UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARGARETH YURI MIYAZAKI

# Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário

Ribeirão Preto – SP
2009

MARGARETH YURI MIYAZAKI

# Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maria Helena Larcher Caliri

Ribeirão Preto – SP

2009

# FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Miyazaki, Margareth Yuri

Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário / Margareth Yuri Miyazaki; Orientadora : Profª Drª Maria Helena Larcher Caliri. – Ribeirão Preto, 2009.
116 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

1. Úlcera de pressão. 2. Medicina baseada em evidências. 3. Equipe de Enfermagem.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

MIYAZAKI, Margareth Yuri

Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico este trabalho à **Deus**, por estar sempre presente, todos os dias, dando sentido à minha vida, com tranquilidade e força. Na sua ausência todas as lutas seriam em vão e todos os sonhos seriam impossíveis de se realizarem. Obrigado Senhor!*

*Aos meus pais, **Shisue Nakamura Miyazaki e Teruyoshi Miyazaki**, pessoas importantes e especiais, responsáveis pela minha vida, iluminando-a com sabedoria, ternura, carinho e amor incondicional. Não medem esforços na tentativa de realizar os meus sonhos, apoiando nos momentos sejam felizes ou difíceis. São os primeiros que acreditam, incentivam e torcem pelo meu sucesso e crescimento pessoal. Tudo o que sou eu devo a vocês. Meu eterno agradecimento e todo meu amor. Amo vocês!*

*Aos meus avôs, **Inako Nakamura (in memoriam) e Kaname Nakamura**, precursores de toda sabedoria de vida repassada aos meus pais para a busca da melhor educação que esteja ao alcance. São meus exemplos de dedicação, esforço e educação. Embora neste momento não possam presenciar a concretização do meu sonho, são pessoas dignas dos mais fiéis votos de agradecimento. Minha eterna admiração e gratidão!*

*Aos meus irmãos, **Marcos Minoru Miyazaki, Luís César Yoshinori Miyazaki e Sandra Kimie Miyazaki**, pela união, apoio, cumplicidade e amizade presentes durante todo nosso crescimento, desejando sempre o bem e o melhor. À vezes, preenchiam as ausências necessárias dos nossos pais para me apoiar nos momentos importantes da minha vida. Tudo o que sou também devo a vocês. Tenho orgulho de ser irmã de vocês. Amo vocês!*

*Ao meu noivo **Tiago Bastos Roso**, pelo seu amor, carinho, amizade, paciência e compreensão. Também é meu auxílio nos momentos tristes e felizes, me apoiando em cada decisão. Obrigada pelo companheirismo, você é especial!*

*AGRADECIMENTO ESPECIAL*

*À Profª Drª* ***Maria Helena Larcher Caliri****, minha querida orientadora, que sempre acreditou em mim, mesmo diante das adversidades que se apresentaram, proporcionando oportunidades para minha aprendizagem. Incansavelmente, me incentivou sem permitir que eu desanimasse frente aos obstáculos, me ensinando a olhar o futuro. É uma pessoa de grande sabedoria que com sua humildade, amizade, paciência, compreensão, dedicação e auxílio foram importantes em todos os momentos que permearam o desenvolvimento deste trabalho. Minha profunda admiração e gratidão. Obrigada pela confiança, você é brilhante!*

## *AGRADECIMENTOS*

*À **Deus**, que me concedeu tranquilidade, sabedoria e força, sem me desamparar durante essa caminhada e colocou em meu caminho pessoas tão especiais que contribuíram para tornar possível a realização deste sonho.*

*Ao meu noivo **Tiago Bastos Roso**, que contribuiu de forma significativa para a concretização do meu sonho, sacrificando seus próprios interesses ao meu favor, sempre presente ao meu lado em todos os momentos.*

*Aos meus pais, **Shisue Nakamura Miyazaki e Teruyoshi Miyazaki**, que incentivaram e investiram em meu sonho e nos momentos de ansiedade e insegurança me escutaram e tiveram sempre uma palavra de conforto, com mãos protetoras e acariciadoras, me fortalecendo para prosseguir e enfrentar.*

*Aos meus irmãos, **Marcos Minoru Miyazaki, Luís César Yoshinori Miyazaki e Sandra Kimie Miyazaki**, como também à cunhada **Marcelli Janini Miyazaki**, que compreenderam a minha ausência e sempre torceram pelo alcance deste propósito.*

*Aos sobrinhos, **Bianca Missae Janini Miyazaki, João Vitor Kiyoshi Miyazaki e Raphaela Namie Miyazaki**, meus grandes tesouros, que sofreram com minha ausência, mas proporcionaram nos raros encontros alguns momentos de lazer e descontração, trazendo mais alegria às nossas vidas.*

*À minha tia **Sumie Nakamura** e avô **Kaname Nakamura**, por compreender minha falta de tempo para visitá-los e ajudá-los na recuperação e manutenção da saúde.*

*À Profª Drª **Claudia Benedita dos Santos**, pela assessoria estatística, ajuda e sugestão, se mostrando disponível e proporcionando aprendizado valioso sobre o desenvolvimento deste trabalho.*

*À jornalista **Sandra Bianchi**, pela revisão da redação deste trabalho.*

*À **Velmara de Fátima Della Motta Gomes**, funcionária do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Universidade de São Paulo, pela enorme ajuda nos momentos de intenso trabalho.*

*À bibliotecária **Maria Cristina M. Ferreira**, chefe do setor de atendimento ao usuário da Biblioteca Central de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela revisão das citações e referências deste trabalho.*

*À **Diretora de Enfermagem** e **membros da equipe de enfermagem** do Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que contribuiu para realização deste estudo.*

*À **Miyeko Hayashida** - Centro de Apoio à Pesquisa da EERP-USP, que me auxiliou no planejamento e confecção da planilha de dados.*

*À enfermeira **Paula Cristina Nogueira**, pelo apoio durante a realização da coleta de dados.*

*À Profª Drª **Alessandra Mazzo**, pelo incentivo e colaboração para a minha formação na pós-graduação.*

*À todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse realizar este trabalho.*

*"Talvez seja este o aprendizado mais difícil: manter o movimento permanente, a renovação constante, a vida vivida como caminho e mudança."*

*(Maria Helena Kuhner)*

# LISTA DE TABELAS


Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as características sócio-demográficas. Ribeirão Preto, 2009 ..... 47

Tabela 2 – Valores médios e desvios-padrão da idade, tempo de serviço e tempo de formação profissional dos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2009 ..... 48

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação, o ano de conclusão e a área. Ribeirão Preto, 2009 ..... 49

Tabela 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as formas utilizadas para atualização. Ribeirão Preto, 2009 ..... 51

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos participantes da pesquisa que afirmaram a utilização da “internet” segundo o tipo de “site” acessado. Ribeirão Preto, 2009 ..... 53

Tabela 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a interação com outras pessoas para a busca de informações científicas. Ribeirão Preto, 2009 ..... 54

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação e as formas utilizadas para atualização. Ribeirão Preto, 2009 ..... 56

Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação e a interação com outras pessoas para a busca de informações científicas. Ribeirão Preto, 2009 ..... 58

Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação e a percepção da utilização dos resultados de pesquisas na prática profissional. Ribeirão Preto, 2009..... 60

Tabela 10 – Distribuição dos participantes no teste de conhecimento segundo a porcentagem de acertos. Ribeirão Preto, 2009 ... 61

Tabela 11 – Distribuição dos índices de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo os itens sobre a avaliação e classificação de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, 2009.. 62

Tabela 12 – Distribuição dos índices de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo os itens sobre a prevenção da úlcera por pressão. Ribeirão Preto, 2009..... 63
Tabela 13 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo o tempo de serviço e tempo de formação profissional. Ribeirão Preto, 2009..... 65
Tabela 14 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo a titulação de pós-graduação, participação em pesquisa e formas de atualização. Ribeirão Preto, 2009 ..... 67
Tabela 15 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo as fontes de atualização. Ribeirão Preto, 2009 ..... 68
Tabela 16 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo as fontes de busca de informações científicas. Ribeirão Preto, 2009..... 69
Tabela 17 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo a utilização dos resultados de pesquisa na sua prática profissional. Ribeirão Preto, 2009 ..... 70

# LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| AHCPR | Agency for Health Care Policy and Research |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| DE | Divisão de Enfermagem |
| DP | Desvio-padrão |
| GNEAUPP | Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por presión y heridas crónicas |
| NICE | National Institute for Clinical Excellence |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| RNAO | Registered Nurses Association of Ontario |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SPSS | Statistical Package for Social Science |
| UP | Úlcera por pressão |
| WOCN | Wound, Ostomy, and Continence Nurses |

# SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO** ..... **20**

**2 OBJETIVOS** ..... **35**

**3 METODOLOGIA** ..... **37**

3.1 Tipo de estudo ..... 38

3.2 Procedimentos éticos ..... 38

3.3 Local da pesquisa, população e amostra ..... 39

3.4 Procedimentos para coleta e análise dos dados ..... 41

3.4.1 Instrumentos..... 41

3.4.2 Estudo piloto..... 41

3.4.3 Procedimentos para coleta de dados..... 42

3.4.4 Procedimentos para análise dos dados..... 43

**4 RESULTADOS** ..... **45**

4.1 Características sócio-demográficas dos membros da equipe de enfermagem e as estratégias utilizadas para a busca de informações científicas..... 46

4.2 Conhecimento apresentado pelos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a clientes adultos e idosos referente à descrição, classificação e prevenção da úlcera por pressão..... 61

4.3 Relacionamento entre os escores de conhecimento e as variáveis sócio-demográficas e as estratégias de busca de informações utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem..... 65

**5 DISCUSSÃO** ..... **71**

**6 CONCLUSÕES** ..... **89**

**REFERÊNCIAS** ..... **94**

**APÊNDICE A** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..... **102**

**APÊNDICE B** – Instrumento para Coleta de Dados ..... **104**

**ANEXO A** – Síntese das Diretrizes sobre a Prevenção da Úlcera por Pressão..... **108**

**ANEXO B** – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa..... **118**

# RESUMO

MIYAZAKI, M. Y. **Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário**. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Na busca da qualidade de assistência nos serviços de saúde enfatiza-se a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de enfermagem relacionado à prevenção da úlcera por pressão (UP), visto que frequentemente a prática não é baseada em evidências, e sim em mitos, tradições e experiências. Em âmbito internacional, existem várias diretrizes para a prática clínica que apresentam recomendações. Os objetivos deste estudo foram investigar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a pacientes adultos e idosos em um hospital universitário sobre a prevenção da úlcera por pressão, e explorar a relação dos escores do teste de conhecimento com variáveis sócio-demográficas e estratégias de busca de informações científicas. Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória, com métodos quantitativos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da instituição e os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado e validado. Dos 386 participantes, 64,8% eram auxiliares/técnicos de enfermagem e 35,2% enfermeiros. A porcentagem média de acertos no teste de conhecimento foi 79,4% (DP 8,3) para os enfermeiros e 73,6% (DP 9,8) para os auxiliares/técnicos de enfermagem. Dos participantes, 92 (23,9%) acertaram menos de 70% no teste. Em relação à avaliação e classificação da UP, os itens com acertos menores do que 60% foram referentes à classificação da UP em estágio II (29,5%) e III (37%) e a presença da dor na UP em estágio II (56,5%). Os itens sobre prevenção com acertos menores do que 50% foram referentes ao uso da massagem (39,6%), rodas d'água ou de ar (35,2%), luvas d'água ou ar (47,9%), ao posicionamento do paciente quanto elevação da cabeceira do leito (27,7%), e ao período de tempo para reposicionamento quando sentado na cadeira (28%) e em decúbito lateral (37,3%). A porcentagem de acertos dos auxiliares/técnicos de enfermagem diminuiu com o tempo de formação profissional assim como com o tempo de serviço ($p<0.05$). A porcentagem de acertos dos enfermeiros com Especialização foi maior (80,6%) do que os sem Especialização (77,6%) e dos enfermeiros com Mestrado foi maior (83,1%) do que os sem Mestrado (79,1%). Os enfermeiros que participaram em pesquisa durante a graduação obtiveram porcentagem de acertos maiores do que aqueles que não participaram ($p<0.05$). As porcentagens de acertos dos que participaram em eventos científicos, comissões ou grupos de estudos e em atividades educacionais da instituição foram maiores dos que não participaram, ($p<0.05$). Os enfermeiros que faziam assinatura de revistas científicas e leitura de publicações científicas obtiveram maior porcentagem de acertos ($p<0.05$). Também os participantes que faziam o uso da biblioteca e da internet para a busca de informações científicas obtiveram melhor escore ($p<0.05$). Em relação às estratégias de busca de informações científicas com outros profissionais, a porcentagem de acertos obtida pelos participantes foi maior naqueles que afirmaram utilizar qualquer uma das formas. Os resultados obtidos podem auxiliar a identificar fatores antecedentes que interferem no conhecimento dos membros da equipe de enfermagem e nortear no

contexto estudado, o planejamento de estratégias para disseminação e adoção de medidas preventivas tidas como inovações.

Palavras-chave: Úlcera de Pressão. Medicina Baseada em Evidências/Educação. Equipe de Enfermagem.

# ABSTRACT

MIYAZAKI, M. Y. **Knowledge of pressure ulcer prevention recommendations by nursing team members at a university hospital**. 2009. 116 p. Thesis (Master's Program in Fundamental Nursing) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2009.

In the search for health service care quality, nursing professionals' need for scientific knowledge on pressure ulcer (PU) prevention is emphasized, as practice frequently is not based on evidence, but on myths, traditions and experiences. In the international context, various guidelines for clinical practice present recommendations. This study aimed to examine the knowledge of nursing team members who deliver direct care to adult and elderly patients at a university hospital about pressure ulcer prevention, and to explore the relation between knowledge test scores, sociodemographic variables and scientific information search strategies.This descriptive-exploratory research used quantitative methods. The research project was approved by the ethics committee at the institution and data were collected through a structured and validated instrument. In total, there were 386 participants, 64.8% of whom were nursing auxiliaries/technicians and 35.2% nurses. The mean percentage of correct answers on the knowledge test was 79.4% (SD 8.3) for nurses and 73.6% (SD 9.8) for nursing auxiliaries/technicians. Among the participants, 92 (23.9%) gave less than 70% of correct answers on the test. As to PU assessment and classification, items answered correctly by less than 60% were related to PU classification in stage II (29.5%) and III (37%) and the presence of pain in stage II PU (56.5%). Items on prevention with less than 50% of correct answers referred to the use of massage (39.6%), water or air-filled cushions (35.2%), water or air-filled gloves (47,9%), patient's positioning in terms of bed head elevation (27.7%), and to the period of time for repositioning when seated in a chair (28%) and in lateral decubitus (37.3%). The percentage of correct answers among nursing auxiliaries/technicians decreased with time since graduation and service time ($p<0.05$). Nurses with a Specialty degree gave more correct answers (80.6%) than nurses without this degree (77.6%), and nurses with a Master's degree scored higher (83.1%) than nurses without this degree (79.1%). Nurses who participated in research during their undergraduate program scored higher than those who did not participate ($p<0.05$). Correct answer percentages for participants who took part in scientific events, committee or study groups and in educational activities at the institution were higher than for those who did not ($p<0.05$). Nurses who subscribed to scientific journals and read scientific publications scored higher ($p<0.05$). The same was true for participants who used the library and internet to seek scientific information ($p<0.05$). As to strategies to seek scientific information from other professionals, participants who affirmed using any possible form scored higher. The obtained results can help to identify preceding factors interfering in nursing team members' knowledge and guide the planning of dissemination strategies and the adoption of prevention measures considered innovative in the study context.

Key words: Pressure Ulcer. Evidence-based Medicine/Education. Nursing, Team.

