado para o ensino, pesquisa e extensão. A unidade em que foi desenvolvida a pesquisa recebe, para internação, pacientes com problemas de neurologia, gastroenterologia, nefrologia, cardiologia, reumatologia, endocrinologia e pneumologia.

Os profissionais que participaram da pesquisa fazem parte do quadro funcional da instituição sendo eles: sete (07) técnicos e um (01) auxiliar de enfermagem, escolhidos por conveniência. Foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença para tratamento de saúde, licença-maternidade e férias.

No grupo de pacientes, foram incluídos os internados maiores

de dezoito anos, que aceitaram participar do estudo; foram excluídos os menores dezoito anos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e agosto de 2012, por meio da aplicação de dois questionários - com perguntas abertas sobre UP e as medidas preventivas, os quais foram respondidos no início e no final da pesquisa -, além de grupos de discussão, aqui chamados de ações educativas.

O questionário (APÊNDICE B) aplicado antes das ações educativas continha questões sobre o conhecimento de UP; de medidas preventivas, suas funções e utilização e sobre o conhecimento da EB. O questionário (APÊNDICE D) que foi aplicado ao final continha as mesmas questões, porém com o acréscimo de outras que abordaram os resultados das ações educativas para o cuidado de enfermagem, impacto na organização do serviço e reflexos do uso das medidas preventivas.

Os profissionais formaram um grupo de discussão que se reuniu três vezes, sendo que cada encontro recebeu um nome, de acordo com o Arco de Maguerez (COLOMBO; BERBEL, 2007).

No primeiro encontro, chamado de *Observação da Realidade Prática*, os participantes foram convidados a refletir sobre o cuidado de enfermagem para a prevenção das UPs com o uso da EB, por meio de um questionário com perguntas abertas, contendo questões sobre: conhecimento das UP, medidas preventivas para as UPs e conhecimento da EB. O questionário foi respondido em duplas e devolvido imediatamente à pesquisadora, possibilitando o levantamento dos pontos-chave.

No segundo encontro, denominado de *Teorização*, foi aberto espaço para os técnicos e auxiliares de enfermagem apresentarem as suas elaborações teóricas.

No terceiro encontro, chamado de *Hipóteses de Solução*, houve uma discussão sobre as medidas preventivas que poderiam ser operacionalizadas nesta unidade de internação, com o compromisso de serem aplicadas durante noventa dias.

Durante este período, os participantes da pesquisa realizaram as medidas preventivas em cento e vinte (120) pacientes, os quais foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, da qual aceitaram participar. As medidas preventivas foram aplicadas nos pacientes que já haviam assinado o TCLE, pois foram avaliados concomitantes à EB utilizada pelos enfermeiros.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos da instituição sob o número 147.945. A fim de preservar o anonimato, formulou-se uma sigla seguida de um número em ordem crescente; assim, os técnicos de enfermagem foram designados por TE1, TE2, TE3, TE4, TE5, TE6, TE7 e o auxiliar de enfermagem foi nomeado AUXE1.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Dentre os oito (08) profissionais que participaram da pesquisa, sete trabalhavam na instituição como técnicos de enfermagem: destes, dois (02) possuíam formação superior em enfermagem, mas não atuavam como enfermeiros; um (01) auxiliar de enfermagem, que possuía formação superior, atuava em outra instituição como enfermeiro. Em relação ao tempo de serviço na instituição, o auxiliar de enfermagem atuava há catorze (14) anos e os técnicos de enfermagem há menos de três (03).

Através da análise dos resultados, foram obtidas duas categorias: conhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre UP; e reflexos da utilização das medidas preventivas na prevenção das UP na unidade de Clínica Médica.

Conhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre UP

Para melhorar o cuidado de enfermagem, os profissionais têm aprimorado seu conhecimento científico, a fim de oferecer o cuidado de enfermagem necessário à prevenção das UP. O conhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre as UPs está destacado nas falas transcritas a seguir:

[...] são lesões localizadas na pele ou tecidos subjacentes, em locais de proeminência ósseas, causadas pela pressão, fricção ou força de cisalhamento e falta de oxigênio na célula. (AUXE1/ TE1/ TE2/ TE3/TE6).

[...] lesões localizadas na pele, causadas por outras combinações como: umidade, estado nutricional, mobilidade e quadro clínico, apresenta IV estágios. (TE4, T5/TE7).

[...] identifico uma UP através da visualização da pele no momento do banho e nas mudanças de

decúbito, observando sinais de hiperemia não branqueável, desepitelização ou lesão instalada, em trocanter, glúteos e região sacra. (AUXE1/TE1).

[...] identifico no exame físico, observo se tem hiperemia local. (TE2/TE3).

[...] identifico através da análise da pele, observando a presença de pressão e hiperemia não reativa ou solução de continuidade no momento dos cuidados de higiene. (TE4/TE5).

[...] observo se têm hiperemia não reativa e desepitelização nas áreas propensas as UP. (TE6/TE7).

Nota-se nestas falas que, além de conhecerem as UPs, identificaram seus estágios e reconheceram o momento certo para realizar inspeção das áreas mais propensas ao seu desenvolvimento.

Todos os pacientes devem ter sua pele inspecionada, no momento do exame físico, da higiene e conforto e do reposicionamento no leito; no entanto, deve-se estar atento aos pacientes de pele pigmentada, pois há evidências de que as UPs de grau I são sub-detectadas neste tipo de coloração de pele.

Além disto, devem ser observados sinais clínicos como calor, edema, endurecimento da área, sinais de alerta para o desenvolvimento de UP. O profissional pode investigar a ocorrência de desconforto e dor junto ao paciente, bem como observar a presença de dispositivos como drenos, sondas, tubos e colar cervical, para planejar intervenções (NPUAP; EPUAP, 2009).

Segundo Irion (2012), 95% das UPs notificadas ocorrem em quatro áreas: tuberosidades sacrais e isquiáticas, calcanhares e maléolos laterais.

Observa-se uma ausência, na fala dos profissionais, tanto no que se refere à percepção de desconforto indicativo de dor quanto à necessidade de inspeção de dispositivos médico-hospitalares que podem acarretar danos à pele do paciente, o que denota um conhecimento parcial sobre a inspeção da pele do paciente em risco de desenvolver UP.

No que concerne ao conhecimento sobre os pacientes propensos a desenvolver essas lesões, surgiram as seguintes falas:

[...] idosos, acamados, obesos ou emagrecidos, desnutridos. (AUXE1/ TE1).

[...] dependentes com aporte nutricional prejudicado. (TE2/ TE3).

[...] com pouca mobilidade no leito, com pele friável e com incontinência urinária. (TE4/TE5).

[...] pacientes com restrições de posicionamento e em uso de fixadores externos cutâneos. (TE6/TE7).

Os pacientes admitidos na unidade de Clínica Médica da instituição em foco possuíam entre dezoito (18) e noventa (90) anos, eram provenientes de transferências internas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Ginecologia e raramente das Unidades de Clínica Cirúrgica, internações ambulatoriais e pela Unidade de Emergência, vindos do domicílio ou de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Observou-se que os pacientes procedentes da UTI apresentavam algum tipo de alteração na sua integridade cutâneo-mucosa, cuja localização era, na maioria das vezes, em região sacra e trocanteriana, devido à longa permanência em protocolos de sedação e ventilação mecânica. As pacientes oriundas da Unidade de Ginecologia não apresentavam propensão ao desenvolvimento de UP, uma vez que seu tempo de hospitalização era curto.

Os pacientes advindos da Internação Cirúrgica estavam em pós-operatório de cirurgias de grande porte, e, em decorrência do seu quadro de dependência, apresentavam UP nas regiões sacra e trocanteriana.

Os pacientes provenientes dos ambulatórios, salvo o diagnóstico, apresentavam pele íntegra por serem, na maioria, independentes. Já os pacientes idosos dependentes, provenientes do domicílio e das ILPI, eram muitas vezes admitidos com UP em estágios II, III e IV, localizadas nas regiões: sacra, trocanteriana, calcâneo e de maléolos.

Os pacientes que se encontravam dependentes de cadeira de rodas, restritos ao leito, aqueles cuja capacidade de se movimentar estivesse comprometida, ou com sua percepção sensorial prejudicada são considerados sob o risco de desenvolver UP (BORGES; FERNANDES, 2012).

De modo a evitar o desenvolvimento de UP e manter a segurança do paciente, medidas preventivas devem ser adotadas e as citadas pelos técnicos e auxiliar de enfermagem estão em acordo com o que é preconizado mundialmente.

[...] o uso de colchão piramidal; protetores de calcâneos, coxins, mudança de decúbito/reposicionamento do paciente, massagem de conforto com agentes para proteção, o uso de películas para proteção, higiene e conforto/troca frequente de fraldas, lençóis sem dobras.

(AUXE1/TE1/TE2/TE3/TE4/TE5/TE6/TE7).

A utilização de superfícies de suporte, como colchão piramidal, protetores de calcâneo e coxins servem para redistribuir a pressão exercida e causar alívio às proeminências ósseas (NPUAP, 2009). A mudança de decúbito ou reposicionamento do paciente a cada duas horas faz com que minimize deformação dos tecidos moles, evitando a isquemia das áreas afetadas (NPUAP; EPUAP, 2009).

O uso de agentes tópicos como barreiras de proteção no momento da higienização reduz o risco de dano da pele. As roupas que cobrem as superfícies de apoio devem estar esticadas, limpas e secas para evitar maceração da pele.

Com relação à função da Escala de Braden, houve o reconhecimento de que serve para avaliação do paciente e como medida de prevenção para UP:

[...] é uma escala que gradua alguns aspectos como mobilidade, nutrição, atividade, percepção sensorial, etc. e também classifica os pacientes com potencial risco para desenvolver UP. (AUXE1/TE1).

[...] avalia as condições do paciente de uma maneira geral e norteia a seleção de medidas preventivas. (TE2/TE3).

[...] avalia o risco de o paciente desenvolver UP através da mobilidade, nutrição, estado neurológico e outros. (TE4/TE5).

[...] identifica o risco de o paciente desenvolver

UP enumerando os riscos e serve como medida preventiva. (TE6/TE7).

Observou-se que os profissionais deste estudo possuíam conhecimento sobre medidas de prevenção para as UPs e, no decorrer da pesquisa, tiveram a oportunidade de aprimorar e aplicar tais medidas.

A aplicação de medidas que previnem o aparecimento de UP promove mudanças na prática do cuidado de enfermagem, tais como: melhora na qualidade de vida dos pacientes, fortalecimento das práticas assistenciais entre as equipes de trabalho e condições favoráveis para minimizar a ocorrência de eventos adversos evitáveis, como as UPs.

Reflexos da utilização das medidas preventivas para as UPs na unidade de Clínica Médica

A inserção de medidas preventivas de forma padronizada causa impacto na organização das atividades, levando a equipe de trabalho a uma readaptação da sua rotina diária.

A realização dos grupos de discussão, organizados segundo a lógica do Arco de Magueres, possibilitou aos participantes a consolidação do conhecimento sobre o cuidado de enfermagem voltado para a prevenção de UP. As ações educativas já realizadas sobre este tema geram efeitos positivos, destacando-se a conscientização sobre a responsabilidade da equipe de enfermagem em evitar a ocorrência de UP, principalmente por constituir o grupo de profissionais que permanece diuturnamente junto ao paciente (FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; LISE; SILVA, 2007). Borges e Fernandes (2012) ressaltam que a equipe de enfermagem não deve medir esforços para implementar medidas de prevenção na intenção de diminuir o agravo das UPs.

Observou-se, na fala dos profissionais, que o resultado da aplicação das medidas preventivas foi positivo, evidenciando alguns fatores:

[...] positivo, por alcançar o objetivo proposto, que foi de evitar o aparecimento de UP. (AUXE1/TE5).

[...] resultado positivo, pois nenhum paciente desenvolveu UP. (TE2/TE3(TE6).

[...] positivo, pois quando a prevenção é bem

efetuada, com recursos disponíveis, traz benefícios para o cliente e satisfação para toda a equipe de trabalho. (TE1/TE4/TE7/TE8).

[...] comprometimento com o cuidado preventivo. (AUXE1).

[...] nos mostrou a realidade da prática e assim podemos saber que as medidas que utilizamos estão realmente corretas e são efetivas. (TE1).

[...] resultou em um atendimento de maior qualidade na prevenção de UP; foi produtivo para o serviço, porque instrumentalizou a equipe, tornou o cuidado mais efetivo. (TE5).

O impacto foi que houve uma melhora no atendimento prestado por toda a equipe. (TE6).

Os profissionais reconheceram a necessidade do comprometimento com a prevenção no cuidado de enfermagem, voltando sua atenção para os pacientes em risco de desenvolver UP, destacando que a instrumentalização faz parte de um processo de aprendizado contínuo para o cuidado de enfermagem.

A metodologia problematizadora oportunizou aos profissionais observarem sua realidade, neste caso, a prática assistencial da enfermagem voltada para a prevenção das UPs; a identificação de situações com problemas concretos possibilitaram a construção de novos sentidos e implicaram em um real compromisso com o seu meio.

O método do Arco é uma ideia metodológica apropriada para experimentar na prática vários princípios de uma Pedagogia Problematizadora, tendo uma visão de transformação na sociedade (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Os profissionais de enfermagem devem possuir conhecimento para identificar ou remediar os riscos para as UPs, uma vez que a evidência preventiva deve nortear a prática assistencial da enfermagem.

A prevenção deve ser conferida como problema de saúde que carece do envolvimento de todos os profissionais de enfermagem envolvidos com o cuidado, pois esses estão ao lado do paciente durante vinte e quatro horas (ALVES et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos resultados obtidos, conclui-se que, em relação às medidas preventivas para as UPs, os técnicos e auxiliares de enfermagem possuem conhecimento sobre as mesmas, utilizando-as diariamente. Porém, observou-se uma carência na inspeção da pele e na utilização de dispositivos médico-hospitalares, levando-se em conta que estes são pouco utilizados na unidade da pesquisa.

A realização das ações educativas com base no arco da problematização instigou os participantes do estudo a demonstrarem seu conhecimento e aplicarem medidas de prevenção de modo a minimizar os agravos das UPs.

A capacitação dos técnicos e auxiliares de enfermagem através de ações educativas pautadas em recomendações científicas deve estar inserida no contexto da instituição e deve ser realizada em todas as unidades que recebem pacientes em risco para desenvolver UP. Os cuidados preventivos com este tipo de lesão devem fazer parte da SAE, a fim de padronizar este tipo de cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2012.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Presses Universitaires de France. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 120-186.

_____; OLIVEIRA, M. C. G. F.P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 226-250.

COLOMBO, A. C.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da

Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/552-4.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-311, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a12v21n2.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2012.

IRION, G. L. **Feridas novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1072/530>>. Acesso em: 24 out. 2012.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlcera por compressão: prevenção e tratamento In: SILVA, R. C. L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 389-412.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. **Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP pressão no lesado medular**. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/fatores_risco.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PREVENTION. **Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso

em: 10 abr. 2012.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua Portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33 n. esp., p. 191-206, 1999.

5.3 MANUSCRITO 3: PERFIL DOS PACIENTES DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO AVALIADOS A PARTIR DA ESCALA DE BRADEN
PROFILE OF PATIENTS OF A HOSPITAL UNIT EVALUATED FROM THE ESCALE OF BRADEN¹

PERFIL DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HOSPITAL DE EVALUAR LA ESCALA DE BRADEN¹

Wechi, Jeane S. F²
Amante, Lúcia Nazareth³

RESUMO

As úlceras por pressão são lesões que causam impacto significativo tanto para o paciente quanto para seus familiares e a instituição. Pesquisa realizada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário. Identificar o perfil clínico-demográfico dos pacientes internados em uma unidade de clínica médica por meio da aplicação da Escala de Braden. **Método:** Delineamento transversal, quantitativo, realizado durante 90 dias com 120 pacientes, no período de 14 de maio a 14 de agosto de 2012. Destaca-se que a média de idade foi de 52,68 anos, a maioria do sexo feminino, a maior parte dos pacientes eram de clínica médica; identificaram-se 25 situações de altíssimo risco em pacientes com mais de 71 anos. A média de tempo de internação foi de 15 dias; os pacientes não desenvolveram úlceras por pressão durante a internação e um deles obteve a cura de uma que já possuía no momento

1

¹ Estudo realizado como parte do projeto de dissertação Segurança do paciente na clínica médica de um hospital universitário do sul do Brasil: uso da escala de Braden, apresentado ao Mestrado Profissional Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Enfermeira. Mestranda pelo Mestrado Profissional Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde em Enfermagem GIATE/HU/UFSC. Membro da Comissão de Segurança do Paciente COSEP/HU/UFSC. jeanewechi@hotmail.com.

³ Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC no curso de graduação em Enfermagem, no Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Membro do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE). E-mail: lucia.amante@ufsc.br

da internação. Reafirma-se o potencial da Escala de Braden como instrumento preditivo para o desenvolvimento de úlcera por pressão e recomenda-se a sua utilização na instituição.

Descritores: Enfermagem. Úlcera por pressão. Escala de Braden. Prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcers are lesions that cause significant impact both for the patient and for their family and institution. Research conducted in a medical unit of a university hospital. **Objective:** The aim of identifying clinical/demographic of patients admitted to a medical unit through the application of the Braden scale. **Method:** Cross-sectional, quantitative, performed 90 days with 120 patients in the period from May 14 to August 14, 2012. **Results:** Among the results highlight that the average age was 52.68 years, mostly female, most patients were in clinical medicine, and identified 25 cases of high-risk patients with more than 71 years. The average length of stay was 15 days, patients did not develop pressure ulcers during hospitalization and one of them got a cure that had at admission. **Conclusion:** Reaffirms the potential of the Braden Scale as a predictive instrument for the development of pressure ulcers and recommended its use in the institution.

Keywords: Nursing. Pressure ulcer prevention. Braden Scale.

RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión son lesiones que causan impacto significativo tanto para el paciente como para su familia y la institución. Las investigaciones realizadas en una unidad médica de un hospital universitario. **Objetivo:** identificar clínica/demográficos de los pacientes ingresados en una unidad médica a través de la aplicación de la Escala de Braden. **Método de investigación:** Transversal, cuantitativo, realizado 90 días con 120 pacientes en el período comprendido entre el 14 mayo-14 agosto, 2012. **Resultados:** Entre los resultados destacan que la edad media fue de 52,68 años, en su mayoría mujeres, la mayoría de los pacientes se encontraban en la medicina clínica, y se identificaron 25 casos de pacientes de alto riesgo con más de 71 años. La estancia media fue de 15 días, los pacientes que no desarrollaron úlceras por presión

durante la hospitalización y uno de ellos consiguió una cura que tenía en la admisión. Conclusión: Reafirma el potencial de la Escala de Braden como instrumento predictivo para el desarrollo de las úlceras por presión y se recomienda su uso en la institución.

Palabras clave: Cuidado. La prevención de úlceras por presión. La Escala de Braden.

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) é definida como uma área localizada de necrose tissular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo (NOGUEIRA; CALIRI; SANTOS, 2002).

As UPs estão relacionadas a um ou vários fatores de risco, tais como *causas físicas de imobilidade* (integridade neuromuscular comprometida, força diminuída, alteração do tônus muscular, como espasticidade, rigidez, distonia e flacidez); *integridade musculoesquelética alterada* (diminuição da amplitude de movimento, lesão traumática, doença muscular); *dispositivos* (talas, aparelhos, órteses, aparelhos restritivos); *causas cognitivas de imobilidade* (estado alterado da consciência, torpor, coma, anestesia prolongada, motivação diminuída para autorreposicionamento); *sensibilidade diminuída* (lesão da medula espinhal, espinha bífida, traumatismos cranianos, neuropatia periférica); *umidade excessiva* (uso de superfície de apoio resistente à umidade, incontinência urinária e fecal); *emagrecimento significativo* (desnutrição e desidratação); *condutas inadequadas* (esquema inadequado de reposicionamento, superfície de apoio inadequada, negligência de questões de imobilidade, sobrecarga em áreas corporais de risco, falta de higiene adequada, falta de hidratação/proteção da pele ressecada) (IRION, 2012).

Podem ser classificadas em estágios de I a IV, porém, em 2007, os membros do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) acrescentaram dois estágios: suspeita de lesão tissular profunda e úlceras que não podem ser classificadas, totalizando seis estágios (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PREVENTION, 2012).

A prevenção e o tratamento das UPs ainda constituem um desafio para a enfermagem, mas mudanças em relação aos cuidados com a integridade da pele do paciente têm resultado em impactos

positivos na assistência de enfermagem, com a utilização de instrumentos para avaliação da pele e das condições gerais do paciente.

A Escala de Braden (EB) é um destes instrumentos e possui seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e força de Cisalhamento (HANS, et al, 2011). O escore total indica o risco de o paciente desenvolver, ou não, UP.

Destas seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão, quais sejam: percepção sensorial, atividade; três mensuram a tolerância do tecido à pressão, que são umidade, fricção e cisalhamento. As primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3.

Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível, de um conceito descritor-chave e de uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Ao internar na Clínica Médica em que esta pesquisa foi desenvolvida, o paciente é avaliado pelo enfermeiro e as medidas preventivas já preconizadas são selecionadas e implementadas.

Atualmente, as medidas preventivas utilizadas são: uso de colchão piramidal para pacientes semi-dependentes e dependentes; uso de protetores de calcâneo; mudança de decúbito de três em três horas, obedecendo a uma escala de horários afixada na cabeceira da cama do paciente no momento da internação, ou durante a internação, quando este passa a apresentar risco para o desenvolvimento de UP.

Nos pacientes com UP já instalada, a equipe de enfermagem realiza uma avaliação diária das características da lesão, definindo quais produtos devem ser utilizados.

No entanto, não existe o registro na instituição, bem como na unidade em estudo, sobre a incidência, prevalência e características clínico-demográficas dos pacientes em risco, ou com UP já instalada, e uma padronização na forma de avaliar as condições de pele do paciente, tanto no momento de internação, quanto no de alta. Vale ressaltar que a atuação dos profissionais de enfermagem na padronização de medidas preventivas, e, sobretudo, na prevenção e controle das UPs, é essencial tanto para a diminuição da incidência deste problema de saúde, quanto

para a consequente melhora na qualidade do atendimento à saúde da população.

Diante deste contexto, houve a necessidade de conhecer estes pacientes. Assim, optou-se por realizar esta pesquisa, a qual procura responder a pergunta: qual o perfil clínico-demográfico dos pacientes que internam em uma unidade de Clínica Médica de um hospital universitário do sul do país? Portanto, o objetivo do estudo foi o de determinar o perfil clínico-demográfico através da aplicação da Escala de Braden nos pacientes internados em uma unidade de clínica médica.

METODO

Estudo transversal, quantitativo, realizado em uma unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, entre 14 de maio e 14 de agosto de 2012.

Dos cento e setenta e oito (178) pacientes internados neste período, cento e vinte (120) atenderam aos critérios de seleção, ou seja, eram maiores de dezoito (18) anos, e aceitaram participar do estudo. Os familiares participaram quando o paciente estava com sua autonomia prejudicada.

Além dos pacientes, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da unidade de internação participaram da avaliação dos pacientes após uma capacitação para o uso da Escala de Braden, realizada antes da coleta de dados, totalizando quatro encontros.

Participaram oito enfermeiros, sete técnicos e um auxiliar de enfermagem.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de pesquisa foi a EB, com o acréscimo de informações sobre procedência, especialidade médica, diagnóstico, data de admissão e de alta.

Os pacientes foram avaliados no momento da internação e reavaliados de acordo com os seguintes critérios: os pacientes dependentes foram reavaliados diariamente, os semi-dependentes a cada dois (02) dias e os independentes a cada sete (07) dias.

O paciente foi considerado independente quando realizava sem auxílio as atividades de vida diária, como andar, comer, fazer sua higiene pessoal; semi-dependentes quando precisava de auxílio para realizar as mesmas atividades e dependente quando precisava de ajuda para realizar todas as atividades de vida diária. Estes critérios foram elaborados pelo grupo de enfermeiros.

Para a identificação dos pacientes de acordo com a presença ou

não de UP foram criadas as siglas: NN para os pacientes que foram admitidos e receberam alta sem UP; SN para os pacientes que foram admitidos com UP e receberam alta sem UP; SS para os pacientes que foram admitidos e receberam alta com UP.

Os dados foram processados e analisados em uma planilha eletrônica no Microsoft Office Excel 2012.

A pesquisa observou, em todas as suas etapas, os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, com número 147.945.

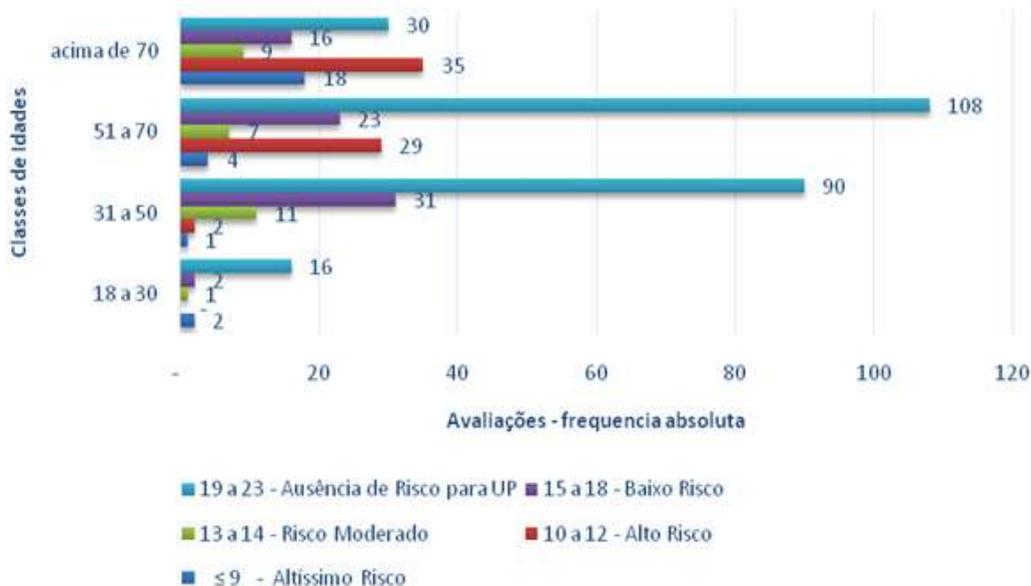
RESULTADOS

Participaram deste estudo cento e vinte (120) pacientes, com média de idade de cinquenta e dois (52) anos, sendo que dez (8,4%) pacientes estavam na faixa etária entre 18 e 30 anos; quarenta e dois (35,2%) tinham entre trinta e um (31) e cinquenta (50) anos; cinquenta (42%) entre cinquenta e um (51) e setenta (70) anos; e dezessete pacientes (14,2%) tinham acima de setenta e um (71) anos. Com relação ao sexo, setenta e nove (66,39%) eram do sexo feminino e quarenta (33,61%) do sexo masculino. O maior percentual dos pacientes internados era de Clínica Médica (26,89%), seguida de Pneumologia (18,49%), Reumatologia (11,76%), Gastroenterologia (11,76%), Neurologia (9,24%), Endocrinologia (8,40%), Cardiologia (7,56%) e Nefrologia (5,88%).