## RESUMÉN

MIYAZAKI, M. Y. **Conocimiento de las recomendaciones para la prevención de la úlcera por presión por el equipo de enfermería de un hospital universitario**. 2009. 116 h. Disertación (Maestría en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

En la búsqueda por calidad de la atención en los servicios de salud se destaca la necesidad de conocimiento científico de los profesionales de enfermería relacionado a la prevención de la úlcera por presión (UP), ya que frecuentemente la práctica no es basada en evidencias, y sí en mitos, tradiciones y experiencias. En ámbito internacional, existen varias directivas para la práctica clínica que presentan recomendaciones. Las finalidades de este estudio fueron las de investigar el conocimiento de los miembros del equipo de enfermería que actúan directamente en la atención a pacientes adultos y ancianos en un hospital universitario sobre la prevención de la úlcera por presión, y explorar la relación de los scores del test de conocimiento con variables socio-demográficas y estrategias de búsqueda de informaciones científicas. Se trata de una investigación descriptiva-exploratoria, con métodos cuantitativos. El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la institución y los datos fueron recolectados mediante un instrumento estructurado y validado. De los 386 participantes, el 64,8% era auxiliar/técnico de enfermería y 35,2% enfermero. El porcentaje promedio de aciertos en el test de conocimiento fue el 79,4% (DE 8,3) para los enfermeros y 73,6% (DE 9,8) para los auxiliares/técnicos de enfermería. De los participantes, 92 (23,9%) acertaron menos que el 70% en el test. Con relación a la evaluación y clasificación de la UP, los ítems con aciertos menores que el 60% fueron referentes a la clasificación de la UP en estadio II (29,5%) y III (37%) y la presencia del dolor en la UP en estadio II (56,5%). Los ítems sobre prevención con aciertos menores que el 50% fueron referentes al uso de masaje (39,6%), cojines de agua o de aire (35,2%), guantes de agua o aire (47,9%), al posicionamiento del paciente respecto a la elevación de la cabecera del lecho (27,7%), y al período de tiempo para reposicionamiento cuando sentado en silla (28%) y en decúbito lateral (37,3%). El porcentaje de aciertos de los auxiliares/técnicos de enfermería disminuyó con el tiempo de formación profesional y también con el tiempo de servicio ($p<0.05$). El porcentaje de aciertos de los enfermeros con Especialización fue mayor (80,6%) que de aquellos sin Especialización (77,6%) y de los enfermeros con Maestría fue mayor (83,1%) que los sin Maestría (79,1%). Los enfermeros que participaron en investigación durante el pregrado obtuvieron porcentaje de aciertos mayores que aquellos que no participaron ($p<0.05$). Los porcentajes de aciertos de los participantes en eventos científicos, comisiones o grupos de estudios y en actividades educacionales de la institución fueron mayores que de aquellos que no participaron ($p<0.05$). Los enfermeros que subscribían revistas científicas y leían publicaciones científicas obtuvieron mayor porcentaje de aciertos ($p<0.05$). También los participantes que usaban biblioteca y la internet para la búsqueda de informaciones científicas obtuvieron mejor score ($p<0.05$). Con relación a las estrategias de búsqueda de informaciones científicas con otros profesionales, el porcentaje de aciertos alcanzado por los participantes fue mayor en aquellos que afirmaron utilizar cualquier una de las formas. Los resultados alcanzados pueden auxiliar a identificar factores antecedentes que interfieren en el conocimiento de los miembros del equipo

de enfermería y nortear en el contexto estudiado la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas consideradas como innovaciones.

Palabras clave: Úlcera por Presión. Medicina Basada en Evidencia/Educación. Grupo de Enfermería.

# 1 INTRODUÇÃO

As mudanças que ocorrem no mundo, em consequência dos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas levaram ao aumento da expectativa de vida da população, acompanhadas de modificações muitas vezes negativas nos padrões de consumo e no estilo de vida das pessoas. Tais mudanças tendem ao declínio dos problemas agudos e à ascensão das condições crônicas de saúde.

Não é por acaso que hoje, os hospitais terciários recebem indivíduos cada vez mais críticos e com maior nível de complexidade devido à sobrevivência de pacientes com doenças crônicas e traumas. Nessas condições, esses indivíduos são mais susceptíveis às complicações que põem em risco a sua segurança, como infecções hospitalares, erros relacionados ao processo de administração de medicamentos e lesões na integridade da pele, dentre outras. Por outro lado, os pacientes estão cada vez mais conscientes de seus direitos por uma assistência de qualidade e exigentes quanto aos produtos e serviços oferecidos pelas instituições de saúde.

Essas instituições, dentre elas, os hospitais de ensino universitário têm utilizado várias estratégias para enfrentarem estas questões, com a criação de Programas de Melhoria de Qualidade, Comitês de Segurança do paciente e outras iniciativas que visam qualificar a assistência oferecida e conhecer o estado de certos indicadores de qualidade.

Considerando a questão da lesão de integridade da pele, a úlcera por pressão (UP) em pacientes hospitalizados é um problema importante, devido aos elevados índices encontrados e aos custos emocionais e financeiros que acarreta. A UP representa gastos elevados para o paciente, família, hospital, instituições de saúde e sociedade como um todo. A condição exige a continuidade e prolongamento do cuidado que não termina com a hospitalização. Traz consequências sócio-econômicas para o país e para o sistema de saúde, pois aumenta a morbidade e mortalidade, prejudica a qualidade de vida do indivíduo e família e gera mais gastos em recursos muitas vezes já escassos (FERNANDES, 2006).

O sistema de classificação em estágios da UP foi criado pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel (*NPUAP) em 1989 e foi baseado na classificação inicial de Shea e da *International Association of Enterostomal Therapy,* que representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida. A classificação do NPUAP foi incorporada posteriormente nas Diretrizes ou recomendações da *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) para prevenção e tratamento da UP.

Entretanto, as descrições originais do NPUAP não eram muito claras para os profissionais e levavam muitas vezes a classificação inadequada devido a dermatite perineal e ou a lesão tissular profunda.

Em fevereiro de 2007, após um trabalho de revisão iniciado em 2001 e que durou 5 anos, o NPUAP apresentou a nova definição da UP e os estágios. A definição e classificação foram revisadas pelo NPUAP com contribuições dos profissionais e validação de aparência, clareza, utilidade e discriminação. A versão final da definição e descrição foi revisada em uma conferência de consenso onde os comentários foram utilizados para criar as definições finais. Foram mantidos os quatro estágios originais e adicionados mais dois referentes à lesão tissular profunda e úlceras que não podem ser classificadas (SANTOS; CALIRI, 2007):

Úlcera por pressão é definida como uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes ou fatores de confusão podem também estar associados às úlceras por pressão; o significado desses fatores, no entanto, ainda deve ser elucidado.

É classificada em estágios:

**Suspeita de lesão tissular profunda**

Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devidas a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.

*Descrição adicional:* Lesão tissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. A sua evolução pode incluir uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara. A evolução pode ser rápida com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com tratamento adequado.

**Estágio I**

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar

embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.

*Descrição adicional:* A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em estágio I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras. Pode indicar pessoas “em risco” (um sinal precursor de risco).

**Estágio II**

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

*Descrição adicional:* Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxeamento (aspecto de equimose, indicando suspeita de lesão tissular profunda). Este estágio não deve ser usado para descrever *skin tears*, abrasões da pele por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.

**Estágio III**

Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

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

**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.

*Descrição adicional:* A profundidade da úlcera por pressão em estágio IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas

neste estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.

**Úlceras que não podem ser classificadas**

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

*Descrição adicional:* 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. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como "cobertura natural (biológica) corporal" e não deve ser removida.

A presença da UP pode prolongar o tempo de internação, dificultar a recuperação e aumentar o risco para o desenvolvimento de outras complicações sérias, como septicemia, osteomielite ou óbito. Pode ainda representar um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses pacientes, reduzindo sua independência e funcionalidade na realização das atividades da vida diária (BLANES et al., 2004; FERNANDES, 2000; GRAVES; BIRRELL; WHITBY, 2005; SHORTEN; WALLACE, 1997).

Diante da magnitude do problema da UP, estudos enfocam o seu desenvolvimento durante a hospitalização como um importante indicador de qualidade da assistência prestada (FERNANDES, 2000; MAKLEBUST; SIEGGREEN, 1996). Portanto, espera-se que uma assistência de qualidade minimize esses danos e riscos, adotando uma abordagem sistemática de prevenção como estratégia para atenuar o problema.

Há o senso comum que a prevenção é uma prioridade, pois a maioria das UPs pode ser evitada ou sua gravidade reduzida (DAY et al., 1997; DEALEY, 1996).

Tradicionalmente, a Enfermagem continua tendo responsabilidades com a ocorrência da UP, entretanto a compreensão da multicausalidade sugere a necessidade do envolvimento de todos os profissionais de saúde. Os profissionais de enfermagem têm ação de destaque na equipe pela responsabilidade pelo

cuidado direto e gerenciamento da assistência (DEALEY, 1996).

A prevenção depende dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, pacientes e familiares, para observações e cuidados sistematizados com os indivíduos em risco. Mas, a necessidade de provimento de condições indispensáveis para a prestação da assistência também engloba o envolvimento das instituições de saúde que devem ter profissionais capacitados para trabalhar em equipe na busca e utilização das soluções para os problemas (FERNANDES, 2006; RABEH, 2001).

A sistematização da assistência de enfermagem permite que o enfermeiro avalie todos os pacientes sob seus cuidados, identifique aqueles com risco para o desenvolvimento da UP, realize o planejamento e a intervenção utilizando medidas preventivas apropriadas.

Na busca da qualidade de assistência, vários autores vêm destacando a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de enfermagem relacionado à UP, visto que frequentemente a prática não é baseada em evidências, e sim em mitos, tradições e experiências própria ou de colegas (BERGSTROM et al., 1994; BUSS et al., 2004; DUIMEL-PEETERS et al., 2006; HALFENS; EGGINK, 1995; RABEH, 2001; RANGEL, 2004; SHARP et al., 2000; WALSH; FORD, 1992).

Em âmbito internacional, há publicação de várias diretrizes para a prática clínica que orientam o tratamento e prevenção da UP, as abordagens interdisciplinares e os programas educacionais, visando à implementação da prática baseada em evidências.

A agência governamental norte-americana para políticas e pesquisas em cuidados de saúde, AHCPR, sintetizou na década de 90, o conhecimento sobre a prevenção e tratamento da UP, por meio de uma revisão sistemática da literatura, avaliando o nível de evidências disponíveis para embasar os protocolos de cuidados na prática clínica. Essas diretrizes foram amplamente divulgadas e disponibilizadas para o público (BERGSTROM et al., 1992, 1994). (ANEXO A)

As diretrizes para a prática clínica são construídas com base em extensa revisão e análise da literatura científica disponível para fornecer um referencial conceitual à partir do qual estratégias efetivas para prevenção ou tratamento do problema enfocado possam ser divulgadas para serem usadas na prática. O nível científico das pesquisas é analisado sistematicamente de forma hierárquica sendo dado maior peso (força de evidência ou nível) para os ensaios clínicos

randomizados e controlados (nível A), seguidos dos estudos observacionais, série de casos não controlados e finalmente relatos de casos (nível B). Quando não existe evidência oriunda de publicações científicas as recomendações são feitas com base na experiência dos especialistas que participam do painel ou projeto para avaliação das pesquisas (nível C).

As diretrizes da AHCPR para a Predição e Prevenção de Úlcera de Pressão abordam quatro aspectos ou domínios do cuidado e discriminam as ações necessárias para a obtenção dos objetivos em forma de recomendações sendo a maior parte em nível C. O primeiro domínio referente à avaliação dos fatores de risco apresenta duas recomendações e uma delas de nível A (uso da escala para avaliação do risco). No segundo domínio referente ao cuidado da pele e tratamento precoce, são apresentadas nove recomendações e somente uma é no nível B (evitar massagens nas proeminências ósseas). No terceiro domínio referente ao controle da carga mecânica e uso de superfícies de suporte, das onze recomendações somente duas tem o nível B (quanto ao reposicionamento das pessoas acamadas em risco para UP a cada duas horas e a necessidade do uso das superfícies redutoras de pressão). No quarto domínio referente às medidas educacionais para reduzir a incidência, das quatro recomendações, uma tem nível A (os programas devem ser estruturados e abrangentes e direcionados a todos os provedores do cuidado assim como pacientes, familiares e cuidadores) e outra B (referente ao conteúdo dos programas educacionais).

Entretanto é destacado na diretriz que a força ou nível de evidência não é o mesmo que força de recomendação. Embora a evidência possa ser pequena a recomendação é clara e enfática.

Posteriormente à publicação da diretriz, com a mudança da AHCPR para *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), esta passou a assumir somente a divulgação das diretrizes no seu site da Internet, ao invés de investir nas atualizações. Na Enfermagem, associações de classe ou de especialistas em diversos países assumiram a responsabilidade de construir e incorporar novas pesquisas nas diretrizes existentes (REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO), 2005; RYCROFT-MALONE; MCINESS, 2000; WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN), 2003).

Essas Associações, por meio de painel de enfermeiros, construíram e atualizaram as diretrizes para a prevenção da UP de forma sistematizada. A revisão

da literatura da diretriz do *Royal College of Nursing* (RYCROFT-MALONE; MCINESS, 2000) incluiu publicações de 1991 a 1998 e da *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society* (WOCN, 2003) publicações de 1980 a 2002. Ambas revisaram a literatura indexada nas bases do Medline e da Biblioteca Cochrane e mantiveram as recomendações em áreas de domínio abordadas anteriormente na diretriz da AHCPR em 1992. Nos domínios de cuidados da pele, posicionamento e educação não foram encontradas pesquisas que permitissem a melhoria do nível de evidência. No tópico referente ao uso de superfícies de suporte para redistribuir a pressão foi localizada uma revisão sistemática de 29 ensaios clínicos randomizados e controlados o que refletiu na elevação do nível da recomendação de B para A assim como na inclusão da recomendação para o uso da superfície de suporte não só no leito do paciente mas na mesa cirúrgica quando detectado que o risco do paciente para UP é elevado (CULLUM et al., 2000).

Em 2003, o Serviço Nacional de Saúde Britânico forneceu o apoio financeiro para o *Royal College of Nursing* por meio do *National Institute for Clinical Excelence* (NICE) produzir a atualização da Diretriz de avaliação do risco e prevenção da UP. As evidências foram provenientes de várias fontes incluindo a diretriz da AHCPR, a revisão da literatura vindas de pesquisas incluindo revisão sistemática e os resultados de processo de busca de consenso entre especialistas (ANEXO A). A diretriz inclui ainda recomendações organizacionais e de políticas institucionais (RYCROFT-MANOLE; MCINESS, 2000).

A diretriz da Associação de Enfermeiros Registrados de Ontário (RNAO, 2005) revisou e adaptou as recomendações da diretriz da AHCPR considerando a literatura disponível na época. Incluiu aspectos não abordados em diretrizes anteriores, referentes principalmente à avaliação e ao manejo da dor (ANEXO A).

No Brasil, ainda não existe diretrizes nacionais para prevenção e tratamento da UP. Mesmo com o aumento de estudos e publicações nos últimos anos, esses não são suficientes para a proposição de recomendações nacionais. Especialistas no assunto consideram que as diretrizes internacionais são válidas nos cenários da saúde brasileira (CALIRI, 2002; COSTA, 2003; FERNANDES, 2000; RABEH, 2001; RANGEL, 2004; ROGENSKI; SANTOS, 2005).

Rycroft-Malone e McIness (2000) afirmam que a implementação das diretrizes clínicas na prática não é um processo linear direto e que o uso é mais provável de ocorrer quando certos fatores são otimizados.

Tanto o *Royal College of Nursing* na Inglaterra como a RNAO do Canadá desenvolveram instrumentos para auxiliar a implementação das diretrizes nos serviços. Chamados de *tool kits,* os guias de implementação apresentam sugestões para implementação identificando os passos dos processos clínicos e gerenciais para que as diretrizes sejam colocadas em prática (RICHENS et al., 2003; RNAO, 2002). Entre os referenciais teóricos que norteiam as mudanças organizacionais, utilizam a Teoria de Difusão de Inovações de Rogers (2003).

Esta teoria tem sido apresentada também como um referencial teórico para nortear os estudos que investigam a utilização pelos profissionais de intervenções baseadas em evidências e os fatores que afetam esse uso na suposição de que a adoção de uma inovação ocorre em uma sequência de estágios que podem sofrer influência de fatores do próprio indivíduo ou do seu meio social assim como pela forma com que esta inovação é apresentada (CALIRI, 2002; ESTABROOKS et al., 2003; ROGERS, 2003).

Os resultados de pesquisa ou as evidências que embasam uma prática são considerados como uma inovação quando percebidos como novos por indivíduos que não os conheciam, mesmo que, na verdade, esses resultados não sejam recentes (CALIRI, 2002).

No modelo de Rogers, a incorporação de uma inovação não se dá de forma instantânea, mas com o tempo e em uma sequência de estágios (ROGERS, 2003) :

**Estágio de conhecimento**: ocorre quando o indivíduo torna-se consciente da nova informação ou inovação, e adquire alguma compreensão sobre o seu funcionamento ou seus princípios.

**Estágio de persuasão**: ocorre quando o indivíduo forma uma opinião favorável ou desfavorável em relação à inovação.

**Estágio de decisão**: ocorre quando o indivíduo se engaja em atividades relacionadas a inovação, levando-o a aceitar ou rejeitar.

**Estágio de implementação**: ocorre quando o indivíduo passa a usar a inovação o que pode ser observado a partir do seu comportamento.

**Estágio de confirmação**: ocorre quando o indivíduo reúne esforços para confirmar sua decisão de aceitar e implementar a inovação ou se as experiências não forem positivas, retorna ao estágio inicial do modelo.

Dobbins et al. (2002) destacam que apesar do modelo ser apresentado de forma sequencial e linear, o processo de decisão pelo uso de uma inovação, como um conhecimento tido como novo, não ocorre desta forma linear e pode ser de caráter multidimensional com as suas fases interagindo com as características da própria inovação, da organização, do ambiente e do indivíduo. Consideram que em cada um dos estágios estas características desempenham um papel importante que precisa ser considerado e melhor investigado. Para estes autores, o início do processo se dá quando um indivíduo ou organização toma conhecimento de uma inovação e torna-se interessado em saber como esta funciona, o que depende de estratégias utilizadas pelos autores ou pesquisadores para disseminar as informações existentes sobre o assunto. Consideram que as características individuais associadas ao uso da inovação incluem o seu envolvimento em projetos de pesquisa, o comportamento de manter interações com pessoas ou participar em eventos externos ao seu meio social e ter acesso a consultores sobre o assunto. Enfatizam que a literatura demonstra que a posição social, idade, tempo de atuação em uma área assim como o tipo de Especialização são fatores importantes no processo (DOBBINS et al., 2002).

Estas questões também foram abordadas por Graham e Logan (2004) ao apresentarem o modelo de Ottawa para utilização dos resultados de pesquisa no que se refere a implementação de um programa de cuidados com a pele e como a integração das evidências ocorreu na prática em um hospital de nível terciário no Canadá. Destacaram que na fase inicial do processo de mudança, o conhecimento, atitudes, habilidades e práticas assim como as características demográficas dos membros da equipe de enfermagem podem ser avaliadas e descritas para criar um perfil dos facilitadores e das barreiras para o uso das evidências. Logan et al. (1999) enfatizam que a participação dos enfermeiros em atividades de pesquisa permite uma familiaridade e experiência com o processo de pesquisa que será útil tanto para o acesso como ao uso das evidências, assim como para o desenvolvimento da capacidade do profissional de pensar de forma critica sobre a utilização de conhecimento, o que pode afetar de forma positiva os resultados da assistência para

o paciente.

Na atualidade, sabe-se que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam a qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde e a satisfação dos pacientes, considerados os usuários dos serviços. (NOGUEIRA, 2002). Assim, os recursos humanos em saúde constituem elemento crítico para alcançar a finalidade e os objetivos dos serviços de saúde.

No trabalho cotidiano da enfermagem, as atividades referentes à avaliação do desempenho dos membros da equipe e dos serviços de saúde trazem imbricadas as dimensões clínica, gerencial e educativa da enfermagem. A questão da formação e qualificação do profissional para o trabalho assim como de seu desenvolvimento como membro de uma equipe está diretamente associada a forma como desempenha a função esperada no cenário clínico. Estes aspectos são considerados por vários autores ao avaliarem as condições que interferem no nível de conhecimento apresentado por profissionais frente a uma determinada questão importante para a manutenção ou melhoria da qualidade da assistência dos serviços de saúde.

A divulgação do conhecimento científico para os profissionais de enfermagem pode ocorrer formalmente, nos programas de educação profissional e educação continuada. Informalmente, pode ocorrer por meio de publicações em periódicos, livros, apresentação em eventos, participação em comissões ou grupos de estudo, pela Internet ou outros meios (RABEH, 2001). Já a busca pela informação pelo profissional pode depender de suas características pessoais, de sua formação ou de estratégias utilizadas pelas instituições para a capacitação e qualificação de sua força de trabalho. As capacidades de comunicação e de interação social são apresentadas como ferramentas intrínsecas que o profissional adquire ao longo de sua vida e do processo de sua formação que irão contribuir para seu desenvolvimento e da sua competência para o trabalho (NOGUEIRA, 2002).

Na literatura nacional e internacional, há vários estudos sobre o conhecimento de profissionais e estudantes de enfermagem sobre a prevenção e tratamento da UP e a associação com algumas características individuais.

Nos Estados Unidos, Pieper e Mott (1995) avaliaram o conhecimento de enfermeiros (N=228) sobre prevenção, classificação e descrição da UP, utilizando um teste auto-aplicado. O teste foi construído à partir das recomendações das diretrizes da AHCPR. Os resultados mostraram um déficit de conhecimento (escore

médio 71,7%) e que apenas 10% dos enfermeiros haviam lido as diretrizes da AHCPR. Notaram, entretanto que o conhecimento era significativamente maior naqueles que haviam assistido a alguma palestra ou lido algum artigo sobre o assunto no ano anterior. Em outro estudo, Pieper e Mattern (1997) investigaram o conhecimento de 75 enfermeiros que atuavam em unidades de pacientes críticos, utilizando o mesmo teste. Também encontraram um déficit de conhecimento (escore médio 71,3%), e que poucos enfermeiros (12%) tinham conhecimento das diretrizes. Os escores obtidos no teste não estavam associados ao tempo de formado ou a idade do profissional. Identificaram, entretanto que o escore do teste referente à descrição da úlcera era significativamente maior naqueles que assistiram a alguma palestra no ano anterior ou feito leituras de artigos sobre o assunto.

Na Suécia, Gunningberg et al. (2001) investigaram o conhecimento dos enfermeiros sobre risco, prevenção e tratamento da UP antes da implementação de um sistema de avaliação de risco e classificação da UP para pacientes com fratura de quadril. E após a implementação, analisaram os registros e quais intervenções documentadas ou relatadas estavam de acordo com as diretrizes suecas. Encontraram que as estratégias relatadas e documentadas não estavam de acordo com as diretrizes, indicando um conhecimento deficiente ou falta de habilidade para expressar o cuidado de enfermagem nos registros. Concluíram que as diretrizes não foram completamente implementadas na prática.

Na Grécia, Panagiotopoulou e Kerr (2002) exploraram o conhecimento dos enfermeiros sobre fatores de risco, áreas de risco e estratégias preventivas recomendadas em relação ao cuidado com a área de pressão. Além disso, exploraram a prática preventiva e as barreiras para a “boa prática”. Encontraram que muitos enfermeiros tiveram um bom conhecimento sobre fatores de risco e áreas de risco, porém foram mais limitados em relação às estratégias preventivas. E uma proporção significante fez uso de alguns métodos que não eram mais recomendados, refletindo um conhecimento desatualizado. As barreiras relatadas foram dificuldades de acesso, leitura e compreensão dos resultados de pesquisa.

No Canadá, Sinclair et al. (2004) implementaram e avaliaram uma série de *workshops* educacionais oferecidos de forma padronizada para dois níveis da enfermagem, mensurando o conhecimento antes do evento e em dois momentos depois, utilizando o teste desenvolvido por Pieper e Mott (1995). Concluíram que os escores do teste de conhecimento foram melhores que o pré-teste nos dois

momentos após o *wokshop*; no entanto, no segundo momento houve um declínio no resultado. Também os escores dos enfermeiros foram mais elevados do que os técnicos de enfermagem, em todos os momentos.

Na Holanda, Duimel-Peeters et al. (2006) avaliaram o conhecimento, as crenças e as práticas dos enfermeiros sobre massagem para prevenir UP e hidratação da pele para prevenir desidratação em referência às diretrizes holandesas revistas em 2002, comparando com os achados do estudo realizado em 1991. Concluíram que as diretrizes ainda não foram amplamente incorporadas, mas as diferenças nas respostas entre 1991 e 2003 foram significantes e sugeriram que os enfermeiros eram melhores informados em 2003. Os achados deste estudo mostraram que ainda existe uma lacuna entre teoria e prática no cuidado de paciente propenso a UP.

Na Espanha, Pancorbo-Hidalgo et al. (2007) avaliaram o nível de conhecimento de enfermeiros sobre as diretrizes existentes para prevenção e tratamento da UP, o nível de implementação desse conhecimento na prática clínica e os fatores educacionais e profissionais que influenciam o conhecimento e a prática. O nível de conhecimento de intervenções preventivas foi 79,1% e o nível de implementação na prática clínica foi 68,1%. Os enfermeiros que receberam educação específica sobre cuidados com UP obtiveram melhores escores (77,7%).

Nos Estados Unidos, o estudo de Zulkowski, Ayello e Wexler (2007) examinaram o conhecimento sobre UP entre enfermeiros com certificação de cuidado em feridas, certificação em outra especialidade e sem certificação, utilizando o teste desenvolvido por Pieper e Mott (1995). O escore médio do teste na amostra total foi 78%. Nos enfermeiros com certificação de cuidado em feridas, o escore médio foi 89%, nos enfermeiros com certificação em outra especialidade foi 78% e nos enfermeiros sem certificação foi 76%. Esses achados mostraram que a certificação e a educação afetaram significativamente o conhecimento da enfermagem.

No Brasil, Caliri, Miyazaki e Pieper (2003) avaliaram o conhecimento e as experiências de graduandos em enfermagem sobre prevenção, classificação e descrição da UP em referência às diretrizes da AHCPR, utilizando o teste desenvolvido por Pieper e Mott (1995), adaptado para o português. Os achados mostraram um déficit de conhecimento (escore médio 67,7%). No entanto, os escores do teste eram significativamente maiores naqueles que participaram de

atividades extracurriculares ou usaram a Internet para buscar informações sobre UP (escore médio 68,9%).

Rangel e Caliri (2004) investigaram o conhecimento dos enfermeiros de uma instituição privada brasileira sobre a prevenção da UP, utilizando também o teste desenvolvido por Pieper e Mott (1995), adaptado para o português. Identificaram que 60% dos enfermeiros acertaram mais de 70% das questões, no entanto em 19 questões os participantes tiveram um nível de conhecimento baixo. Os escores do teste eram significativamente maiores naqueles que participaram de atividades de educação continuada oferecidas pela instituição (73,7%). A pesquisa identificou ainda que 50% dos enfermeiros mencionaram práticas inadequadas de prevenção, com grande variação de condutas para o tratamento, sendo a maior parte dos curativos realizada pelos auxiliares de enfermagem.

Fernandes (2006) avaliou os efeitos de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (CTI), nas medidas de prevenção utilizadas em sua prática clínica e nas taxas de incidência da UP. Os resultados evidenciaram que a intervenção educativa influenciou no conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem e em alguns aspectos de suas práticas clínicas referentes aos cuidados de prevenção, porém não influenciou na incidência da UP, que foi de 62,5% nas fases de pré e pós-intervenção.

A revisão desses estudos demonstra que, apesar do avanço técnico-científico na área da saúde, e a existência de diretrizes que fazem recomendações para a prevenção da UP o problema é persistente e mundial e o conhecimento dos profissionais de enfermagem se mantém deficiente. A investigação de características individuais dos profissionais que atuam na prática pode contribuir para melhor compreensão do problema.

Diante da situação apresentada, destaca-se a necessidade da realização desta pesquisa.

As questões de investigação deste estudo são:

1. Quais são os escores de conhecimento dos membros da equipe de enfermagem sobre a prevenção da UP?

2. Existe associação entre os escores de conhecimento dos membros da equipe e as variáveis demográficas e/ou educacionais e as estratégias de busca de informações utilizadas?

# *2 OBJETIVOS*

1. Identificar as características sócio-demográficas dos membros da equipe de enfermagem e as estratégias utilizadas para a busca de informações científicas.

2. Identificar o conhecimento apresentado pelos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a pacientes adultos e idosos referentes à descrição, classificação e prevenção da úlcera por pressão.

3. Identificar a presença de relacionamento entre os escores de conhecimento e as variáveis sócio-demográficas e as estratégias de busca de informações utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem.

# 3 METODOLOGIA

## 3.1 Tipo de estudo

Este estudo tratou-se de pesquisa descritiva-exploratória, transversal com métodos quantitativos.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa exploratória investiga a natureza complexa do fenômeno, a maneira pelas quais ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele está relacionado, sem envolver a manipulação da variável independente. Implicitamente, faz uso da descrição para explorar. A descrição fornece novas informações ao fenômeno de interesse, enfim, resume o estado do fenômeno, com propósito de observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. O estudo descritivo correlacional geralmente é transversal e foca na compreensão das causas dos comportamentos, condições e situações, ou seja, seu objetivo é descrever a relação entre as variáveis. Os delineamentos transversais são apropriados para descrever a situação, o estado do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, envolvendo a coleta de dados em um ponto do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

## 3.2 Procedimentos éticos

No mês de Maio de 2008, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Divisão de Enfermagem (DE) da instituição para conhecimento e autorização e a seguir foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para aprovação, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a ética da pesquisa em seres humanos. A aprovação foi conferida no mês de Setembro de 2008 (ANEXO B).

Os procedimentos para esclarecimento dos participantes ocorreu por meio de uma abordagem individual onde a pesquisadora informou verbalmente o título da pesquisa, seus objetivos, a população do estudo, os procedimentos para coleta e análise dos dados e a forma de divulgação dos resultados. Destacou que a participação era voluntária, seria mantido o anonimato, não haveria qualquer espécie de ônus, danos e riscos ao mesmo e que durante a pesquisa, qualquer participante

teria o direito de receber esclarecimentos e entrar em contato com a pesquisadora se tivesse perguntas ou dúvidas. Foi esclarecido sobre o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, mesmo que já tivesse assinado o termo, sem quaisquer conseqüências. Destacou que a participação ou a recusa não traria nenhum prejuízo. Ressaltou que as informações seriam trabalhadas de forma confidencial e os resultados obtidos seriam encaminhados para publicação em período especializado e divulgados em eventos científicos da área, contribuindo também com a construção de uma proposta de intervenção na instituição.

O processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido ocorreu após o participante estar suficientemente esclarecido de todos os benefícios e riscos e fornecidas todas as informações pertinentes à pesquisa. Após a informação verbal, o participante recebeu um envelope contendo o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias para leitura.

O participante que concordou com a participação voluntária, assinou o termo de consentimento pós-informação (APÊNDICE A). O mesmo ficou com uma via e a outra entregou para a pesquisadora, dentro do envelope sem identificação para garantir o anonimato.

## 3.3 Local da pesquisa, população e amostra

- Local da Pesquisa:

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, um hospital geral governamental de nível terciário, campo de ensino e pesquisa. Atualmente, a instituição conta com 800 leitos e funciona em dois prédios distintos, um no centro da cidade de Ribeirão Preto para atendimento de Urgências e Emergências, e outro no campus que mantém unidades de internação e ambulatórios especializados.

O estudo foi realizado no hospital do campus. Esta escolha justifica-se por abranger a maioria dos profissionais de enfermagem e uma diversidade de unidades de internação.

As unidades de internação do hospital do campus incluídas neste estudo foram aquelas que prestam assistência à pacientes adultos e idosos com risco para

desenvolvimento da UP durante sua permanência no setor. Para confirmar o tipo de assistência prestada e os pacientes atendidos, a pesquisadora percorreu todas as unidades, durante o mês de Setembro de 2008, para a inclusão adequada de acordo com as condições estabelecidas. Os tipos de unidades incluídas foram: Unidades de Tratamento Cirúrgico, Unidades de Tratamento Clínico, Unidades de Pacientes Críticos, Unidade de Ginecologia (Oncologia) e Unidade de Psiquiatria.

- <u>População</u>:

Em Setembro de 2008, o Departamento de Recursos Humanos do hospital forneceu a listagem de profissionais de enfermagem subordinados à DE e a sua alocação nos serviços de enfermagem do hospital. Considerando as unidades de internação do hospital do campus incluídas para este estudo, os profissionais que não atuavam diretamente na assistência a pacientes adultos e idosos no hospital do campus foram excluídos, assim como aqueles com encargos administrativos. A população de profissionais era de 158 enfermeiros, 49 técnicos e 450 auxiliares de enfermagem.

- <u>Amostra</u>:

A determinação do tamanho ideal da amostra para a pesquisa foi realizada após estudo piloto apenas para a categoria auxiliares/técnicos de enfermagem. Decidiu-se abordar todos os 158 enfermeiros, visto a viabilidade de coleta com o total de sujeitos dessa categoria.

Para determinar o tamanho da amostra para a categoria auxiliares/técnicos de enfermagem, foi realizado sorteio aleatório entre os elementos pertencentes à categoria. Considerou-se o total de 499 auxiliares/técnicos de enfermagem, agrupados em uma só categoria por não haver diferenciação de funções. Com $\alpha = 0,05$ e $\beta = 0,1$ e correção para população finita, a amostra ideal dessa categoria seria composta por 217 técnicos/auxiliares de enfermagem. Considerando as possíveis perdas na coleta de dados, estimadas no piloto para essa categoria (25%), estabeleceu-se que seriam sorteados 289 auxiliares/técnicos de enfermagem.

## 3.4 Procedimentos para coleta e análise dos dados

### 3.4.1 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado composto de duas partes (APÊNDICE B).

A primeira parte do instrumento apresenta 20 itens referentes aos dados demográficos (5 itens), características da formação educacional (4 itens) e estratégias utilizadas para busca de informações pelos participantes (11 itens).