Foram realizadas quatrocentos e trinta e cinco (435) avaliações em cento e vinte (120) pacientes, considerando que os pacientes dependentes foram avaliados diariamente, os semidependentes a cada dois (02) dias e os independentes a cada sete (07) dias, conforme figura a seguir:

Figura 1: Distribuição dos pacientes conforme a idade e a periodicidade de avaliação de acordo com a Escala de Braden, 14 de maio e 14 de agosto de 2012.

Escala de Braden - Escore Geral por Idade



Fonte: Dados da coleta de dados desta pesquisa.

Ao realizar as avaliações foram encontradas vinte e cinco (6%) situações de altíssimo risco, em que dezoito pacientes tinham idade acima de setenta e um (71) anos. Considerando o alto risco para o desenvolvimento de UP, foram identificadas sessenta e seis (15%) situações, sendo vinte e nove (29) pacientes com idade entre cinquenta e um (51) e setenta (70) anos e trinta e cinco (35) com idade superior a setenta e um (71) anos. Ao observar os resultados encontrados referentes ao risco moderado, constataram-se vinte e oito (6%) situações, o que equivale a sete pacientes entre cinquenta e um (51) e setenta (70) anos e nove (09) acima de setenta e um (71) anos.

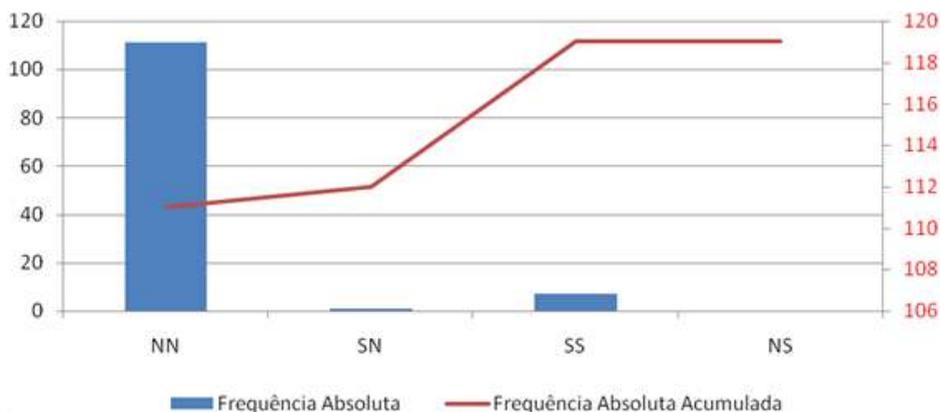
Considerando o período de internação, a média foi de quinze dias, sendo que noventa e cinco (95) pacientes (79,83%) ficaram internados por até vinte (20) dias, dezoito (18) pacientes (15,12%) tiveram de vinte e um (21) a quarenta (40) dias de internação e seis (06) pacientes (5,04%) ficaram de quarenta e um (41) a sessenta (60) dias

internados.

Ressalta-se que a equipe de enfermagem esteve envolvida na aplicação da EB para avaliação do risco durante todo processo da pesquisa, ao atender as prescrições de enfermagem e as particularidades de cada paciente relacionadas ao seu grau de risco.

Observou-se que, do total de pacientes internados, cento e doze (93,3%) não desenvolveram UP (NN) durante o período de internação, sete (5,88%) já internaram com UP (SN) e permaneceram com elas até a alta hospitalar, e apenas um (0,84%) internou com UP (SS), mas, no momento da alta hospitalar, a ferida já estava cicatrizada. Destaca-se que nenhum paciente desenvolveu UP durante a hospitalização, conforme a figura apresentada a seguir:

Figura 2: Distribuição dos pacientes de acordo com a presença de úlcera por pressão na internação, durante a hospitalização e na alta, 14 de maio e 14 de agosto de 2012.



Fonte: Dados da coleta de dados desta pesquisa.

Considerando-se o grau de dependência dos pacientes, verificou-se que quanto maior a dependência do paciente, maior o risco de desenvolvimento de UP em todas as avaliações realizadas, conforme figura a seguir.

Figura 3: Distribuição dos pacientes de acordo com o risco para e o desenvolvimento de úlcera por pressão, 14 de maio e 14 de agosto de 2012.



Fonte: Dados da coleta de dados desta pesquisa.

Durante as quatrocentas e trinta e cinco (435) avaliações, cento e trinta e quatro (134) (30,80%) foram classificados como paciente dependente, cento e vinte e oito (128) (29,43%) como semi-dependentes e cento e setenta e três (173) (39,77%) como independente. Das cento e trinta e quatro (134) classificações como pacientes dependentes, apenas um (01) (0,23%) apresentou ausência de risco para UP; vinte e sete (27) (6,21%) baixo risco; vinte e um (21) (4,83%) risco moderado; sessenta (60) (13,79%) alto risco; e vinte e cinco (25) (5,75%) altíssimo risco.

Quanto aos pacientes semidependentes, estes foram classificados cento e vinte e oito (128) vezes, sendo que setenta e três (73) (16,78%) apresentaram ausência de risco para UP; quarenta e dois (42) (9,66%) baixo risco; sete (07) (1,61%) risco moderado; seis (06) (1,38%) alto risco; e nenhum paciente foi classificado como altíssimo

risco para o desenvolvimento de UP.

Considerando-se os pacientes independentes, observou-se que estes foram classificados cento e setenta e três (173) vezes, sendo que cento e setenta (170) (39,08%) apresentaram ausência de risco para UP; três (03) (0,69%) baixo risco; e nenhum apresentou risco moderado, alto risco ou altíssimo risco.

DISCUSSÃO

A idade é um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de UP, destacando-se uma pesquisa realizada com cento e quarenta (140) pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTI), em que 64% destes tinham sessenta (60) anos de idade ou mais (GOMES et al., 2011).

No estudo de Cremasco et al, 2009, foi observado que a média de idade mais elevada tem associação com a ocorrência de UP. Segundo este estudo, à medida que a população envelhece, a vulnerabilidade aos agravos à saúde aumenta, com conseqüente necessidade de intervenções que podem promover um tempo prolongado de internação e cuidados intensivos, a fim de estabilizar sua condição clínica.

Destaca-se que os setores de Clínica Médica e de UTI são os locais onde se encontram os pacientes portadores de UP, com 41,5%, seguidos pela Unidade Cirúrgica, com 17%. Desta forma, é possível avaliar que os pacientes em terapia intensiva apresentam alto risco para desenvolvimento de UP, devido à redução da percepção sensorial causada por medicamentos sedativos, analgésicos e relaxantes musculares, acarretando menor reação à pressão excessiva (MORO et al., 2007).

Considerando as causas de hospitalização, foi comprovado, pelo estudo de Moro (2007) que o maior índice de pacientes com UP está naqueles com doenças infecciosas, como pneumonia e infecção do trato urinário, com 41,5%, sendo as demais causas subdivididas em: problemas cardiovasculares (14,6%); doenças neurológicas (14,6%); intervenções cirúrgicas (24,4%); e pacientes com neoplasias (4,9%).

Ainda de acordo com o estudo acima citado, pacientes submetidos a cirurgias de grande porte estão sujeitos ao comprometimento da região sacral e calcânea, devido à posição supina, por exemplo, que é exigida ao realizar o procedimento. Outro fator importante é a exposição da pele à umidade, deixando-a mais susceptível à maceração e ao enfraquecimento das camadas superficiais (MORO et al, 2007).

Dos seiscentos e noventa (690) pacientes avaliados pelo estudo de Moro (2007), sem considerar o grau de dependência, 87,8% apresentavam alguma disfunção no sistema urinário. Entretanto, 70% estavam em uso de sonda vesical de demora, diminuindo assim a possibilidade da presença desse fator de risco.

Quanto ao tempo de internação, foi identificado que a média foi de dezoito (18) dias, e o tempo médio de desenvolvimento das UPs a partir do momento da internação foi de treze (13) dias para pacientes de unidade cirúrgica, oito (08) para os de clínica médica, e dez (10) dias para os de UTI, demonstrando que, quanto maior o tempo de internação maior o risco para o desenvolvimento de UP (MORO et al., 2007).

Em relação ao grau de dependência, observou-se, em um estudo que analisou 2.562 pacientes através da EB e do Sistema de Classificação de Pacientes, que os pacientes que se situaram na classificação de Risco Moderado/Elevado para UP tinham maior prevalência, quanto ao grau de dependência, na classificação de cuidados semi-intensivos (URBANETTO et al., 2012).

Medeiros (2006), em dissertação, realizada entre os anos de 2003 e 2006, identificou que, dos trezentos (300) pacientes participantes do estudo, todos idosos, quinze (15) já eram portadores de UPs no momento da internação em uma instituição hospitalar, o que significa que eles já apresentavam um risco maior de desenvolvimento de outras lesões e das complicações daí decorrentes.

Houve aumento na ocorrência de casos com UP por diversas razões, como falta de prevenção efetiva, aumento nos casos de internação, fatores de risco não monitorados e controlados, como também pelo não conhecimento da situação.