A segunda parte do instrumento é o teste de conhecimento, construído por Pieper e Mott (1995) e a confiabilidade e validade foi relatada no estudo de Pieper e Mattern (1997), com valor de alfa de Cronbach de 0,85. Este teste foi selecionado para mensurar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem e adaptado para o português por Fernandes (2006), resultando em 41 itens referentes à descrição da UP e as recomendações para a prevenção. O conteúdo do teste é proveniente das recomendações de diretrizes para a prevenção da UP e a categorização para este estudo consistiu de 8 itens sobre avaliação e classificação da UP e 33 itens sobre prevenção da UP. A redação de algumas afirmações foi reformulada para este estudo e verificada no estudo piloto, assim como o tempo de preenchimento. Para cada uma das afirmações o participante deveria selecionar uma resposta considerando a opção verdadeiro, falso ou não sei. O escore total do conhecimento foi obtido pela soma ou a porcentagem dos acertos. Os itens não respondidos foram considerados incorretos. O nível de conhecimento do participante era considerado adequado quando este obtivesse 90% ou mais de acertos no teste e o item era considerado como conhecido quando 90% ou mais dos participantes respondessem corretamente.

### 3.4.2 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado para validação do instrumento quanto à sua apresentação e compreensão por profissionais de enfermagem assistenciais e também para mensurar o tempo de preenchimento.

Os profissionais de enfermagem convidados para o estudo piloto prestavam assistência à pacientes adultos e idosos com risco para desenvolvimento da UP e pertenciam a outros hospitais da cidade. Foram excluídos aqueles que pertenciam à população de estudo por também ter vínculo empregatício com o local de pesquisa.

Os participantes do estudo piloto receberam uma carta explicativa sobre o procedimento para avaliação da apresentação e compreensão do instrumento. Para isso, foi orientado o seu preenchimento, marcando o tempo gasto e os itens que não tivessem completo entendimento do enunciado. O espaço para registro das dificuldades encontradas e sugestões era o verso do instrumento, com os itens correspondentes de cada folha.

Dos 17 enfermeiros convidados, todos devolveram o instrumento. Para os 17 auxiliares/técnicos de enfermagem convidados, 13 devolveram o instrumento, com 4 perdas (24%).

Poucos profissionais relataram dificuldade em ler e entender alguns itens. Estes foram revistos quanto à compreensão, conforme as dificuldades encontradas e sugestões. O tempo médio gasto para o preenchimento foi 19 minutos.

Esse estudo piloto permitiu adequar a codificação das respostas e a digitação na planilha para a análise dos dados, além de, calcular o tamanho ideal da amostra para a pesquisa.

### 3.4.3 Procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu nos meses de Janeiro a Março de 2009, incluindo finais de semana e feriados, durante o horário de trabalho ou logo após o plantão do participante (manhã, tarde ou noite). Cada participante foi abordado pessoalmente pela pesquisadora para esclarecimento sobre a pesquisa. Quando consentimento em participar, foram distribuídos dois envelopes para cada participante. O primeiro envelope continha o termo de consentimento livre e esclarecido; o segundo continha o questionário. Após o preenchimento no mesmo plantão, o participante devolvia imediatamente os 2 envelopes sem identificação para a pesquisadora, para garantir o anonimato.

### 3.4.4 Procedimentos para análise dos dados

As informações coletadas foram transcritas dos instrumentos para planilha do aplicativo Microsoft Excel após a codificação. A validação do processo foi feita por dupla digitação. Identificou-se que, de 40916 cédulas digitadas, houve 66 cédulas para correção do erro (0,16%), representando boa qualidade na digitação. Posteriormente, os dados foram exportados para o Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 15.0 para análise quantitativa.

Para atender o primeiro objetivo, as variáveis relacionadas às características sócio-demográficas e educacionais dos membros da equipe de enfermagem e às formas e estratégias utilizadas para atualização e busca de informações científicas, correspondentes aos primeiros 20 itens do instrumento, foram sumarizadas e apresentadas descritivamente por meio de distribuições de frequências, valores absolutos e relativos, valores médios e respectivos desvios-padrão, valores mínimos e máximos. Para a associação entre variáveis referentes às formas e estratégias utilizadas para atualização e busca de informações científicas com a variável categoria profissional ou variável ter cursado pós-graduação, foram utilizados o teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Usou-se o teste exato de Fisher no caso de mais do que 20% das frequências esperadas menores ou iguais a 5. Foram discutidos neste estudo somente os resultados cuja associação foi estatisticamente significante.

Para o segundo objetivo analisar o conhecimento apresentado pelos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a clientes adultos e idosos referente à descrição, classificação e prevenção da UP, os 41 itens do teste de conhecimento foram categorizados em avaliação e classificação da úlcera (8 itens) e medidas de prevenção (33 itens) conforme a sugestão de Pieper e Mott (1995), para que análise de Estatística Descritiva fosse realizada. Para verificação de possíveis diferenças entre os escores médios de porcentagem de acertos no teste de conhecimento entre a categoria profissional, o teste t de “Student” para duas amostras independentes foi aplicado.

Para a discussão dos resultados do teste de conhecimento foi utilizado a visão de Magnan e Maklebust (2009) sobre a relação entre as medidas preventivas e a sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Desta maneira, os 41 itens também foram agrupados em categorias temáticas baseadas nos domínios

abordados nas diretrizes da AHCPR para previsão e prevenção da UP publicadas em 1992:

1. Associação de fatores de risco com a presença de úlcera por pressão e o uso de instrumentos para avaliação de risco (avaliação de risco, identificação dos fatores de risco, inspeção da pele e sua documentação);
2. Ações de cuidados com a pele e medidas precoces;
3. Potencial para fricção e cisalhamento;
4. Redução da carga mecânica e utilização de superfícies de suporte (déficit de mobilidade e atividade, diminuição da percepção sensorial e uso de equipamentos e técnicas);
5. Educação continuada e programa de melhoria de qualidade.

Para responder ao terceiro objetivo, a existência de possíveis correlações entre a porcentagem de acertos do teste de conhecimento dos membros da equipe de enfermagem e as variáveis tempo de serviço e tempo de formação profissional foi analisada por meio do teste de correlação de Pearson para correlação das variáveis quantitativas. O teste paramétrico de Pearson foi utilizado, pois o número de observações consideradas nas correlações foi maior que 30. Foram discutidos neste estudo somente os resultados cuja correlação foi estatisticamente significante.

Para verificação da existência de possíveis diferenças entre a porcentagem média de acertos do teste de conhecimento e as variáveis referentes às características educacionais e às formas e estratégias utilizadas para atualização e busca de informações científicas, foi utilizado o teste t de “Student”

Nos casos onde o teste t de “Student” foi aplicado, a verificação da Normalidade das distribuições, foi verificada segundo o teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov.

Em todos os testes estatísticos, o nível descritivo de significância adotado foi $\alpha = 0,05$. Desta forma, foram considerados estatisticamente significantes os resultados dos testes que apresentaram valor de significância menor a 0,05 ($p < 0,05$).

# 4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com a ordem dos objetivos propostos.

## 4.1 Características sócio-demográficas dos membros da equipe de enfermagem e as estratégias utilizadas para a busca de informações científicas.

A coleta final incluiu 136 (35,2%) enfermeiros (14% de perdas) e 250 (64,8%) auxiliares/técnicos de enfermagem (13% de perdas), totalizando 386 participantes. As perdas na coleta de dados foram menores do que previsto e consistiram de: funcionários em férias, licença saúde, licença maternidade e afastamento médico, transferências de funcionários para setores não incluídos no estudo, aposentadorias ou demissões e recusa em participar da pesquisa

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos participantes da pesquisa segundo as características sócio-demográficas e na Tabela 2, os valores médios e desvios-padrão.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as características sócio-demográficas. Ribeirão Preto, 2009.

| CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | Enfermeiros (n=136) | | Total (n=386) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Idade (anos)** | | | | | | |
| < 30 | 46 | 18,4 | 36 | 26,5 | 82 | 21,2 |
| 30 ├─ 40 | 100 | 40,0 | 40 | 29,4 | 140 | 36,3 |
| 40 ├─ 50 | 74 | 29,6 | 43 | 31,6 | 117 | 30,3 |
| 50 ├─ 60 | 22 | 8,8 | 14 | 10,3 | 36 | 9,3 |
| ≥ 60 | 3 | 1,2 | - | - | 3 | 0,8 |
| Não respondeu | 5 | 2,0 | 3 | 2,2 | 8 | 2,1 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **136** | **100,0** | **386** | **100,0** |
| **Sexo** | | | | | | |
| Feminino | 205 | 82,3 | 124 | 91,2 | 329 | 85,5 |
| Masculino | 44 | 17,7 | 12 | 8,8 | 56 | 14,5 |
| **Total** | **249*** | **100,0** | **136** | **100,0** | **385*** | **100,0** |
| **Tempo de formação profissional (anos)** | | | | | | |
| < 05 | 16 | 6,4 | 12 | 8,8 | 28 | 7,3 |
| 05 ├─ 10 | 70 | 28,0 | 54 | 39,7 | 124 | 32,1 |
| 10 ├─ 15 | 94 | 37,6 | 27 | 19,9 | 121 | 31,3 |
| 15 ├─ 20 | 36 | 14,4 | 19 | 14,0 | 55 | 14,3 |
| 20 ├─ 25 | 13 | 5,2 | 6 | 4,4 | 19 | 4,9 |
| ≥ 25 | 9 | 3,6 | 15 | 11,0 | 24 | 6,2 |
| Não respondeu | 12 | 4,8 | 3 | 2,2 | 15 | 3,9 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **136** | **100,0** | **386** | **100,0** |
| **Tempo de serviço (anos)** | | | | | | |
| < 05 | 72 | 28,8 | 45 | 33,1 | 117 | 30,3 |
| 05 ├─ 10 | 73 | 29,2 | 37 | 27,2 | 110 | 28,5 |
| 10 ├─ 15 | 62 | 24,8 | 14 | 10,3 | 76 | 19,7 |
| 15 ├─ 20 | 16 | 6,4 | 10 | 7,4 | 26 | 6,7 |
| 20 ├─ 25 | 14 | 5,6 | 21 | 15,4 | 35 | 9,1 |
| ≥ 25 | 12 | 4,8 | 9 | 6,6 | 21 | 5,4 |
| Não respondeu | 1 | 0,4 | - | - | 1 | 0,3 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **136** | **100,0** | **386** | **100,0** |
| **Local de trabalho (Tipo da Unidade)** | | | | | | |
| Unidades de Tratamento Clínico | 93 | 37,2 | 54 | 39,7 | 147 | 38,1 |
| Unidades de Tratamento Cirúrgico | 77 | 30,8 | 46 | 33,8 | 123 | 31,9 |
| Unidades de Pacientes Críticos | 43 | 17,2 | 19 | 14,0 | 62 | 16,0 |
| Unidade de Ginecologia (Oncologia) | 24 | 9,6 | 8 | 5,9 | 32 | 8,3 |
| Unidade de Psiquiatria | 13 | 5,2 | 9 | 6,6 | 22 | 5,7 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **136** | **100,0** | **386** | **100,0** |

* considerados somente os participantes que responderam os itens

Tabela 2 – Valores médios e desvios-padrão da idade, tempo de serviço e tempo de formação profissional dos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2009.

| ANOS | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | | | | Enfermeiros (n=136) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | média | mínima | máxima | DP* | f | média | mínima | máxima | DP* |
| Idade | 245 | 38,5 | 23,5 | 65,9 | 8,9 | 133 | 37,8 | 22,1 | 58,3 | 8,9 |
| Tempo de formação profissional | 238 | 11,8 | 1 | 33 | 5,9 | 133 | 12,1 | 2 | 36 | 7,6 |
| Tempo de serviço | 249 | 9,6 | 1 | 36 | 7,1 | 136 | 10,4 | 1 | 32 | 8,5 |

* Desvio-padrão (DP)

Quanto à idade, a maior parte dos profissionais estava na faixa dos 30 a 40 anos. Os auxiliares/técnicos de enfermagem com a média de 38,5 anos (DP 8,9) e os enfermeiros com 37,8 anos (DP 8,9).

Quanto ao sexo, observou-se maior frequência de mulheres (85,5%) nos dois grupos profissionais e na categoria enfermeiros houve associação estatisticamente significante com ser do sexo feminino (p=0,019).

Quanto ao tempo de formação profissional, os enfermeiros tinham maior tempo (média 12,1 e DP 7,6) do que os auxiliares/técnicos de enfermagem (média 11,8 e DP 5,9).

Considerando o tempo de serviço, mais que 50% dos participantes tinham menos de 10 anos de atuação e os enfermeiros atuavam há mais tempo (média 10,4 e DP 8,5).

Os 386 profissionais atuavam em 22 Unidades do Hospital que foram agrupadas por especificidades ou especialidades, sendo a maior percentagem proveniente de Unidades de Tratamento Clínico (38,1%) e a menor percentagem da Unidade de Psiquiatria (5,7%).

Na Tabela 3 é apresentada a distribuição dos enfermeiros considerando a formação no nível pós-graduação.

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação, o ano de conclusão e a área. Ribeirão Preto, 2009.

| TITULAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO | Especialização | | Mestrado | | Doutorado | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Ter titulação de pós-graduação** | | | | | | |
| Sim | 83 | 61,0 | 11 | 8,1 | 2 | 1,5 |
| Não | 53 | 39,0 | 125 | 91,9 | 132 | 97,1 |
| Não respondeu | - | - | - | - | 2 | 1,5 |
| **Total** | **136** | **100,0** | **136** | **100,0** | **136** | **100,0** |
| **Ano de conclusão da Especialização*** | | | | | | |
| < 1990 | 2 | 2,4 | - | - | - | - |
| 1990 ├─ 2000 | 5 | 5,9 | - | - | - | - |
| 2000 ├─ 2005 | 38 | 44,6 | - | - | - | - |
| 2005 ├─ 2009 | 40 | 47,1 | - | - | - | - |
| **Total** | **85** | **100,0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Área da Especialização**** | | | | | | |
| Médico-Cirúrgica | 51 | 56,7 | - | - | - | - |
| Educação | 9 | 10,0 | - | - | - | - |
| Obstetrícia e/ou Neonatologia | 9 | 10,0 | - | - | - | - |
| Saúde Mental e/ou Psiquiatria | 7 | 7,8 | - | - | - | - |
| Saúde Pública | 6 | 6,7 | - | - | - | - |
| Administração | 4 | 4,4 | - | - | - | - |
| Saúde do Trabalhador | 3 | 3,3 | - | - | - | - |
| Pediatria | 1 | 1,1 | - | - | - | - |
| **Total** | **90** | **100,0** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **Ano de conclusão do Mestrado***** | | | | | | |
| 2004 | - | - | 2 | 20,0 | - | - |
| 2005 | - | - | 2 | 20,0 | - | - |
| 2006 | - | - | 1 | 10,0 | - | - |
| 2007 | - | - | 3 | 30,0 | - | - |
| 2008 | - | - | 2 | 20,0 | - | - |
| **Total** | **-** | **-** | **10** | **100,0** | **-** | **-** |

* 74 enfermeiros responderam o ano de conclusão de 85 especializações
** 79 enfermeiros responderam a área de 90 títulos de Especialistas
*** 10 enfermeiros responderam o ano de conclusão do Mestrado

Dos 136 enfermeiros participantes da pesquisa, 83 (61%) tinham pelo menos um curso de Especialização, 11 (8,1%) eram Mestres em Enfermagem e somente 2 (1,5%) eram Doutores.

Dos 83 enfermeiros que afirmaram ter Especialização, 74 (89,2%) descreveram 85 respostas em relação ao ano de conclusão, das quais 40 (47,1%) foram concluídas de 2005 a 2008 e 38 (44,6%) foram concluídas de 2000 a 2004.

Quanto aos tipos de Especialidades encontrou-se a maior frequência de cursos na área Médico-cirúrgica (56,7%) como Oncologia, Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Urgência e Emergência, Enfermagem em Infectologia, Enfermagem em Cardiologia, Terapia Intensiva, Nefrologia, Hematologia, Dermatologia e Enfermagem em Clínica Médica.

Quanto aos enfermeiros com Mestrado, todos obtiveram o título nos

últimos 5 anos. Quando ao seu local de trabalho, 5 (45,5%) atuavam em Unidades de Tratamento Clínico, 3 (27,3%) em Unidades de Tratamento Cirúrgico e os outros 3 em Unidades de Pacientes Críticos (9,1%), Ginecologia (9,1%) e Psiquiatria (9,1%).

Identificou-se que 10 (4,1%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 62 (46,6%) dos enfermeiros afirmaram ter participado em atividades de pesquisa durante a formação profissional.

Dos 62 enfermeiros que afirmaram a participação em atividades relacionadas à pesquisa durante a formação profissional, 55 (88,7%) descreveram 60 respostas em relação ao tipo de atividade desenvolvida, das quais 25 (41,7%) eram atividades de iniciação científica e 15 (25,0%) eram trabalhos de conclusão de curso.

Dos 10 auxiliares/técnicos de enfermagem que afirmaram a participação em atividades relacionadas à pesquisa durante a formação profissional, 4 descreveram que a atividade relacionava-se aos trabalhos de conclusão de curso, 5 não descreveram e 1 (um) não foi considerado.

O teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre participação em atividades relacionadas à pesquisa durante a formação profissional e ser enfermeiro (p=0,000).

Na Tabela 4 é apresenta a distribuição dos participantes da pesquisa segundo as formas utilizadas para atualização profissional e as categorias auxiliares/técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as formas utilizadas para atualização. Ribeirão Preto, 2009.

| FORMAS UTILIZADAS PARA ATUALIZAÇÃO | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | Enfermeiros (n=136) | | Total (n=386) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Participação em eventos científicos** | | | | | | |
| Sim | 73 | 29,6 | 107 | 79,3 | 180 | 47,1 |
| Não | 174 | 70,4 | 28 | 20,7 | 202 | 52,9 |
| **Total** | **247*** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **382*** | **100,0** |
| **Participação em comissões ou grupos de estudo da instituição** | | | | | | |
| Sim | 24 | 9,9 | 58 | 42,6 | 82 | 21,7 |
| Não | 218 | 90,1 | 78 | 57,4 | 296 | 78,3 |
| **Total** | **242*** | **100,0** | **136** | **100,0** | **378*** | **100,0** |
| **Participação em atividades educacionais da instituição** | | | | | | |
| Sim | 176 | 70,7 | 123 | 91,1 | 299 | 77,9 |
| Não | 73 | 29,3 | 12 | 8,9 | 85 | 22,1 |
| **Total** | **249*** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **384*** | **100,0** |
| **Assinatura de revistas científicas** | | | | | | |
| Sim | 2 | 0,8 | 18 | 13,3 | 20 | 5,2 |
| Não | 248 | 99,2 | 117 | 86,7 | 365 | 94,8 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **385*** | **100,0** |
| **Leitura de publicações científicas** | | | | | | |
| Sim | 120 | 48,0 | 97 | 71,9 | 217 | 56,4 |
| Não | 130 | 52,0 | 38 | 28,1 | 168 | 43,6 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **385*** | **100,0** |
| **Utilização da biblioteca para busca de informações científicas** | | | | | | |
| Sim | 45 | 18,3 | 56 | 41,5 | 101 | 26,5 |
| Não | 201 | 81,7 | 79 | 58,5 | 280 | 73,5 |
| **Total** | **246*** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **381*** | **100,0** |
| **Utilização da internet para busca de informações científicas** | | | | | | |
| Sim | 96 | 38,7 | 104 | 77,6 | 200 | 52,4 |
| Não | 152 | 61,3 | 30 | 22,4 | 184 | 47,6 |
| **Total** | **248*** | **100,0** | **134*** | **100,0** | **382*** | **100,0** |

* considerados somente os participantes que responderam os itens

Somente 29,6% dos auxiliares/técnicos de enfermagem participavam de eventos científicos. Na categoria dos enfermeiros 79,3%, o teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre a participação em eventos científicos e a categoria enfermeiro (p=0,000)

Quanto à participação em comissões ou grupos de estudos também os enfermeiros tiveram mais participação (42,6%) do que auxiliares/técnicos de enfermagem (9,9%), o teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre participação em comissões ou grupos de estudo da instituição e categoria enfermeiro (p=0,000).

O mesmo ocorreu considerando as atividades educacionais promovidas pela instituição. A porcentagem de participação entre a categoria enfermeiros foi 91,1% e na categoria auxiliares/técnicos de enfermagem foi 70,7%. O teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre participação em atividades educacionais da instituição e categoria enfermeiro (p=0,000).

Quanto à assinatura de revistas científicas menos de 1% dos auxiliares/técnicos de enfermagem responderam afirmativamente e somente 13,3% dos enfermeiros, sendo a Revista Nursing a de maior frequência (42,8%) seguida da Revista Latino-Americana de Enfermagem (14,3%) e Acta Paulista de Enfermagem (14,3%). O teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre assinatura de revistas científicas e ser enfermeiro (p=0,000).

Já a leitura de publicações científicas foi uma atividade realizada com maior frequência por ambas as categorias profissionais, pois 48% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 71,9% dos enfermeiros afirmaram realizar tal forma de atualização. O teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre leitura de publicações científicas e ser enfermeiro (p=0,000).

A utilização da biblioteca foi uma atividade realizada por somente 26,5% dos participantes sendo mais frequente na categoria dos enfermeiros (41,5%) do que para os auxiliares/técnicos de enfermagem (18,3%). O teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre utilização da biblioteca para busca de informações científicas e categoria profissional de enfermeiros (p=0,000).

Quanto à utilização da internet para a busca de informações científicas observou-se que 52,4% dos participantes responderam afirmativamente, sendo também a atividade realizada com maior frequência pelos enfermeiros (77,6%) do que pelos enfermeiros (77,6%) do que pelos auxiliares/técnicos de enfermagem

(38,7%). O teste Qui-quadrado mostrou associação estatisticamente significante entre utilização da internet para busca de informações científicas e categoria profissional de enfermeiros (p=0,000).

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição de respostas dos participantes segundo o tipo de “site” acessado.

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos participantes da pesquisa que afirmaram a utilização da “internet” segundo o tipo de “site” acessado. Ribeirão Preto, 2009.

| TIPO DE “SITE" ACESSADO | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=96) | | Enfermeiros (n=104) | | Total (n=200) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| Base de dados bibliográficos | 20 | 24,4 | 54 | 42,2 | 74 | 35,2 |
| Sites de busca | 35 | 42,7 | 25 | 19,5 | 60 | 28,6 |
| Biblioteca virtual em saúde | 12 | 14,7 | 20 | 15,6 | 32 | 15,2 |
| Sites do governo | 5 | 6,1 | 7 | 5,4 | 12 | 5,7 |
| Sites de revistas científicas | - | - | 4 | 3,1 | 4 | 1,9 |
| Sites de universidades | - | - | 4 | 3,1 | 4 | 1,9 |
| Sites relacionais à saúde (geral) | 3 | 3,7 | 1 | 0,8 | 4 | 1,9 |
| Enciclopédia virtual | 1 | 1,2 | 2 | 1,6 | 3 | 1,4 |
| Sites de enfermagem | 1 | 1,2 | 2 | 1,6 | 3 | 1,4 |
| Sites de hospitais | 2 | 2,4 | 1 | 0,8 | 3 | 1,4 |
| Sites médicos | - | - | 3 | 2,3 | 3 | 1,4 |
| Associação de especialistas | - | - | 2 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Sites de órgãos de fomento | - | - | 2 | 1,6 | 2 | 1,0 |
| Associação Brasileira de Normas Técnicas | 1 | 1,2 | - | - | 1 | 0,5 |
| Sites de canal de TV | 1 | 1,2 | - | - | 1 | 0,5 |
| Sites de feridas | - | - | 1 | 0,8 | 1 | 0,5 |
| Sites jurídicos | 1 | 1,2 | - | - | 1 | 0,5 |
| **Total** | **82** | **100,0** | **128** | **100,0** | **210** | **100,0** |

Dos 200 participantes que afirmaram a utilização da “internet”, 131 (65,5%) descreveram 210 respostas em relação ao “site” acessado, das quais 74 (35,2%) eram bases de dados, 60 (28,6%) eram sites de busca e 32 (15,2%) eram bibliotecas virtuais em saúde.

Na Tabela 6 é apresentada a distribuição dos participantes segundo o uso das estratégias interativas para a busca de informações científicas.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a interação com outras pessoas para a busca de informações científicas. Ribeirão Preto, 2009.

| INTERAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS PARA A BUSCA DE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | Enfermeiros (n=136) | | Total (n=386) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| **Busca de informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem da instituição** | | | | | | |
| Sim | 156 | 62,7 | 112 | 82,4 | 268 | 69,6 |
| Não | 93 | 37,3 | 24 | 17,6 | 117 | 30,4 |
| **Total** | **249*** | **100,0** | **136** | **100,0** | **385*** | **100,0** |
| **Busca de informações científicas com outros profissionais de saúde da instituição** | | | | | | |
| Sim | 148 | 59,9 | 105 | 77,8 | 253 | 66,2 |
| Não | 99 | 40,1 | 30 | 22,2 | 129 | 33,8 |
| **Total** | **247*** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **382*** | **100,0** |
| **Busca de informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de fora da instituição** | | | | | | |
| Sim | 101 | 40,9 | 71 | 52,2 | 172 | 44,9 |
| Não | 146 | 59,1 | 65 | 47,8 | 211 | 55,1 |
| **Total** | **247*** | **100,0** | **136** | **100,0** | **383*** | **100,0** |

* considerados somente os participantes que responderam os itens

Identificou-se que participantes de ambas as categorias utilizavam a estratégia de buscar informações com outros membros da equipe de enfermagem, entretanto os enfermeiros a utilizavam com maior frequência (82,4%) em comparação com os auxiliares/técnicos de enfermagem (62,7%), sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,000).

Quanto à busca de informações científicas com outros profissionais de saúde da própria instituição, também na categoria de enfermeiros a estratégia é utilizada com maior frequência (77,8%) do que na categoria auxiliares/técnicos de enfermagem (59,9%), com diferença estatisticamente significante entre as categorias (p=0,000).

A estratégia de buscar informações científicas com outros profissionais da área de enfermagem de fora da instituição é menos utilizada do que as estratégias anteriores e os enfermeiros também a utilizavam com maior frequência (52,2%) do que os auxiliares/técnicos de enfermagem (40,9%) sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,033).

Profissionais das duas categorias profissionais percebiam que utilizavam

os resultados de pesquisas na sua prática profissional, com 72,2% dos enfermeiros apresentando respostas afirmativas comparadas com 62,9% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, não havendo diferença estatisticamente significante entre os dois grupos (p=0,068).

Nas Tabelas 7 a 9 são apresentados as distribuições dos participantes enfermeiros considerando a titulação no nível de pós-graduação (Especialização ou Mestrado) e as formas utilizadas para atualização profissional, interação com outras pessoas para a busca de informações científicas e percepção do uso dos resultados da pesquisa na prática profissional.

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação e as formas utilizadas para atualização. Ribeirão Preto, 2009.

| FORMAS UTILIZADAS PARA ATUALIZAÇÃO | Enfermeiros com Especialização | | | | | | Enfermeiros com Mestrado | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | sim (n=83) | | não (n=53) | | Total (n=136) | | sim (n=11) | | não (n=125) | | Total (n=136) | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| **Assinatura de revistas científicas** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 14 | 17,1 | 4 | 7,5 | 18 | 13,3 | 5 | 4,5 | 13 | 10,5 | 18 | 13,3 |
| Não | 68 | 82,9 | 49 | 92,5 | 117 | 86,7 | 6 | 54,5 | 111 | 89,5 | 117 | 86,7 |
| **Total** | **82*** | **100,0** | **53** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **11** | **100,0** | **124*** | **100,0** | **135*** | **100,0** |
| **Leitura de publicações científicas** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 62 | 75,6 | 35 | 66,0 | 97 | 71,9 | 11 | 100,0 | 86 | 69,4 | 97 | 71,9 |
| Não | 20 | 24,4 | 18 | 34,0 | 38 | 28,1 | - | - | 38 | 30,6 | 38 | 28,1 |
| **Total** | **82*** | **100,0** | **53** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **11** | **100,0** | **124*** | **100,0** | **135*** | **100,0** |
| **Utilização da biblioteca para busca de informações científicas** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 36 | 43,9 | 20 | 37,7 | 56 | 41,5 | 9 | 81,8 | 47 | 37,9 | 56 | 41,5 |
| Não | 46 | 56,1 | 33 | 62,3 | 79 | 58,5 | 2 | 18,2 | 77 | 62,1 | 79 | 58,5 |
| **Total** | **82*** | **100,0** | **53** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **11** | **100,0** | **124*** | **100,0** | **135*** | **100,0** |
| **Utilização da internet para busca de informações científicas** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 68 | 84,0 | 36 | 67,9 | 104 | 77,6 | 11 | 100,0 | 93 | 75,6 | 104 | 77,6 |
| Não | 13 | 16,0 | 17 | 32,1 | 30 | 22,4 | - | - | 30 | 24,4 | 30 | 22,4 |
| **Total** | **81*** | **100,0** | **53** | **100,0** | **134*** | **100,0** | **11** | **100,0** | **123*** | **100,0** | **134*** | **100,0** |

* considerados somente os enfermeiros que responderam os itens

Identificou-se que não houve associação estatisticamente significante entre a variável assinatura de revistas científicas e o enfermeiro ter Especialização (p=0,112) ou ter Mestrado (p=1,000).

Já na variável leitura de publicações científicas, observou-se que 75,6% dos enfermeiros com Especialização comparados com 66% sem Especialização utilizavam esta estratégia, não havendo diferença estatisticamente significante (p=0,227). Considerando o Mestrado, 100% dos enfermeiros com Mestrado utilizavam e 69,4% sem Mestrado com diferença estatisticamente significante (p=0,034).

Quanto ao uso da biblioteca para a busca de informações científicas, a estratégia foi utilizada por 43,9% dos enfermeiros com Especialização e por 37,7% dos enfermeiros sem Especialização, não havendo diferença estatisticamente significante (p=0,478). Os enfermeiros com Mestrado também utilizaram a estratégia com maior frequência (81,8%) do que os enfermeiros sem Mestrado (37,9%). O teste estatístico mostrou que a diferença foi estatisticamente significante (p=0,004).

A utilização da internet para busca de informações científicas foi estratégia adotada com grande frequência pela categoria dos enfermeiros, sendo utilizada por 84% dos que tinham Especialização e por 67,9% dos que não tinham, com diferença estatisticamente significante (p=0,03). Quanto ao Mestrado, a estratégia foi utilizada por 100% dos enfermeiros com Mestrado e por 75,6% sem Mestrado. O teste estatístico não identificou diferença significante (p=0,123).

Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação e a interação com outras pessoas para a busca de informações científicas. Ribeirão Preto, 2009.

| INTERAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS PARA A BUSCA DE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS | Enfermeiros com Especialização | | | | | | Enfermeiros com Mestrado | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | sim (n=83) | | não (n=53) | | Total (n=136) | | sim (n=11) | | não (n=125) | | Total (n=136) | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| **Busca de informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem da instituição** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 68 | 81,9 | 44 | 83,0 | 112 | 82,4 | 7 | 63,6 | 105 | 84,0 | 112 | 82,4 |
| Não | 15 | 18,1 | 9 | 17,0 | 24 | 17,6 | 4 | 36,4 | 20 | 16,0 | 24 | 17,6 |
| **Total** | **83** | **100,0** | **53** | **100,0** | **136** | **100,0** | **11** | **100,0** | **125** | **100,0** | **136** | **100,0** |
| **Busca de informações científicas com outros profissionais de saúde da instituição** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 65 | 78,3 | 40 | 76,9 | 105 | 77,8 | 9 | 81,8 | 96 | 77,4 | 105 | 77,8 |
| Não | 18 | 21,7 | 12 | 23,1 | 30 | 22,2 | 2 | 18,2 | 28 | 22,6 | 30 | 22,2 |
| **Total** | **83** | **100,0** | **52*** | **100,0** | **135*** | **100,0** | **11** | **100,0** | **124*** | **100,0** | **135*** | **100,0** |
| **Busca de informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de fora da instituição** | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 46 | 55,4 | 25 | 47,2 | 71 | 52,2 | 9 | 81,8 | 62 | 19,6 | 71 | 52,2 |
| Não | 37 | 44,6 | 28 | 52,8 | 65 | 47,8 | 2 | 18,2 | 63 | 50,4 | 65 | 47,8 |
| **Total** | **83** | **100,0** | **53** | **100,0** | **136** | **100,0** | **11** | **100,0** | **125** | **100,0** | **136** | **100,0** |

* considerados somente os enfermeiros que responderam os itens

Considerando a estratégia de interação com outros membros da equipe de enfermagem para a busca de informações científicas não houve diferença no uso desta prática para os enfermeiros com Especialização ou sem Especialização com ambos utilizando-a com frequência (p=0,871).

O mesmo ocorreu para a busca de informações científicas com outros profissionais de saúde, não tendo sido encontrado diferença entre os que têm ou não um curso de Especialização, com ambos os grupos utilizando a estratégia com frequência entre 76,9% e 78,3% (p=0,850).

Entretanto, a estratégia de busca de informações científicas com membros da equipe de enfermagem de fora da instituição não foi identificada como prática comum sendo utilizada por 55,4% dos enfermeiros com Especialização e 47,2% dos enfermeiros sem Especialização, sem diferença estatística (p=0,347).

A análise das mesmas variáveis considerando enfermeiros com Mestrado e sem Mestrado identificou que a busca de informações com outros membros da equipe de enfermagem da própria instituição foi citada com maior frequência por enfermeiros sem Mestrado (84%) do que com Mestrado (63,6%), entretanto a diferença não foi estatisticamente significante (p=1,000).

Também quanto à estratégia de busca de informações com outros profissionais de saúde da própria instituição, não houve diferença entre os enfermeiros com e sem Mestrado (p=1,000).