Os quinze (15) idosos já portadores de UPs eram pacientes que necessitavam de uma vigilância mais intensiva, devido ao risco de desenvolverem mais lesões e complicações decorrentes destas, necessitando do planejamento de um plano de cuidados e acompanhamento na prevenção de novas feridas (MEDEIROS, 2006).

Em um estudo que também utilizou a EB para análise (MORO, 2007), em que foram avaliados seiscentos e noventa (690) pacientes internados, quarenta e um (41) eram portadores de UP. Verificou-se que três (03) pacientes (7,4%) apresentavam grau baixo para o desenvolvimento de UP, quatro (04) pacientes (9,7%) risco moderado e trinta e quatro (34) (82,9%) apresentavam risco elevado.

Resultados como estes demonstram que a EB deveria ser aplicada em todos os pacientes admitidos nas instituições para uma

possível identificação dos riscos de desenvolvimento de UP, a fim de promover os cuidados intensivos. Na instituição em que esses casos foram analisados, são utilizados como métodos profiláticos colchões piramidais, mudança de decúbito, travesseiros entre as pernas para elevação de calcâneos, manutenção de lençóis secos e esticados e hidratação da pele com terapias tópicas (MORO et al., 2007).

Já em outro estudo, foram analisados setenta e quatro (74) pacientes de uma UTI. Na amostra estudada, 26 (35,2%) morreram durante o período de internação na UTI, sendo que dos 48 restantes 2 (4,2%) morreram durante a permanência no hospital.

Do total de pacientes, 55,4% apresentavam alto risco para desenvolver UP e 10,8% apresentavam altíssimo risco. A incidência de UP nesta unidade foi de 31%, tendo 60,9% dos casos ocorrido na primeira semana de internação hospitalar. (CREMASCO et al., 2009).

CONCLUSÕES

A partir deste estudo, foi possível caracterizar o perfil clínico-demográfico dos pacientes internados em uma unidade de Clínica Médica. Com auxílio da Escala de Braden, pode-se traçar o perfil dos pacientes que se encontravam mais suscetíveis ao desenvolvimento de UP.

Os achados apontam que idosos acima de setenta e um (71) anos apresentam alto risco e altíssimo risco para o desenvolvimento de UP. Pacientes independentes não apresentam risco para desenvolver UP, ou, em sua minoria, apresentam baixo risco. Já os dependentes - mais da metade -, apresentam alto risco ou altíssimo risco para desenvolver UP.

Em relação ao tempo de internação e causa da hospitalização, observou-se que, quando analisados isoladamente, não apresentam relação significativa, porém, quando associados à idade e ao grau de dependência, verifica-se o aumento de risco para o desenvolvimento de UP.

Diante do exposto, este estudo comprova que, quanto maior a idade e o grau de dependência dos pacientes, associado à causa da hospitalização e ao tempo de internação, maior o risco para o desenvolvimento de UP.

Neste sentido, reafirma-se o potencial da Escala de Braden como instrumento preditivo para o desenvolvimento de UP, pois ela permite a avaliação de risco com a inspeção da pele e sua integridade. Destaca-se que a Escala deve ser utilizada nesta instituição

rotineiramente.

Uma limitação desta pesquisa refere-se ao pouco tempo de acompanhamento dos pacientes e à sua restrição em uma unidade de internação. Reforça-se a necessidade de que mais pesquisas sobre o tema sejam realizadas, e que a EB seja implantada nas instituições hospitalares como um instrumento de avaliação para o enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 897-902, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011>. Acesso em: 21 out.2012.
- GOMES, F. S. L. et al. G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 313-318, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.
- HANS, M.; BITENCOURT, J. V. O. V.; PINHEIRO, F. Fatores de riscos adicionais a Escala de Braden: um risco para úlceras de pressão. **Enfermagem em Foco**, Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, v. 2, n. 4, p. 222-225, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/188/124>>. Acesso em: 20/11/2012.
- IRION, G.L. Etiologia das Feridas Comuns. In: IRION, G.L. **Feridas novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 71 -141.
- MEDEIROS, A. B. F. Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.
- MORO, A. et al. Avaliação de pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 300-304, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013>. Acesso em: 28 jan. 2013.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PREVENTION. **Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>> Acesso em: 10 abr. 2012.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. **Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP pressão no lesado medular**. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/fatores_risco.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

URBANETTO, J. S.; SANTOS, M. A. C. N.; POLTOZI, A. F.; PECHANSKY, A. L. C.; HAX, G.; CUSTÓDIO, A. A relação entre a dependência de cuidados, risco e úlcera por pressão. **Enferm. foco**, Brasília, v. 3 n. 4, p. 198-201, 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As úlceras por pressão (UPs) simbolizam um grave problema para os pacientes hospitalizados, devido à presença de comorbidades que podem aumentar o risco de desenvolvimento destas lesões.

A equipe de enfermagem que atua nos cuidados do paciente durante vinte e quatro horas é responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esta tríade de cuidados se torna efetiva quando os profissionais de enfermagem estão instrumentalizados, ou seja, com conhecimento para atuarem na implementação destes cuidados.

Este estudo possibilitou, através de ações educativas, baseadas no Arco da Problematização, o aprimoramento do conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da identificação e prevenção das UP, através da EB e de medidas preventivas.

Tanto a elaboração de intervenções que contemplaram a utilização da EB, quanto à preparação e à implementação de medidas preventivas para as UPs, realizadas pela equipe de enfermagem, proporcionaram uma mudança de atitude frente aos cuidados prestados aos pacientes e familiares que convivem com os riscos de desenvolver UP. Paralelamente, observou-se a humanização do cuidado de enfermagem, o envolvimento e a responsabilização dos profissionais para com a prevenção das UPs.

As intervenções para prevenção de UP vão ao encontro da literatura científica, pois os protocolos assistenciais são recomendados por órgãos internacionais para assegurar a segurança do paciente. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente tem realizado programas e diretrizes que visam motivar profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente: uma destas diretrizes é a prevenção de UP.

Neste sentido, para a efetivação do cuidado, as intervenções devem estar inseridas na Sistematização da Assistência de Enfermagem utilizada pela instituição do estudo, a fim de nortear os profissionais em suas ações da prática diária, voltadas à prevenção de UP.

Assim, recomenda-se que tanto as ações educativas quanto as intervenções de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros sejam reaplicadas para as equipes de enfermagem das Unidades de Internação da instituição em foco, levando a padronização do cuidado de enfermagem aos pacientes em risco de desenvolverem úlcera por pressão e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- AIZPITARTE P. E. et al. Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. **Enferm. Intensiva**, v. 16, p. 153-164, 2005.
- ALBUQUERQUE, E. R.; ALVES, E. F. Análise da produção bibliográfica sobre qualidade de vida de portadores de feridas crônicas. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 2, p. 147-152, mai./ago. 2011.
- ALVES, A. R. et al A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2012.
- ALVES, N.; DEANA, N. F. O açúcar refinado no tratamento da infecção por Pseudomonas sp em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 194-197, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.
- AMARO, A. et al. **A arte de fazer questionários. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto**. 2005. Disponível em: <autilus.fis.uc.pt/cec/esjf/wp-content/uploads/2009/11/elab_quest_quimica_up.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.
- ANDRADE, P. et al. Úlceras de Pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. **Medicina Interna - Hospitais da Universidade de Coimbra**, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.spmi.pt/revista/vol17/vol17_n1_2010_13_20.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.
- ANSELMINI, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANÇA, J. I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-264, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300004>. Acesso em: 24 out. 2012.

ARAÚJO, C. R. D. et al. A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 359-364, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a04.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2012.

_____. Acurácia de duas escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 381-385, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a07.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/16v24n5.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Presses Universitaires de France. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R. H.; LUCENA, A. F. Implantação da escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 703-710, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17469>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BENNETT, G.; DEALEY, C.; POSNETT, J. **The cost of pressure ulcers in the UK**. *Age Ageing*. v. 33, p. 230-5, 2004. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/3/230.short>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

BERETA, R. P. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. **Guia e arte enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 80-86, 2010. Disponível em:
 <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%204%20n.%202%20jul.dez%202010.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORDENAVE, J. ; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, v. 3, n. 1-2, 1983. Disponível em:
 <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2011.

BORGES, E. L. **Cuidados de enfermagem aos portadores de lesões cutâneas programa de atualização em enfermagem saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 131 p.

_____.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C. BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 120-186.

_____.; OLIVEIRA, M. C. G. F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 226-250.

BRANDÃO, A.; LACERDA, J. M. S. Suporte Nutricional. In: SILVA, R.C.L. et al. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. p. 163-181.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas

regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CALIRI, M. H. L. **Recomendações para prevenção de úlceras por pressão**. Disponível em:

<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=16&Itemid=24>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. **Úlcera por pressão/Diretrizes para prevenção/RENAO**, 2005. Disponível em:

<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=15>. Acesso em: 20 jan. 2013.

CAMARGO, A. S.; BLANES, L.; CAVALCANTE, N. J. F. Prevalência de Úlcera por pressão em um Hospital de Infectologia. **Revista Estima**, v. 5, n. 2, p. 32-36, 2007.

CAMPOS, S. F. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 23, n. 5, p. 703-714, set./out. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out. 2012.