Observou-se, entretanto que os enfermeiros com Mestrado afirmaram utilizar com maior frequência a estratégia de buscar informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de fora da instituição onde atua profissionalmente. A diferença foi estatisticamente significante (p=0,040).

Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo a titulação de pós-graduação e a percepção da utilização dos resultados de pesquisas na prática profissional. Ribeirão Preto, 2009.

| **PERCEPÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS DE PESQUISAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL** | **Enfermeiros com Especialização** | | | | | | **Enfermeiros com Mestrado** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **sim (n=83)** | | **não (n=53)** | | **Total (n=136)** | | **sim (n=11)** | | **não (n=125)** | | **Total (n=136)** | |
| | **f** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** |
| Sim | 61 | 76,3 | 35 | 66,0 | 96 | 72,2 | 11 | 100,0 | 85 | 69,7 | 96 | 72,2 |
| Não | 19 | 23,7 | 18 | 34,0 | 37 | 27,8 | - | - | 37 | 30,3 | 37 | 27,8 |
| **Total** | **80*** | **100,0** | **53** | **100,0** | **133*** | **100,0** | **11** | **100,0** | **122*** | **100,0** | **133*** | **100,0** |

* considerados somente os enfermeiros que responderam os itens

Identificou-se que enfermeiros com Especialização afirmaram com maior frequência ter a percepção da utilização da pesquisa na prática (76,3%) do que os enfermeiros sem Especialização (66%), porém a diferença não foi estatisticamente significante (p=0,198). Já para a variável enfermeiros com Mestrado, houve diferença estatisticamente significante (p=0,034), quando 100% dos participantes do Mestrado afirmaram que utilizavam os resultados de pesquisas comparados com 69,7% dos enfermeiros sem Mestrado.

## 4.2 Conhecimento apresentado pelos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a clientes adultos e idosos referente à descrição, classificação e prevenção da úlcera por pressão.

Nas Tabelas 10 a 12 são apresentados os resultados da pesquisa considerando as porcentagens e índices de acertos dos participantes no teste de conhecimento.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes no teste de conhecimento segundo a porcentagem de acertos. Ribeirão Preto, 2009.

| PORCENTAGEM DE ACERTOS | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | Enfermeiros (n=136) | | Total (n=386) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | % | f | % | f | % |
| < 50 | 2 | 0,8 | 1 | 0,7 | 3 | 0,8 |
| 50 ├─ 60 | 10 | 4,0 | 1 | 0,7 | 11 | 2,9 |
| 60 ├─ 70 | 63 | 25,2 | 15 | 11,0 | 78 | 20,2 |
| 70 ├─ 80 | 117 | 46,8 | 48 | 35,3 | 165 | 42,7 |
| 80 ├─ 90 | 54 | 21,6 | 55 | 40,5 | 109 | 28,2 |
| ≥ 90 | 4 | 1,6 | 16 | 11,8 | 20 | 5,2 |
| **Total** | **250** | **100,0** | **136** | **100,0** | **386** | **100,0** |

Obs.: 1 enfermeiro acertou 100% dos itens do teste de conhecimento

Os enfermeiros acertaram em média 79,4% (DP 8,3) dos itens do teste e os auxiliares/técnicos de enfermagem 73,6% (DP 9,8). O teste t de “Student” encontrou que a diferença foi estatisticamente significante (p=0,000).

Individualmente, identificou-se que 92 (23,9%) dos participantes apresentaram porcentagens de acertos menores do que 70%, demonstrando falhas de conhecimento nos itens abordados no teste. Na categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem, 26,0% acertaram menos que 70% dos itens e na categoria dos enfermeiros 12,4%.

Na Tabela 11, observa-se que nos itens referentes à avaliação e classificação da UP em 3 itens (6,20 e 38) os participantes das categorias profissionais obtiveram acertos menores do que 60%, sendo que em uma (38) os auxiliares/técnicos de enfermagem obtiveram maior porcentagem de acertos (57,6%) do que os enfermeiros (54,4%).

Tabela 11 – Distribuição dos índices de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo os itens sobre a avaliação e classificação da úlcera por pressão. Ribeirão Preto, 2009.

| AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO | | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | Enfermeiros (n=136) | | Total (n=386) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | f | % | f | % | f | % |
| 1 | O estágio I da úlcera por pressão é definido como pele intacta, com hiperemia de uma área localizada, a qual não apresenta embranquecimento visível ou a cor difere da área ao redor. (V) | 198 | 79,2 | 113 | 83,1 | 311 | 80,6 |
| 6 | Uma úlcera por pressão em estágio III é uma perda parcial de pele, envolvendo a epiderme. (F) | 75 | 30,0 | 68 | 50,0 | 143 | 37,0 |
| 9 | As úlceras por pressão, no estágio IV, apresentam perda total de pele com intensa destruição e necrose tissular ou danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte. (V) | 212 | 84,8 | 128 | 94,1 | 340 | 88,1 |
| 20 | As úlceras por pressão no estágio II apresentam uma perda de pele em sua espessura total. (F) | 70 | 28,0 | 44 | 32,4 | 114 | 29,5 |
| 31 | As úlceras por pressão são feridas estéreis. (F) | 210 | 84,0 | 112 | 82,4 | 322 | 83,4 |
| 32 | Uma região da pele com cicatriz de úlcera por pressão poderá ser lesada mais rapidamente do que a pele íntegra. (V) | 199 | 79,6 | 114 | 83,8 | 313 | 81,1 |
| 33 | Uma bolha na região do calcâneo não deve ser motivo para preocupação. (F) | 228 | 91,2 | 125 | 91,9 | 353 | 91,5 |
| 38 | As úlceras por pressão de estágio II podem ser extremamente doloridas, em decorrência da exposição das terminações nervosas. (V) | 144 | 57,6 | 74 | 54,4 | 218 | 56,5 |

V=verdadeiro
F=falso

Tabela 12 – Distribuição dos índices de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo os itens sobre a prevenção da úlcera por pressão. Ribeirão Preto, 2009.

| PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO | | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | Enfermeiros (n=136) | | Total (n=386) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | f | % | f | % | f | % |
| 2 | Os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão são: imobilidade, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível de consciência. (V) | 211 | 84,4 | 123 | 90,4 | 334 | 86,5 |
| 3 | Todos os pacientes em risco para úlcera por pressão devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por semana. (F) | 138 | 55,2 | 85 | 62,5 | 223 | 57,8 |
| 4 | O uso de água quente e sabonete podem ressecar a pele e aumentar o risco para úlcera por pressão. (V) | 121 | 48,4 | 77 | 56,6 | 198 | 51,3 |
| 5 | É importante massagear as regiões das proeminências ósseas, se estiverem hiperemiadas. (F) | 78 | 31,2 | 75 | 55,1 | 153 | 39,6 |
| 7 | Todos os pacientes devem ser avaliados na sua admissão no hospital quanto ao risco para desenvolvimento de úlcera por pressão. (V) | 228 | 91,2 | 131 | 96,3 | 359 | 93,0 |
| 8 | Os cremes, curativos transparentes e curativos de hidrocolóides extrafinos auxiliam na proteção da pele contra os efeitos da fricção. (V) | 231 | 92,4 | 124 | 91,2 | 355 | 92,0 |
| 10 | Uma ingestão dietética adequada de proteínas e calorias deve ser mantida durante a doença/hospitalização. (V) | 225 | 90,0 | 131 | 96,3 | 356 | 92,2 |
| 11 | Os pacientes que ficam restritos ao leito devem ser reposicionados a cada 3 horas. (F) | 150 | 60,0 | 97 | 71,3 | 247 | 64,0 |
| 12 | Uma escala com horários para mudança de decúbito deve ser utilizada para cada paciente com presença ou em risco para úlcera por pressão. (V) | 219 | 87,6 | 128 | 94,1 | 347 | 89,9 |
| 13 | As luvas d'água ou de ar aliviam a pressão nos calcâneos. (F) | 94 | 37,6 | 91 | 66,9 | 185 | 47,9 |
| 14 | As almofadas tipo rodas d'água ou de ar auxiliam na prevenção de úlcera por pressão. (F) | 65 | 26,0 | 71 | 52,2 | 136 | 35,2 |
| 15 | Na posição em decúbito lateral, o paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco para a mesma deve ficar em ângulo de 30 graus em relação ao colchão do leito. (V) | 94 | 37,6 | 50 | 36,8 | 144 | 37,3 |
| 16 | No paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco para a mesma, a cabeceira da cama não deve ser elevada em ângulo maior do que 30 graus, se não houver contra-indicação médica. (V) | 68 | 27,2 | 39 | 28,7 | 107 | 27,7 |
| 17 | O paciente que não se movimenta sozinho deve ser reposicionado a cada 2 horas, quando sentado na cadeira. (F) | 72 | 28,8 | 36 | 26,5 | 108 | 28,0 |
| 18 | O paciente com mobilidade limitada e que pode mudar a posição do corpo sem ajuda, deve ser orientado a realizar o alívio da pressão, a cada 15 minutos, enquanto estiver sentado na cadeira. (V) | 154 | 61,6 | 99 | 72,8 | 253 | 65,5 |
| 19 | O paciente com mobilidade limitada e que pode permanecer na cadeira, deve ter uma almofada no assento para proteção da região das proeminências ósseas. (V) | 230 | 92,0 | 122 | 89,7 | 352 | 91,2 |

continua...

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | A pele do paciente em risco para úlcera por pressão deve permanecer limpa e livre de umidade. (V) | 245 | 98,0 | 134 | 98,5 | 379 | 98,2 |
| 22 | As medidas para prevenir novas lesões não necessitam ser adotadas continuamente quando o paciente já possui úlcera por pressão. (F) | 227 | 90,8 | 131 | 96,3 | 358 | 92,7 |
| 23 | Os lençóis móveis ou forros devem ser utilizados para transferir ou movimentar pacientes que não se movimentam sozinhos. (V) | 242 | 96,8 | 131 | 96,3 | 373 | 96,6 |
| 24 | A mobilização e a transferência de pacientes que não se movimentam sozinhos devem ser sempre realizadas por duas ou mais pessoas. (V) | 248 | 99,2 | 130 | 95,6 | 378 | 97,9 |
| 25 | No paciente com condição crônica que não se movimenta sozinho, a reabilitação deve ser iniciada e incluir orientações sobre a prevenção e tratamento da úlcera por pressão. (V) | 226 | 90,4 | 131 | 96,3 | 357 | 92,5 |
| 26 | Todo paciente que não deambula deve ser submetido à avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. (V) | 246 | 98,4 | 135 | 99,3 | 381 | 98,7 |
| 27 | Os pacientes e familiares devem ser orientados quanto às causas e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. (V) | 247 | 98,8 | 133 | 97,8 | 380 | 98,4 |
| 28 | As regiões das proeminências ósseas podem ficar em contato direto uma com a outra. (F) | 235 | 94,0 | 130 | 95,6 | 365 | 94,6 |
| 29 | Todo paciente em risco para desenvolver úlcera por pressão, deve ter um colchão que redistribua a pressão. (V) | 218 | 87,2 | 123 | 90,4 | 341 | 88,3 |
| 30 | A pele, quando macerada pela umidade, danifica-se mais facilmente. (V) | 230 | 92,0 | 130 | 95,6 | 360 | 93,3 |
| 34 | Uma boa maneira de diminuir a pressão na região dos calcâneos é mantê-los elevados do leito. (V) | 224 | 89,6 | 124 | 91,2 | 348 | 90,2 |
| 35 | Todo cuidado para prevenir ou tratar úlceras por pressão não precisa ser registrado. (F) | 237 | 94,8 | 131 | 96,3 | 368 | 95,3 |
| 36 | Cisalhamento é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície e o corpo desliza. (V) | 77 | 30,8 | 98 | 72,1 | 175 | 45,3 |
| 37 | A fricção pode ocorrer ao movimentar-se o paciente sobre o leito. (V) | 224 | 89,6 | 129 | 94,9 | 353 | 91,5 |
| 39 | No paciente com incontinência, a pele deve ser limpa no momento das eliminações e nos intervalos de rotina. (V) | 230 | 92,0 | 120 | 88,2 | 350 | 90,7 |
| 40 | O desenvolvimento de programas educacionais na instituição pode reduzir a incidência de úlcera por pressão. (V) | 246 | 98,4 | 135 | 99,3 | 381 | 98,7 |
| 41 | Os pacientes hospitalizados necessitam ser avaliados quanto ao risco para úlcera por pressão uma única vez durante sua internação. (F) | 226 | 90,4 | 127 | 93,4 | 353 | 91,5 |

conclusão...

V=verdadeiro
F=falso

Na Tabela 12 identifica-se que dos 33 itens do teste referentes à prevenção da UP em 22 (66,7%) os participantes tiveram mais do que 70% de acertos. Em 7 itens, o índice de acertos foi menor que 50%. Os aspectos com menor acerto pelos dois grupos de profissionais foram referentes ao uso da massagem (39,6%), rodas d'água ou de ar (35,2%), luvas d'água ou ar (47,9%) e ao posicionamento do paciente quanto elevação da cabeceira do leito (27,7%), quanto

ao período de tempo para reposicionamento quando sentado na cadeira (28%) e decúbito lateral (37,3%).

## 4.3 Relacionamento entre os escores de conhecimento e as variáveis sócio-demográficas e as estratégias de busca de informações utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem.

Na Tabela 13 a 17 são apresentados os resultados referentes ao terceiro objetivo da pesquisa.

Tabela 13 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo o tempo de serviço e tempo de formação profissional. Ribeirão Preto, 2009.

| PORCENTAGEM DE ACERTOS | Auxiliares/técnicos de enfermagem (n=250) | | | | | Enfermeiros (n=136) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | f | média | mínima | máxima | DP | f | média | mínima | máxima | DP |
| **Tempo de serviço (anos)** | | | | | | | | | | |
| < 05 | 72 | 74,0 | 54 | 90 | 7,8 | 45 | 79,7 | 54 | 95 | 8,5 |
| 05 ├─ 10 | 73 | 74,9 | 49 | 98 | 9,0 | 37 | 81,6 | 63 | 95 | 6,8 |
| 10 ├─ 15 | 62 | 72,0 | 51 | 90 | 8,6 | 14 | 77,2 | 66 | 100 | 10,2 |
| 15 ├─ 20 | 16 | 73,8 | 66 | 88 | 6,3 | 10 | 76,3 | 66 | 85 | 5,9 |
| 20 ├─ 25 | 14 | 73,5 | 59 | 95 | 9,4 | 21 | 75,7 | 17 | 95 | 15,8 |
| ≥ 25 | 12 | 70,7 | 63 | 78 | 4,7 | 9 | 84,8 | 73 | 98 | 7,5 |
| **Total** | **249*** | **73,6** | **49** | **98** | **8,3** | **136** | **79,4** | **17** | **100** | **9,8** |
| **Tempo de formação profissional (anos)** | | | | | | | | | | |
| < 05 | 16 | 76,2 | 66 | 90 | 7,4 | 12 | 83,9 | 71 | 95 | 7,3 |
| 05 ├─ 10 | 70 | 75,4 | 54 | 98 | 7,6 | 54 | 80,5 | 68 | 98 | 6,6 |
| 10 ├─ 15 | 94 | 72,5 | 49 | 88 | 9,2 | 27 | 78,7 | 63 | 93 | 8,7 |
| 15 ├─ 20 | 36 | 73,4 | 61 | 95 | 8,4 | 19 | 76,6 | 17 | 100 | 16,8 |
| 20 ├─ 25 | 13 | 70,4 | 59 | 80 | 7,0 | 6 | 82,1 | 73 | 95 | 9,0 |
| ≥ 25 | 9 | 70,2 | 63 | 76 | 4,5 | 15 | 77,2 | 63 | 93 | 9,0 |
| **Total** | **238*** | **73,5** | **49** | **98** | **8,4** | **133*** | **79,6** | **17** | **100** | **9,6** |

* considerados somente os participantes que responderam os itens

Foi observado que a porcentagem de acertos no teste dos auxiliares/técnicos de enfermagem diminuiu com o tempo de formação profissional assim como com o tempo de serviço. O teste de Pearson mostrou que há correlação negativa estatisticamente significante entre as variáveis tempo de serviço e porcentagem de acertos no teste (r= -0,125; p=0,049) e entre tempo de formação

profissional e porcentagem de acertos (r= -0,170; p=0,009).

No grupo dos enfermeiros o teste de Pearson não mostrou correlação estatisticamente significante entre a porcentagem de acertos no teste e tempo de formação profissional (r= -0,113; p=0,193) ou tempo de serviço (r= -0,059; p=0,496).

Considerando a variável titulação de pós-graduação identificou-se que a porcentagem de acertos no teste dos enfermeiros com Especialização foi maior (80,6%) do que os sem Especialização (77,6%) e dos enfermeiros com Mestrado foi maior (83,1%) do que os sem Mestrado (79,1%) embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significantes.

Quanto à participação em pesquisa durante a formação profissional, os enfermeiros que afirmaram ter participado obtiveram 81,2% de acertos e os que não participaram 77,8%, sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,049).

Os participantes do estudo que citaram utilizar a estratégia de participação em eventos científicos como formas de atualização obtiveram maior porcentagem de acertos (78,2%) do que os que não participaram (73,3%) sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,000). Na categoria auxiliares/técnicos de enfermagem a porcentagem de acertos foi maior para os que utilizaram esta estratégia (p=0,026). Para o grupo dos enfermeiros, entre os que participaram em eventos a porcentagem de acertos também foi maior (80,2%) do que os não participantes (76,6%), porém a diferença não foi estatisticamente significante (p=0,079).

Os profissionais que citaram a participação em comissões ou grupos de estudo da instituição como estratégia de atualização tiveram maior porcentagem de acertos (78,4%) do que aqueles que não citaram (75%) sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,003), entretanto este resultado não foi observado na análise por categoria profissional.

Esse resultado também foi encontrado na exploração da associação das variáveis participação em atividades educacionais da instituição e porcentagem de acertos no teste. Os participantes que citaram participar obtiveram maior porcentagem de acertos (p=0,014).

Tabela 14 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo a titulação de pós-graduação, participação em pesquisa e formas de atualização. Ribeirão Preto, 2009.

| | % de acertos no teste de conhecimento | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | sim | | | não | | | p |
| | f | média | DP | f | média | DP | |
| **Titulação dos enfermeiros na pós-graduação** | | | | | | | |
| Especialização | 83 | 80,6 | 8,2 | 53 | 77,6 | 11,6 | 0,079 |
| Mestrado | 11[(a)] | 83,1 | 7,8 | 125 | 79,1 | 9,9 | 0,188 |
| **Participação dos enfermeiros em pesquisa durante a formação profissional** | 62 | 81,2 | 7,7 | 71 | 77,8 | 11,2 | 0,049* |
| **Participação dos profissionais em eventos científicos** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 73 | 75,4 | 8,9 | 174 | 72,8 | 7,9 | 0,026* |
| Enfermeiros | 107 | 80,2 | 10,0 | 28[(b)] | 76,6 | 8,3 | 0,079 |
| **Total** | **180** | **78,2** | **9,9** | **202** | **73,3** | **8,1** | **0,000**** |
| **Participação dos profissionais em comissões ou grupos de estudo da instituição** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 24[(c)] | 74,2 | 9,5 | 218 | 73,6 | 8,0 | 0,752 |
| Enfermeiros | 58 | 80,2 | 7,8 | 78 | 78,9 | 11,0 | 0,433 |
| **Total** | **82** | **78,4** | **8,7** | **296** | **75,0** | **9,2** | **0,003**** |
| **Participação dos profissionais em atividades educacionais da instituição** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 176 | 73,9 | 8,6 | 73 | 72,9 | 7,3 | 0,379 |
| Enfermeiros | 123 | 79,7 | 10,0 | 12[(d)] | 77,0 | 7,7 | 0,374 |
| **Total** | **299** | **76,3** | **9,6** | **85** | **73,5** | **7,5** | **0,014*** |

Teste t de "Student"
(a) Kolmogorov-Smirnov (p=0,998 > 0,05)
(b) Kolmogorov-Smirnov (p=0,529> 0,05)
(c) Kolmogorov-Smirnov (p=0,387> 0,05)
(d) Kolmogorov-Smirnov (p=0,920> 0,05)
* 0,01<p<0,05
** p<0,01

Tabela 15 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo as fontes de atualização. Ribeirão Preto, 2009.

| FONTES DE ATUALIZAÇÃO | % de acertos no teste de conhecimento | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | sim | | | não | | | p |
| | f | média | DP | f | média | DP | |
| **Assinatura de revistas científicas** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 2 | 81,7 | 8,6 | 248 | 73,5 | 8,3 | - |
| Enfermeiros | 18[(a)] | 85,4 | 8,2 | 117 | 78,6 | 9,7 | 0,006** |
| **Total** | **20[(b)]** | **85,0** | **8,1** | **365** | **75,1** | **9,0** | **0,000**** |
| **Leitura de publicações científicas** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 120 | 74,3 | 8,3 | 130 | 72,9 | 8,2 | 0,182 |
| Enfermeiros | 97 | 80,5 | 10,5 | 38 | 76,4 | 6,9 | 0,029* |
| **Total** | **217** | **77,1** | **9,8** | **168** | **73,7** | **8,0** | **0,000**** |
| **Utilização da biblioteca para busca de informações científicas** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 45 | 78,0 | 8,4 | 201 | 72,8 | 7,7 | 0,000** |
| Enfermeiros | 56 | 82,7 | 7,6 | 79 | 77,2 | 10,6 | 0,001** |
| **Total** | **101** | **80,6** | **8,2** | **280** | **74,0** | **8,8** | **0,000**** |
| **Utilização da internet para busca de informações científicas** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 96 | 75,7 | 7,8 | 152 | 72,4 | 8,1 | 0,002** |
| Enfermeiros | 104 | 81,1 | 8,0 | 30 | 74,1 | 13,0 | 0,000** |
| **Total** | **200** | **78,5** | **8,3** | **182** | **72,7** | **9,1** | **0,000**** |

Teste t de "Student"
(a) Kolmogorov-Smirnov (p=0,979>0,05)
(b) Kolmogorov-Smirnov (p=0,957> 0,05)
* 0,01<p<0,05
** p<0,01

Na análise do uso das estratégias de assinatura de revistas científicas ou a leitura de publicações científicas e a porcentagem de acertos no teste identificou-se que houve diferença para o grupo de enfermeiros (p=0,006 e 0,029) e para os participantes em geral (p=0,000 e 0,000), mas não para o grupo de auxiliares/técnicos de enfermagem de forma isolada.

Já a análise da utilização da biblioteca ou da internet para a busca de informações científicas encontrou-se associações nas categorias auxiliares/técnicos de enfermagem (p=0,000 e p=0,002), enfermeiros (p=0,001 e p=0,000) e para os participantes como um grupo único (p=0,000 e p=0,000).

A análise das estratégias de busca de informações científicas (Tabela 16) e a porcentagem de acertos obtida pelos participantes em geral evidenciou que os que utilizaram qualquer uma das formas apresentaram maior porcentagem de acertos (p=0,001, p=0,011 e p=0,000). Para os auxiliares/técnicos a associação

encontrada foi estatisticamente significante nas estratégias de busca com outros membros da equipe de enfermagem dentro da instituição (p=0,028) ou de fora da instituição (p=0,000).

Tabela 16 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo as fontes de busca de informações científicas. Ribeirão Preto, 2009.

| FONTES DE BUSCA DE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS | % de acertos no teste de conhecimento | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | sim | | | não | | | p |
| | f | média | DP | f | média | DP | |
| **Busca de informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem da instituição** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 156 | 74,5 | 8,1 | 93 | 72,1 | 8,4 | 0,028* |
| Enfermeiros | 112 | 79,7 | 9,7 | 24[(a)] | 78,4 | 10,4 | 0,553 |
| **Total** | **268** | **76,6** | **9,1** | **117** | **73,4** | **9,2** | **0,001**** |
| **Busca de informações científicas com outros profissionais de saúde da instituição** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 148 | 74,4 | 8,3 | 99 | 72,7 | 7,8 | 0,100 |
| Enfermeiros | 105 | 79,6 | 9,8 | 30[(b)] | 78,6 | 10,0 | 0,628 |
| **Total** | **253** | **76,6** | **9,3** | **129** | **74,1** | **8,7** | **0,011*** |
| **Busca de informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de fora da instituição** | | | | | | | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 101 | 76,0 | 8,2 | 146 | 72,1 | 7,8 | 0,000** |
| Enfermeiros | 71 | 80,5 | 11,2 | 65 | 78,3 | 7,8 | 0,187 |
| **Total** | **172** | **77,8** | **9,8** | **211** | **74,0** | **8,3** | **0,000**** |

Teste t de "Student"
(a) Kolmogorov-Smirnov (p=0,820> 0,05)
(b) Kolmogorov-Smirnov (p=0,824> 0,05)
* 0,01<p<0,05
** p<0,01

Tabela 17 – Valores médios e desvios-padrão da porcentagem de acertos dos participantes no teste de conhecimento segundo a utilização dos resultados de pesquisa na sua prática profissional. Ribeirão Preto, 2009.

| UTILIZAÇÃO DOS RESULTADOS DE PESQUISA NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL | % de acertos no teste de conhecimento | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | sim | | | não | | | p |
| | f | média | DP | f | média | DP | |
| Auxiliares/técnicos de enfermagem | 156 | 74,8 | 8,1 | 92 | 71,8 | 8,0 | 0,006** |
| Enfermeiros | 96 | 81,0 | 7,7 | 37 | 75,8 | 13,2 | 0,005** |
| **Total** | **252** | **77,2** | **8,5** | **129** | **73,0** | **9,9** | **0,000**** |

Teste t de "Student"
** p<0,01

Identificou-se que a percepção do profissional sobre a utilização dos resultados de pesquisa na prática apresentou associação estatisticamente significante com a porcentagem de acertos no teste de conhecimento dos participantes como um todo (p=0,000) ou por categoria auxiliares/técnicos de enfermagem (p=0,006) e enfermeiros (p=0,005).

# 5 DISCUSSÃO

**Características sócio-demográficas dos membros da equipe de enfermagem e as estratégias utilizadas para a busca de informações científicas.**

Na última década os estudiosos da enfermagem têm afirmado que para que os enfermeiros possam planejar intervenções voltadas à utilização dos resultados da pesquisa na prática, torna-se necessário compreender quais são os fatores que influenciam o uso destacando-se os determinantes individuais e institucionais (ESTABROOKS et al., 2003; GRABAM; LOGAN, 2004).

Partindo-se deste pressuposto, o estudo visou inicialmente, descrever o perfil dos profissionais que atuavam na instituição onde a pesquisa foi conduzida quanto aos aspectos sócio-demográficos e educacionais, formas e estratégias utilizadas para atualização e busca de informações científicas. Posteriormente, procurou investigar o relacionamento dessas variáveis com os escores obtidos em um teste de conhecimento sobre UP já utilizado em outros estudos.

Investigaram-se as características das categorias auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros, que compõem a equipe de enfermagem nas instituições do país. Observou-se que a profissão mantém a sua característica de ser do sexo feminino na sua maioria, um aspecto observado na maior parte do mundo, independente da categoria profissional. Quanto à faixa etária, a maior parte localizou-se na fase de adulto jovem (período entre o final da adolescência até o final dos 30 anos, segundo Potter e Perry (2001)).

O tempo de formação profissional e de serviço para as duas categorias dos participantes foram muito próximos sugerindo que ambos tiveram acesso a informações no curso de formação profissional na mesma época e convivem no ambiente institucional pelo mesmo período de tempo.

Identificou-se um maior número de participantes provenientes de Unidades de Tratamento Clínico e Cirúrgico que são mais frequentes na instituição. Alguns estudos que investigaram a atuação dos profissionais na prevenção e tratamento da UP ou a incidência ou prevalência do problema excluem Unidades de Psiquiatria e Ginecologia. Nesta pesquisa foram incluídos profissionais que atuam também nestas Unidades, pois apresentam pacientes que ficam constantemente acamados ou restritos à cadeira, conforme informações obtidas na fase do planejamento, com enfermeiros dos setores. Este aspecto é observado principalmente na Unidade de Internação da Ginecologia que apresenta grande

frequência de pacientes oncológicos.

Quanto à formação dos profissionais em nível de pós-graduação observou-se que 61% tinham Especialização, 8,1% Mestrado e somente 1,5% Doutorado. Esse resultado deve-se ao fato que os egressos dos programas de pós-graduação no Brasil nível Mestrado e Doutorado são em sua maior parte absorvidos como docentes em cursos de Graduação em Enfermagem e deixam a instituição hospitalar à procura de novas oportunidades. Outro fator importante é que no Brasil poucos hospitais têm uma política institucional de valorização dos recursos humanos com maior qualificação (DYNIEWICZ; GUTIÉRREZ, 2005).

Quanto à formação no nível de pós-graduação Especialização ou Mestrado, observou-se um aumento do número de egressos nos últimos 5 anos mostrando haver uma maior busca dos participantes pela sua qualificação, o que pode incrementar a utilização dos resultados de pesquisa/evidências nos próximos anos.

O envolvimento dos estudantes em atividades de pesquisa desde o início do Curso de Graduação e a formação em nível de Mestrado e Doutorado tem sido defendido como estratégias importantes para possibilitar o avanço da prática clínica em vários países da América do Norte e Europa (CALIRI; 2002).

Neste estudo, 46,6% dos enfermeiros afirmaram ter adquirido experiência de pesquisa no Curso de Graduação, provavelmente em decorrência das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, vigentes desde 7 de novembro de 2001 que estabelecem no artigo 12°: “Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação do docente” (BRASIL, 2001, p.5).

As diferentes formas de busca de informações científicas pelos profissionais têm sido enfatizadas como fatores que influenciam o conhecimento e uso de resultados de pesquisas ou evidências na prática (ESTABROOKS et al., 2003).

Os resultados do estudo apontaram que as várias estratégias pesquisadas são utilizadas tanto pelos auxiliares/técnicos de enfermagem como pelos enfermeiros, porém os testes estatísticos demonstraram que as diferenças no uso entre as duas categorias foram estatisticamente significantes, ou seja, os enfermeiros as utilizam com maior frequência. Estes resultados apontam para a importância do papel do enfermeiro na educação permanente dos outros membros

da equipe de enfermagem durante o cotidiano de suas atividades. A observação de que os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentam menor frequência de participação em eventos científicos, comissões ou grupo de estudo e atividades educacionais da instituição, assim como na assinatura e leitura de revistas/publicações científicas, uso de biblioteca e da internet pode ser interpretada também uma atitude passiva dos membros da categoria profissional que espera que as decisões e prescrições para a assistência sejam feitas pelos enfermeiros. Esta hipótese precisa ser objeto de novas investigações já que podem representar barreiras para o uso das evidências, pois muitas das recomendações para a prevenção da UP dependem de decisão imediata na avaliação do paciente durante o cuidado de higiene, por exemplo, que é de domínio desta categoria.

Quanto ao uso da internet como forma de atualização, ficou evidenciada que ambas as categorias profissionais utilizam bases de dados bibliográficos e bibliotecas virtuais, estratégia que pode ser mais explorada nos programas de educação e treinamento assim como no ensino formal já que faz parte do cotidiano desses indivíduos.

A interação com outros profissionais da própria ou de outras instituições é apresentada como uma característica do indivíduo ou do profissional “cosmopolita” e um dos determinantes individuais para o uso de inovações ou de resultados de pesquisa (ROGERS, 2003; ESTABROOKS et al., 2003). O estudo identificou que os participantes buscavam com maior frequência informações científicas com seus pares dentro da própria instituição (69%) e em seguida com outros profissionais de saúde também da própria instituição (66,2%) e os enfermeiros apresentavam este comportamento com maior frequência. A característica de buscar informações científicas com profissionais da área da enfermagem de outras instituições ocorreu com maior frequência para a categoria dos enfermeiros (52,2%). Estes resultados podem indicar tanto que o enfermeiro é mais “cosmopolita” do que os auxiliares/técnicos de enfermagem ou que tem mais oportunidades de interação com outros membros da equipe dentro e fora da instituição, hipóteses que poderão se melhor investigadas em estudos futuros.

Outra variável considerada importante como determinante individual do uso dos resultados da pesquisa ou de novas evidências na prática é o nível educacional e o tipo de formação do profissional (ESTABROOKS et al., 2003). O estudo identificou que tanto os auxiliares/técnicos de enfermagem como os

enfermeiros percebiam que utilizavam os resultados de pesquisa. Este resultado pode ser atribuído à natureza da instituição onde a pesquisa foi conduzida que por ser hospital de ensino de nível universitário da Universidade de São Paulo permite a produção e o consumo de resultados das pesquisas nas diferentes áreas do conhecimento.

A exploração da associação do tipo de formação em nível de pós-graduação e as formas utilizadas de atualização profissional identificaram que após a Especialização, os enfermeiros utilizavam a internet para a busca de informações científicas com maior frequência e que após o Mestrado faziam leituras de publicações científicas e utilizavam a biblioteca com maior assiduidade. Entretanto, a frequência de assinatura de revistas científicas não foi ampliada após a Especialização ou o Mestrado, provavelmente devido ao aumento do número de revistas eletrônicas de acesso gratuito que estão disponíveis atualmente. Os enfermeiros com Mestrado citaram com maior frequência utilizar a estratégia de buscar informações científicas com membros de outras instituições e de utilizar os resultados de pesquisas.

Estes resultados encontrados corroboram as afirmações dos autores que os programas de pós-graduação têm sido os catalisadores do aumento do uso dos resultados de pesquisa na prática clínica em outros países e que um maior número de enfermeiros capacitados em pesquisa poderia contribuir para a disseminação das evidências nos seus locais de trabalho (CALIRI; 2002).