CARVALHO, M. P. et al. Perfil dos Pacientes com Úlceras de Pressão Internados no HUSFP. **Rev. da Saúde da UCPEL**, Pelotas, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em:

<<http://www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2007-1/05-UlcerasdePressao.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2012.

CARVALHO, V. T; CASSIANI, S. H. B. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de

medicamentos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, 2002. Disponível em: <www.unifesp.br/denf/acta/sum.php?volume=15&numero=2>. Acesso em: 13 ago. 2012.

CHACON, J. M. F. et al. Prevalência de úlceras de pressão entre os idosos residentes em instituições de longa permanência em São Paulo. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, n. 4, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2012.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005>. Acesso em: 24 out. 2012.

COLLISON, D. W. **Pressure ulcers**. the merk manual for health care professionals. 2008.

Disponível em: <http://www.merckmanuals.com/professional/dermatologic_disorders/pressure_ulcers/pressure_ulcers.html>. Acesso em: 09 Jan. 2012.

COLOMBO, A. C., BERBEL, N. A. N. A Metodologia da problematização com o arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/552-4.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 31 n. 4, 2010. Disponível em:

<<file:///C:/Users/pc/Desktop/Artigos%20para%20a%20Rev.%20Int.%2012-11-12%20Lilacs%20e%20Bdenf%20OR/27%20Costa,%20Idev%20C3%A2nia%20Geraldina.htm>>. Acesso em: 23 out. 2012.

COSTA, I. G.; CALIRI, M. H. L. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 772-777, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600007&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 out. 2012.

COSTA, J. B. et al. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 607-611, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/02.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

COSTA, M. P. et al. Epidemiologia e Tratamento das Úlceras de Pressão: Experiência de 77 casos. **Acta Ortopedia Brasil**, v. 13, n. 3, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

COTO, J. C. A.; BAEZ, J. C.; CABRERA, L. D. L. Cirurgia reconstrutiva de úlceras de pressão. **Cir. Rev. Cubana**, Havana, v. 46, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir04307.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 897-902, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011>. Acesso em: 21 out. 2012.

DICCINI, S.; CADAMURO, C.; IIDA, L. I. S. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 205-209, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 out. 2012.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

FALCI, J.; CRUZ, I. Risk assessment for pressure ulcer – evidence

based nursing practice. **Journal of Specialized Nursing Care**, North America, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2008.1648/326>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

FAUSTINO, A. M. O conhecimento de enfermeiros acerca dos novos descritores de classificação para úlcera por pressão: estudo descritivo. **Estudo descritivo Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, mai. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2010.2800/629>>. Acesso em: 24 out. 2012.

FAUSTINO, A.; CALIRI, M. Úlcera de pressão em pacientes adultos com fratura de fêmur e quadril. Estudo descritivo. **Rev. bras. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2690/594>>. Acesso em: 21 out. 2012.

FERNANDES, L. A. A. et al. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras por pressão. **Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería**, n. 13, 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14681/14161>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M, H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-311, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a12v21n2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

_____.; _____. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FERNANDES, N. C. S. **Úlceras de pressão**: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do

Norte, Natal, 2005. 137p. Disponível em:

<<http://www.feridologo.com.br/Feridoteca%20C3%9Alcera%20de%20opress%20em%20UTI.pdf>>. Acesso em: 10 dez. /2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 733-746, 2008. Disponível

em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>>. Acesso em 24 out. 2012.

FERREIRA, L. M.; CALIL, J. A. **Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2001. Escola Paulista de Medicina. Disponível em:

<[http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed3/rdt%206\(3\)%20pg%2036-40.pdf](http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed3/rdt%206(3)%20pg%2036-40.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2011.

FERRINHO, P.; MANSOA, A. **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos**. Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós-cirúrgica de um hospital Português. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) Universidade Nova de Lisboa – Lisboa, 2010.

Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/files/2010/08/erro.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

FIGUEIRAS, R. G. Tratamento cirúrgico de úlceras por pressão: experiência de dois anos. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 26, n. 3, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v26n3/v26n3a10.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.

FIGUEIREDO, Z. M. et al. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores. **Avances En Enfermería**, v. XXVIII, n. esp., 2010. Disponível em:

<http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii_3.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

FREIRE, P. **A pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16059>>. Acesso em: 23 out. 2012.

FURMAN, G. F. et al. Úlceras por pressão: incidência e associação de fatores de risco em pacientes de um hospital universitário. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 3, p. 1506-1514, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1148>>. Acesso em: 21 out. 2012.

GABRIEL, C. S. et al. Utilización de indicadores de desempenho en servicio de enfermería de Hospital público. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_24.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2012.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 126-137.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114-114, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20754.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

GOMES, F. S. L. et al. G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 313-318, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

GORECKI, C. et al. Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 57, p. 1175-1183, 2009 Disponível em: <<http://www.intmed.aubmc.org.lb/downloads/geriatrics/geriatrics%20III-4.pdf>>. Acesso em: 22-02- 2012.

GOULART, F. M. et al. **Prevenção de úlceras por pressão em pacientes acamados**: uma revisão da literatura. Disponível em: <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/PrevençãodeÚlcera.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2012.

HANS, M.; BITENCOURT, J. V. O. V.; PINHEIRO, F. Fatores de riscos adicionais a Escala de Braden: um risco para úlceras de pressão. **Enferm. foco**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 222-225, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/188/124>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

HARADA, M. J. C. S. A Prevenção do Erro Humano. In: HARADA, M. J. C. S et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo. Atheneu, 2006. p. 27-40.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008. **5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit**. Supplement for Rural Hospital Cambridge, MA. Disponível em: <http://www.in.gov/isdh/files/IHI_PU_Getting_Started_Supplement_for_Rural_Hospitals.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

IRION, G. L. **Feridas novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

JACONDINO, C. B. et al. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 314-318, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17867/11659>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **World Alliance for Patient Safety**. 2008. Disponível em:

<<http://www.ccforspatientsafety.org/World-Alliance-for-Patient-Safety/>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

KLETEMBERG, D. F. **A Metodologia da assistência de enfermagem no Brasil**: uma visão histórica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004. Disponível em:
<<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oKletemberg.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human**: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2001. Disponível em:
<<http://www.nap.edu/catalog/9728.html>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

LENZ C. M. C. P.; CRUZ, I. A Utilização das escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão na admissão do cliente de alta complexidade na UTI como um dos Instrumentos no Cuidar da Enfermagem – Revisão Sistematizada da Literatura. **JSN CARE**, v. 2, n. 1, 2009. Disponível em:
<<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2009.2005/450>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 267-277, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029>. Acesso em: 21 out. 2012.

LIMA, L. F.; LEVENTHAL, L. C.; FERNANDES, M. P. P. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 434-438, 2008. Disponível em:
<<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/992-Einsteinv6n4port434-438.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007. Disponível

em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1072/530>>. Acesso em: 24 out. 2012.

LOBO, A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 405-418, 2008. Disponível em: <http://gneaupp.es/app/adm/publicaciones/archivos/29_pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; POVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. bras. ter. intensiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012>. Acesso em: 24 out. 2012.

LUCENA, A. F. et al. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

MAIA, A. C. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a16v29n3.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlcera por compressão: prevenção e tratamento In: SILVA, R. C. L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 389-412.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do Distrito Federal. **Rev. eletrônica enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 719-722, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a18.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

MEDEIROS, A. B. F. **Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco.** 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

MEDEIROS, A. B. et al. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros: [revisão]. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100029&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2012.

MEIRELES, I. B.; SILVA, R. C. L. Fundamentos Biológicos para o Atendimento ao Portador de Lesões de Pele. In: SILVA, R. C. L. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 57-80.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

MIRA, V. L. Processo de avaliação de desempenho profissional em enfermagem. In: ABEn. **Programa de atualização em enfermagem.** Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2006. p. 111-123.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_22.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

MORAES, A. C. F. G.; SILVA, C. R. L. O Uso do Carvão Ativado e do Óleo de Girassol na Terapêutica de Enfermagem para o Tratamento de Úlcera de Pressão. **Rev. de Pesq. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 191-195, 2009. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/298/319>>. Acesso em: 20 out. 2012.

MORITA, A. B. P. S. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos

instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. **REENVAP**, Lorena, n. 2, p 09-23, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.fatea.br/index.php/reenvap/article/viewFile/555/386>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **AMB rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 300-304, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013>. Acesso em: 21 out. 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PREVENTION. **Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. **Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP pressão no lesado medular**. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2002/vol35n1/fatores_risco.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

OLIVEIRA, R. A. A pele nos diferentes ciclos da vida. In: DOMANSKY, R.; C. BORGES, E.L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseada em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 9-41.

OLIVEIRA, R. M. **Gerência do cuidado à pessoa com AIDS: enfoque na dor associada**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/roberta_menezes.pdf.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. v.1. 1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível

em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 91-96, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua Portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33 n. esp., p. 191-206, 1999.

PEDREIRA, M. L. G. Errar é Humano: estratégia para a busca da segurança do paciente. In: HARADA, M. J. S. C. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1-17.

PERALTA, V. et al. Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. **Hered. Rev. Med.**, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n1/v20n1ao3.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, 2003, p. 1528-1534.

PEREIRA, M. C. A; FAVERO, N. Uma motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11476.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PERRONE, F. et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 431-438, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out. 2012.

PINTO, E. N. et al. Sinal de alerta para úlceras por compressão e a

enfermagem. In: SILVA, R. C. L. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 415-454.

PREVENTION PLUS. **Home of the Braden Scale**. 2010. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

RANGE, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 70-77, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>>. Acesso em: 24 out. 2012.

REVIS, D. R. JR. Decubitus Ulcers. **Medscape reference drugs, diseases e procedures**, abr. 2010. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/190115-overview#showall>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, p. 837-842, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000600002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2013.

RIOS, L. C.; VELOSO, I. B. P. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão em um Hospital Público de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Estima**, v. 8, n. 2, p. 20-27, 2010. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24%3Aartigo-original-2&catid=15%3Aeducacao-82&Itemid=86&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2012.

ROCHA, R. **O Método da problematização**: prevenção às drogas na escola e o combate à violência, 2008. Disponível em:

<http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/artigo_rosana_rochapdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

RODRIGUES, A. **Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal, 2009.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-480, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2012.

ROSA, C. A.; PONS JUNIOR, J. G. O. **Uso da Escala de Braden como Ferramenta de Avaliação de Risco para o Paciente desenvolver Úlceras por Pressão: uma revisão de literatura**. 2009. Disponível em: <<http://www.corenpr.org.br/artigos/claudineijuan.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

SALES, M. C. M.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **REME – rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 566-575, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4db582300901f.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

SANTOS, V. E. P. **O cuidar de si no contexto acadêmico da enfermagem e a segurança do paciente**. 2009. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=152724>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SCARLATTI, K. C. et al. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1372-1379, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a14.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 367-369, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a22v21n2.pdf>. Acesso em: 24 out. 2012.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, em pacientes críticos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

SILVA, E. W. N. L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.175-185, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

_____. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

SILVA, et al. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, M. V. M. et al. Saberes e Práticas de Cuidadores Domiciliares sobre Úlcera por Pressão: estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, North America, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2642/574>>. Acesso em: 24 out. 2012.

SMELTZER, S. C. et al. Função Tegumentar. In: SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro

Guanabara Koogan, 2008. p. 1626-42.

SOARES, D. A. S. et al. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 578-581, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 out. 2012.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300006>. Acesso em: 17 dez. 2012.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf>. Acesso em: 21 out. 2012.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

SOUZA, M. V. P.; CARDOSO, D. P.; GIRÃO, R. A. Tratamento cirúrgico das úlceras de pressão com retalhos cutâneos e musculo cutâneos. Experiência de três anos no Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 274-280, 2009. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/imageBank/PDF/24-03-06.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOUZA, T. S. et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão: [revisão]. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-476, 2010. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300020>. Acesso em: 24 out. 2012.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

URBANETTO, J. S.; SANTOS, M. A. C. N.; POLTOZI, A. F.; PECHANSKY, A. L. C.; HAX, G.; CUSTÓDIO, A. A relação entre a dependência de cuidados, risco e úlcera por pressão. **Enferm. foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 198-201, 2012.

U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. National Institutes of Health. **AA Braden Scale Source Information**. 2011. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/LNC_BRADEN/>. Acesso em: 03 jan. 2012.

VALENÇA, M. P. et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do Recife. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 2, p. 673-682, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/852/pdf_54>. Acesso em: 24 out. 2012.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Paulo: Yendis, 2009.

WACHTER, R. M. Outras complicações na assistência à saúde. In: WACHTER, R. M **Compreendendo a segurança do paciente**. São Caetano do Sul: ARTMED; 2010. p. 137-143.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Chia (CO), v. 8, n. 1, p. 86-96, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74108109.pdf>>. Acesso em: 28 fev.

2012.

_____. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: S. Luzzatto, 2001.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241-260, mai/ago. 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ep/v32n2/a03v32n2.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2012.

WOLFF, A. M.; BOURKE, J. Reducing medical errors: a practical guide. **MJA**, p. 173, 2000. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11130349>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Solutions Preamble**. 2007. Disponível em:
<<http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/Preamble.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário: enfermeiros

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

CATEGORIA PROFISSIONAL: ENFERMEIROS

1. Quais medidas preventivas para úlceras por pressão são usadas na sua prática assistencial?

2. Você conhece a Escala de Braden?

3. Qual a função da Escala de Braden?

4. Como é utilizada a Escala de Braden?

5. Quando utilizar a Escala de Braden?

APÊNDICE B – Questionário 1: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E/OU AUXILIARES DE
ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NOME:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

1. O que são úlceras por pressão?

2. Como você identifica uma úlcera por pressão?

3. Quais medidas preventivas você utiliza para úlceras por pressão?

4. Quais pacientes desenvolvem mais úlceras por pressão no seu
ambiente de trabalho?

5. O que você conhece sobre a Escala de Braden?

APÊNDICE C - Questionário 2: enfermeiros

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:
CATEGORIA PROFISSIONAL: ENFERMEIROS

NOME:

TEMPO NA INSTITUIÇÃO:

1. Quais medidas preventivas para úlceras por pressão você utilizou na sua prática assistencial nos últimos três meses?

2. No momento, o que você conhece sobre Escala de Braden?

3. No momento, o que você sabe sobre a função da Escala de Braden?

4. Você utilizou a Escala de Braden nos últimos meses?

5. Em que condições você utilizou a Escala de Braden?

Você teve motivação para aplicar a Escala de Braden?

Quando utilizou?

Quais os resultados para o cuidado de enfermagem?

Qual o impacto na organização do serviço de enfermagem?

Como a equipe de enfermagem reagiu?

Quais os reflexos do uso da Escala de Braden nos outros turnos?

APÊNDICE D - Questionário 2: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:
CATEGORIA PROFISSIONAL: TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
E/OU AUXILIARES DE ENFERMAGEM

NOME:
TEMPO NA INSTITUIÇÃO:

1. O que são úlceras por pressão?

2. Como você identifica uma úlcera por pressão?

3. Quais medidas preventivas você utilizou para úlceras por pressão nos últimos três meses?

Quando utilizou?

Quais os resultados para o cuidado de enfermagem?

Qual o impacto na organização do serviço de enfermagem?

Como a equipe de enfermagem reagiu?

Quais os reflexos do uso das medidas preventivas nos outros turnos?

4. Os pacientes internados na sua unidade desenvolveram úlceras por pressão nos últimos três meses?

Se sua resposta for sim: como foi encaminhada para a enfermeira e quais medidas preventivas foram implementadas?

5. No momento o que você conhece sobre a Escala de Braden?

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAL ENFERMEIRO, TÉCNICO D ENFEMAGEM/AUXILIAR DE ENFERMAGEM

QUAL É A PESQUISA?

SEGURANÇA DO PACIENTE NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: USO DA ESCALA DE BRADEN

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir.

Quais os objetivos deste estudo e quais as informações disponíveis?

Este estudo está sendo realizada na Unidade de Clínica Médica III do Hospital Universitário (HU), sendo pesquisadora a enfermeira do HU Jeane Silvestri Farias Wechi, com a orientação da Enfermeira Professora Doutora Lúcia Nazareth Amante.

Instrumentalizar a equipe de enfermagem para o cuidado com o paciente em risco de UP com o uso da Escala de Braden, e propor intervenções de enfermagem frente aos resultados da aplicação de Escala de Braden, em uma unidade de clínica médica de um hospital do sul do Brasil.

Eu tenho que participar?

Cabe a você decidir se irá ou não participar. Mesmo que não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem. Caso decida participar, irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência, neste caso também não terá qualquer prejuízo e as informações que prestar não serão utilizadas.

O que acontecerá comigo se eu participar?

Você será capacitado para o uso da Escala de Braden em pacientes internados nas unidades de clínica médica.

Quais são os possíveis desconfortos que posso ter se participar?

Não há nenhuma possibilidade de desconforto que possa ocorrer durante a capacitação.

O que acontecerá com as informações desta pesquisa e como os dados pessoais do (a) senhor (a) será utilizado?

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente da pesquisadora e da orientadora desta pesquisa. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens. A divulgação do resultado visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o (a) senhor (a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Que custos eu terei se participar?

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, não terá nenhum gasto, mas também não terá direito a nenhum tipo de pagamento.

Quais os possíveis benefícios que posso ter se participar?

Espera-se com a pesquisa, trazer contribuição para a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem do HU no sentido de melhorar cada vez mais o atendimento dos nossos usuários.

Com quem devo entrar em contato se necessitar de mais informações?

Em caso de qualquer problema relacionado ao estudo, ou sempre que tiver qualquer dúvida, por favor, entre em contato com:

Prof.^a Dra. Lúcia N. Amante
Enfermeira e Orientadora da Pesquisa
Telefone: 3721-9480 ou 91288007

Jeane S. F. Wechi
Enfermeira-CM III
Telefone: 3721-9175 (CM III) ou 9915 7471

Eu, _____
_____, recebi informações sobre o estudo, Segurança do Paciente na Clínica Médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil: uso da escala de Braden, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa, e tive a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos, serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que, receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome da pessoa que aplicou este termo
que aplicou este termo

Assinatura da pessoa

Data .../.../.....

Nome do participante

Assinatura do participante

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTE E/OU FAMILIAR

QUAL É A PESQUISA?

SEGURANÇA DO PACIENTE NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: USO DA ESCALA DE BRADEN

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir.

Quais os objetivos deste estudo e quais as informações disponíveis?

Este estudo está sendo realizada na Unidade de Clínica Médica III do Hospital Universitário (HU), sendo pesquisadora a enfermeira do HU Jeane Silvestri Farias Wechi, com a orientação da Enfermeira Professora Doutora Lúcia Nazareth Amante.

Instrumentalizar a equipe de enfermagem para o cuidado com o paciente em risco de UP com o uso da Escala de Braden, e propor intervenções de enfermagem frente aos resultados da aplicação de Escala de Braden, em uma unidade de clínica médica de um hospital do sul do Brasil.

Eu tenho que participar?

Cabe a você decidir se irá ou não participar. Mesmo que não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem. Caso decida participar, irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência, neste caso também não terá qualquer prejuízo e as informações que prestar não serão utilizadas.

O que acontecerá comigo se eu participar?

Você será avaliado através da Escala de Braden, para identificação do risco de desenvolver úlceras por pressão. É uma escala utilizada para avaliar as condições de sua pele e verificar se existe possibilidade de formação de úlceras por pressão. No caso de haver a possibilidade de serem desenvolvidas, medidas preventivas serão adotadas, que incluem massagens de conforto, mudanças de lado quando estiver deitado, cuidado com as saliências ósseas, mudanças do leito para a cadeira. No caso de já estarem instaladas serão avaliadas e o tratamento para cicatrização será determinado de acordo com as características das úlceras por pressão. Como existe a necessidade de acompanhar a evolução da situação de sua pele, precisaremos fotografar, ao assinar este termo estará autorizando a pesquisadora que faça as fotografias. Estas fotografias obedecerão a critérios, quais sejam: exposição apenas da úlcera por pressão, que estará com panos de cor azul para destaca-la, duas fitas com medidas para determinação do tamanho, uma etiqueta para registrar a data e a hora da fotografia. O exame de sua pele será realizado por enfermeiras capacitadas para este exame e uso da Escala de Braden.

Quais são os possíveis desconfortos que posso ter se participar?

Não há nenhuma possibilidade de desconforto que possa ocorrer durante a avaliação. O exame da sua pele envolve a exposição de seu corpo, por isso este exame será feito em um local onde permanecerão você, a pesquisadora e seu acompanhante. Para verificar a integridade da sua pele serão utilizados lençóis (apenas a área examinada ficará exposta).

O que acontecerá com as informações desta pesquisa e como os dados pessoais do (a) senhor (a) será utilizado?

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente da pesquisadora e da orientadora desta pesquisa. As enfermeiras que acompanharem a sua evolução não poderão publicar seus dados. A divulgação do resultado visará mostrar apenas os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão, a divulgação será em meio científico, anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que (a) senhor (a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa,

inclusive após a publicação da mesma. Sua identidade será preservada e substituída pela sigla PCTE, seguida pelo número de ordem de entrada na pesquisa: PACTE 1, PACTE 2 e assim por diante.

Que custos eu terei se participar?

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, não terá nenhum gasto, mas também não terá direito a nenhum tipo de pagamento.

Quais os possíveis benefícios que posso ter se participar?

Espera-se com a pesquisa, trazer contribuição para a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem deste hospital aos pacientes que estiverem com risco de alterar a integridade da pele ou já tenha úlceras por pressão instaladas.

Com quem devo entrar em contato se necessitar de mais informações?

Em caso de qualquer problema relacionado ao estudo, ou sempre que tiver qualquer dúvida, por favor, entre em contato com:
Prof.^a Dra. Lúcia N. Amante
Enfermeira e Orientadora da Pesquisa
Telefone: 3721-9480 ou 91288007

Jeane S. F. Wechi
Enfermeira-CM III
Telefone: 3721-9175 (CM III) ou 9915 7471

Eu, _____
_____, recebi informações sobre o estudo, Segurança do Paciente na Clínica Médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil: uso da escala de Braden, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa, e tive a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos, serem utilizados

conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que, receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome da pessoa que aplicou este termo Assinatura da pessoa que aplicou este termo

Data/...../.....

Nome do participante Assinatura do participante

Eu,

_____representante legal do Sr. (a) _____, aceito livremente que ele(a) participe da pesquisa para aplicação da escala de Braden no setor de clínica médica deste hospital universitário.

Nome e assinatura da pessoa que aplicou este termo

Data..../...../.....

Nome e assinatura do representante legal

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Norton

	4	3	2	1
Condição física	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim
Estado mental	Alerta	Apático	Confuso	Torpor
Atividade	Deambulante	Caminha com auxílio	Dependente de cadeira de rodas	Torpor
Mobilidade	Plena	Discretamente limitada	Muito limitada	Imóvel
Incontinência.	Não	Ocasional	Geralmente	Urinária e fecal

Quadro 1 - Escala de Norton

Fonte: Silva (1998)

ANEXO B - Escala de Gosnell

Identidade					
Idade:	Sexo:	Altura:	Peso:		
Diagnóstico Médico:			Diagnóstico de Enfermagem		
Data de Admissão:		Data de Saída:			
Estado Mental	Continência	Mobilidade	Atividade	Nutrição	Pontos
Alerta 1	Completamente controlada 1	Completa 1	Deambulante 1	Boa 1	
Apático 2	Usualmente controlada 2	Ligeiramente limitada 2	Caminha com assistência 2	Regular 2	
Confuso 3	Minimamente controlada 3	Muito limitada 3	Limitado a cadeira 3	Pobre 3	
Torporoso 4	Ausência de controle 4	de Imóvel 4	Acamado 4		
Inconsciente 5					

Quadro 2 - Escala de Gosnell

Fonte: SILVA,1998.

ANEXO C - Escala de Waterlow

Tipo de Pele	Mobilidade	Débito Neurológico	Continência	Riscos Especiais Má nutrição Tecidual	Cirurgia Grande porte ou trauma	Medicação
Saudável 0	Total 0	MS paraplegia 4-6	Normal 0	Caquexia terminal 8	Ortopédica abaixo cintura, espinha dorsal 5	Esteroides 4
Fina folha de papel 1	Nervoso 1		Incontinência Ocasional 1	Insuficiência cardíaca 5	Na mesa de operação: >2 horas 5	Citotóxicos 4
Seca 1	Apático 2		Cateter incontinência 2	Doença vascular periférica 5		Anti-inflamatório 4
Edematosa 1	Restrita 3		Incontinência Dupla 3	Anemia 2		
Viscosa 1	Inerte /tração 4			Fumo 1		
Descorada 2	Preso à cadeira de rodas 5					
Quebradiça 3						
Médio risco > 10 pontos	Alto risco > 15 pontos					

Quadro 3 – Escala de Waterlow

Fonte: Silva (1998).

ANEXO D - Escala de Braden para Avaliação do risco de úlceras de pressão

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____						
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____						
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. E detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.				
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.				
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.					
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total			

ANEXO E - Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011

Instrução Normativa 03/MPENF/2011

Florianópolis, 12 de setembro de 2011.

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC.

A Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento Interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em reunião realizada em 12/09/2011,

RESOLVE:

1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

3. Orientações gerais:

a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do MPENF/UFSC de 12/09/11.

Original firmado na Secretaria MPENF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: USO DA ESCALA DE BRADEN

Pesquisador: lucia nazareth amante

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01320912.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 147.945

Data da Relatoria: 12/11/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa que objetiva instrumentalizar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de clínica médica para o cuidado com o paciente em risco de úlceras por pressão através da utilização da escala de Braden e Propor intervenções de enfermagem junto aos resultados da aplicação de escala de Braden. Será realizada em um hospital escola e envolverá equipe de enfermagem, pacientes com risco para desenvolver ulcera de pressão e seus familiares. Será utilizado a metodologia de encontros, com a aplicação do Arco de Maguerez.

Objetivo da Pesquisa:

Instrumentalizar a equipe de enfermagem de uma unidade de internação de clínica médica para o cuidado com o paciente em risco de úlceras por pressão através da utilização da escala de Braden. Propor intervenções de enfermagem junto aos resultados da aplicação de escala de Braden.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos à saúde dos participantes. As perguntas do questionário e os demais aspectos da metodologia também parecem não oferecer riscos ou inconvenientes psicológicos aos participantes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Os benefícios da ação educativa são claros: melhorar as condições de atendimento para minimizar o surgimento e as complicações das úlceras por pressão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela profa. Lúcia Amante, Chefe do Departamento de Enfermagem, como pesquisadora principal, e pela profa. Flávia Ramos, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, representando a instituição proponente. Anexa também uma declaração do prof. Felipe Felício, diretor do HU, informando que tomou conhecimento da pesquisa e que cumprirá os termos da Resolução 196/96

e suas complementares. O TCLE está claro e bem redigido. A pesquisadora principal encaminhou justificativa informando sobre um engano, já corrigido, na anexação do projeto, por isso alguma inconsistências identificadas pelo CEPESH. Tendo em vista as considerações dos pesquisadores na sua carta de justificativa para as inconsistências no cronograma, os prejuízos causados pela greve dos servidores e a preservação dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



FLORIANOPOLIS, 19 de Novembro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)