**Conhecimento dos membros da equipe de enfermagem referente à descrição, classificação e prevenção da úlcera por pressão.**

A equipe de enfermagem é responsável pela assistência direta e contínua na prevenção e tratamento da UP. Para que a enfermagem alcance a qualidade do cuidado, é necessário que sua prática seja baseada nas melhores evidências sobre o assunto.

A realização do teste de conhecimento visou mensurar o nível de conhecimento dos participantes sobre as recomendações para a prevenção da UP. Este teste é baseado nas recomendações propostas por diretrizes internacionais.

Os resultados do teste, considerando o total de acertos, mostraram que

tanto o conhecimento dos enfermeiros (média 79,4%) como dos auxiliares/técnicos de enfermagem (média 73,6%) foi insuficiente.

Para o conhecimento ser considerado adequado, esperava-se que os participantes acertassem 90% ou mais dos itens no teste (PIEPER; MATTERN, 1997).

Identificou-se que apenas 4 auxiliares/técnicos de enfermagem (16%) e 16 enfermeiros (11,8%) acertaram 90% ou mais dos itens, destacando a necessidade da atualização da equipe quanto ao conhecimento das evidências atuais que embasam a prevenção da UP.

Outros estudos nacionais e internacionais obtiveram resultados semelhantes na porcentagem de acertos, mostrando que o déficit de conhecimento sobre a fundamentação teórica da assistência é um problema mundial.

Pieper e Mott (1995) que desenvolveram inicialmente o teste de conhecimento sobre UP utilizado nesta pesquisa, com 47 itens para avaliar os enfermeiros de dois hospitais americanos identificaram um índice médio de 71,7% de acertos.

Em outro estudo utilizando o mesmo teste, o índice médio de conhecimento obtido entre 75 enfermeiros de CTI de dois hospitais americanos foi 71,3% de acertos no teste (PIEPER; MATTERN, 1997).

No estudo de Panagiotopoulou e Kerr (2002) com enfermeiros de um hospital da Grécia, responsáveis pela assistência direta ao paciente, os autores utilizaram um questionário incorporando instrumentos validados anteriormente em outros estudos. Identificaram o conhecimento sobre fatores de risco para UP (71%), áreas de risco para UP (70,5%), estratégias de prevenção (50%) e a prática preventiva percebida (54,5%).

No Canadá, Sinclair et al. (2004) utilizaram o teste de conhecimento de Pieper (PIEPER; MOTT, 1995), adaptando-o com a literatura atualizada e protocolos baseados em evidências desenvolvidos por hospitais de assistência a pacientes críticos da região. O teste revisado resultou em 53 itens e foi utilizado para avaliar o conhecimento dos profissionais antes e após um *workshop* educativo. A porcentagem de acertos obtida pelos enfermeiros de nível universitário foi 42,3% no pré-teste, 69,5% no pós-teste após a abordagem educativa e 60,2% no pós-teste após 3 meses. Para os enfermeiros licenciados para a prática, a porcentagem de acertos foi 34,9% no pré-teste, 61,4% no pós-teste após a abordagem educativa e

56,3% no pós-teste após 3 meses.

O estudo de Pancorbo-Hidalgo et al. (2007) realizado na Espanha com enfermeiros de nível registrados e aqueles licenciados para a prática, utilizou um questionário de 37 itens desenvolvidos de acordo com recomendações publicadas pela *Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento em Ulceras por presión y heridas crónicas* (GNEAUPP) de 1995. Identificou-se um índice geral de acertos no teste de conhecimento de 78%, sendo para as intervenções preventivas 79,1% e para as intervenções de tratamento 75,9%.

Zulkowski, Ayello e Wexler (2007) desenvolveram um estudo com enfermeiros da zona urbana e rural de Montana nos Estados Unidos, utilizando o teste de conhecimento de Pieper (PIEPER; MOTT, 1995). A porcentagem média de acertos obtida no teste foi 78%. Ao analisarem o impacto da certificação dos enfermeiros para a prática clínica, os autores identificaram que aqueles com certificação em cuidados de feridas obtiveram 89% de acertos, os enfermeiros com certificação em outra especialidade 78% e os enfermeiros sem certificação 76,5%. As diferenças no teste de conhecimento a favor dos enfermeiros com certificação em cuidados com feridas ($p<0,0$) levaram os autores a recomendarem que as instituições considerem esses fatores ao planejarem as equipes de cuidados de feridas e incluam profissionais com certificação.

No Brasil, o estudo realizado por Caliri, Miyazaki e Pieper (2003) utilizando o teste de Pieper adaptado para o português (46 itens) mostrou que a média de acertos entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública foi 67,7%. No estudo realizado por Rangel (2004) com enfermeiros de um hospital privado, também utilizou o teste de Pieper adaptado com 46 itens. O índice médio de acertos foi 70,6%.

Em estudo mais recente, Fernandes, Caliri e Haas (2008) investigaram o efeito de uma intervenção educativa no nível de conhecimento das medidas recomendadas para a prevenção da UP dos membros da equipe de enfermagem de um CTI. O conhecimento foi mensurado por meio do teste de conhecimento desenvolvido por Pieper e Mott (1995), utilizado anteriormente no Brasil e adaptado para o estudo (41 itens). Participaram do estudo, 11 enfermeiros e 39 auxiliares/técnicos de enfermagem. Na primeira fase, 7 enfermeiros responderam o pré-teste e obtiveram 86,4% de acertos. Os 25 auxiliares/técnicos de enfermagem que participaram do pré-teste acertaram 74,3% e os 36 que participaram do pós-

teste acertaram 81,2% das questões.

Os resultados obtidos pelos profissionais nesta pesquisa e em estudos anteriores demonstram que as falhas no conhecimento existem e persistem apesar do avanço técnico-científico atual que existe sobre o assunto e da disponibilidade de diretrizes que fazem as recomendações para a prática. Para melhor análise dos resultados dos testes considera-se importante utilizar a visão apresentada por Magnan e Maklebust (2009) sobre a relação entre as medidas preventivas e a SAE.

Segundo esses autores, a enfermagem não conseguirá progresso na prevenção da UP se as etapas da SAE atuarem como atividades distintas e sem a integração das recomendações das ações para uma prática embasada em evidências. Destacam que a grande mudança na enfermagem talvez não seja a mudança nas medidas para a proteção da integridade tissular, mas a mudança de "proteção à integridade do processo de enfermagem".

Afirmam que o processo de enfermagem possibilita passos sistemáticos para manejar qualquer condição clínica. Cada etapa fornece informações que subsidiam a próxima etapa, permitindo uma assistência de acordo com as necessidades reais do paciente para a qualidade. Como as etapas se relacionam, a equipe de enfermagem precisa conhecer cada etapa e reconhecê-la como essencial nesse processo de assistência, utilizando-a nas decisões subsequentes.

Enfatizam que de nada valerá a capacidade de avaliar os riscos para o desenvolvimento da UP, se esses dados não serão utilizados no planejamento de ações de prevenção. O mesmo ocorrerá quando essas ações, se planejadas, não forem implementadas (MAGNAM; MAKLEBUST, 2009).

Assim, considerando a visão de Magnan e Maklebust (2009) os resultados obtidos pelos profissionais no teste de conhecimento foram discutidos agrupados em categorias temáticas baseadas nos domínios abordados nas diretrizes para prevenção da UP e de acordo com as etapas da SAE.

Na opinião de Magnan e Maklebust (2009), o único propósito da avaliação é planejar uma assistência efetiva. A avaliação reúne informações necessárias para fazer um julgamento preciso sobre o estado atual do paciente, conhecido como diagnóstico de enfermagem. Mas essa meta só trará benefícios ao paciente se a enfermagem alcançar o propósito da avaliação (planejamento).

O primeiro passo para a prevenção da UP é a avaliação de risco, que ajuda a equipe de enfermagem a reunir informações sobre fatores específicos como

imobilidade, atividade diminuída ou pobre ingestão nutricional. O uso de um instrumento validado de avaliação de risco para UP ajuda a identificar com mais precisão aqueles em risco para o desenvolvimento da UP, com o propósito de planejar intervenções preventivas efetivas. (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

Neste estudo, as questões do teste referentes à categoria “associação de fatores de risco com a presença de úlcera por pressão e o uso de instrumentos para avaliação de risco (avaliação de risco, identificação dos fatores de risco, inspeção da pele e sua documentação)” abrangeram 12 itens (1, 2, 6, 7, 9, 20, 26, 31, 32, 33, 38 e 41).

Observou-se que em 4 itens os profissionais obtiveram índice de acertos maior que 90%, representando conhecimento adequado: avaliação de risco em todo o paciente na admissão (7) e em todo paciente que não deambula (26) e a frequência da avaliação de risco durante a hospitalização dos pacientes (41) e a identificação da presença da bolha na região do calcâneo como motivo de preocupação, pois indica uma UP (33).

Porém, em 2 itens houve pequena frequência de acertos o que mostra falhas no conhecimento dos participantes sobre a classificação da UP em estágios III (item 6, 37%) e II (item 20, 29,5%). Em 1 item (38) sobre presença de dor na UP em estágio II identificou-se uma frequência de acerto de 56,5%, onde os auxiliares/técnicos de enfermagem tiveram mais acertos do que os enfermeiros.

A deficiência de conhecimento sobre estes aspectos da avaliação também foi encontrada em outros estudos. No estudo de Fernandes, Caliri e Haas (2008), desenvolvida na mesma instituição com profissionais de CTI os resultados do teste na área de classificação da UP obtiveram 2 itens com baixo índices de acerto. No item referente à definição da UP em estágio III os enfermeiros obtiveram 71% de acertos e os auxiliares/técnicos de enfermagem 16% no pré-teste e 44,4% no pós-teste. No item referente à presença de dor na UP em estágio II, 68% dos auxiliares/técnicos de enfermagem acertaram a questão no pré-teste e 75% no pós-teste. Já apenas 28,6% dos enfermeiros acertaram a questão na fase antes da intervenção educativa. Nos estudos de Pieper e Mott (1995); Pieper e Mattern (1997); Sinclair et al. (2004); Zulkowski, Ayello e Wexler (2007); Caliri, Miyazaki e Pie per (2003) e Rangel (2004) estas áreas de conhecimento também apresentaram falhas.

Ayello, Baranoski e Salati (2005) destacaram que a classificação da UP

com precisão é importante para o planejamento do cuidado assim como para finalidade de controle e reembolso. Ressaltaram que o NPUAP identifica a habilidade de classificar a UP como uma competência básica dos enfermeiros, contudo as pesquisas continuam a mostrar que ainda falta habilidade dos enfermeiros em classificar as UPs. Essa dificuldade foi discutida na Conferência de Consensos da NPUAP de 2005, visto que muitos enfermeiros não entendiam como classificar uma pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou presença de bolha sanguinolenta que pode se deteriorar rapidamente para uma UP em estágio III ou IV, e muitos não sabiam diferenciar o estágio II da UP e a lesão da pele em decorrência da incontinência.

Os autores identificaram que menos da metade de enfermeiros novos sentiu que poderia consistentemente identificar todos os estágios das úlceras, comparados com mais de 70% dos enfermeiros mais experientes. Enfermeiros com certificação em cuidados de feridas relataram quase unanimemente que podem identificar os 4 estágios, comparados com somente 67% dos enfermeiros sem certificação. Somente 62% de enfermeiros do hospital expressaram a mesma confiança. Uma porcentagem alta de enfermeiros do hospital (32%) disse que podem identificar estágios da úlcera somente às vezes. Isto é outra indicação que os enfermeiros necessitam mais de educação na avaliação e no cuidado da ferida (AYELLO; BARANOSKI; SALATI, 2005).

Segundo Magnan e Maklebust (2009), a construção apropriada do diagnóstico de enfermagem “em risco para UP” deve ser apoiada por resultados da avaliação de risco e incluir duas partes: uma categoria diagnóstica que identifica qual paciente está em risco e os fatores específicos que colocam o paciente em risco. Esses fatores fornecem informações necessárias para planejar intervenções de prevenção com mais facilidade. Na pesquisa de Fernandes (2006), segundo o registro de enfermagem feito pelos enfermeiros em impresso próprio para a documentação da sistematização da assistência de enfermagem no CTI todos os 48 pacientes observados durante o estudo de incidência apresentavam risco para UP na admissão na unidade. Na avaliação realizada pela pesquisadora, utilizando a escala de Braden, os pacientes obtiveram escores que variaram entre 8 a 18 com os pacientes que desenvolveram a UP durante a hospitalização apresentando sempre escores menores (p=0,001). Entretanto, pela análise dos registros nos prontuários somente 3 pacientes tinham registro de mudança de decúbito realizada a cada duas

horas (FERNANDES, 2006).

O propósito da etapa do planejamento é assegurar que a combinação correta de atividades e recursos seja usada para produzir o efeito esperado, como a ausência da UP, identificando metas centradas no paciente assim como os meios para alcançá-las. O planejamento requer processo de decisão baseado nas informações das etapas anteriores, que envolve o uso de informações da avaliação de risco para desenvolver os diagnósticos de enfermagem e planejar as intervenções preventivas que devem ser colocadas em prática imediatamente após completar a avaliação de risco (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009). Os diagnósticos de enfermagem selecionados para os pacientes foram: risco para a integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada. Os eventos relacionados ao diagnóstico de risco foram: efeito de medicamentos sobre a mobilidade, imobilidade, cirurgia, doença crônica, instabilidade hemodinâmica, uso de equipamentos externos, idade e nutrição.

O planejamento ajuda que o desenvolvimento das ações de enfermagem seja baseado em evidências, use recursos disponíveis, beneficie diretamente o paciente e tenha adesão com as necessidades e metas do paciente. Porém, não haverá benefícios se a implementação falhar ou se o plano for inconsistente ou desorganizado (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

Para o processo de decisão, 4 categorias foram destacadas neste estudo de acordo os domínios abordados nas diretrizes.

Na categoria “ações de cuidados com a pele e medidas precoces” abrangendo 7 itens (3, 4, 5, 10, 21, 30 e 39), observou-se que 4 itens obtiveram índice de acertos maior que 90% sendo considerados como conhecidos adequadamente pelos participantes em geral, referentes à ingestão dietética (10), à pele limpa e livre de umidade (21), ao dano da pele macerada pela umidade (30) e à higiene relacionada à incontinência (39).

No entanto, um item (5) teve menor índice de acerto (39,6%) relacionado ao uso de massagem como medida preventiva sendo que o índice de acertos foi 55,1% para os enfermeiros e 31,2% para os auxiliares/técnicos de enfermagem.

No estudo de Fernandes, Caliri e Haas (2008), o índice de acerto do item referente ao uso da massagem foi 44% para os auxiliares/técnicos de enfermagem (pré-teste) e 77,8% no pós-teste e 100% para os enfermeiros.

Duimel-Peeters et al. (2003) ao estudarem na Holanda o conhecimento, as

crenças e a prática da massagem para prevenir UP, observaram que as recomendações para evitar a massagem ainda não são amplamente difundidas. Encontraram que 57,6% dos enfermeiros classificaram esse método como “útil” ou “às vezes útil”. O estudo também avaliou a crença e a prática sobre o uso da massagem, destacando que a crença sobre a utilidade desse método é maior que o conhecimento relatado e ainda é utilizado na prática. Os pacientes ainda são tratados com intervenções não recomendadas e que levam a possíveis danos.

O uso da massagem na prevenção da UP é uma medida antiga utilizada na prática clínica de enfermagem sem evidências e contra-indicada, no entanto ainda é disseminada pelo mundo. Vários pesquisadores identificaram o conhecimento inadequado sobre a massagem entre os profissionais de enfermagem (PIEPER; MOTT, 1995; PIEPER, MATTERN, 1997; PANAGIOTOPOULOU; KERR, 2002; SINCLAIR et al., 2004; PANCARBO-HIDALGO et al., 2007; ZULKOWSKI; AYELLO; WEXLER, 2007; CALIRI; MIYAZAKI; PIEPER, 2003; RANGEL, 2004).

A categoria “potencial para fricção e cisalhamento” consistiu em 5 itens (8, 23, 24 e 36), mas apenas um item (36) teve menor índice de acerto (45,3%) referente à definição de cisalhamento, sendo que os enfermeiros (72,1%) apresentaram maior porcentagem do que os auxiliares/técnicos de enfermagem (30,8%).

O índice de acerto do item referente à definição de cisalhamento do estudo de Fernandes, Caliri e Haas (2008) foi 40% para os auxiliares/técnicos de enfermagem no pré-teste e 77,8% no pós-teste e 85,7% para os enfermeiros.

Poucos estudos abordaram o conhecimento sobre cisalhamento. No estudo de Fernandes (2006), ao comparar o comportamento da equipe de enfermagem durante a higiene corporal dos pacientes em um CTI, a pesquisadora observou que um profissional de enfermagem movimentava o paciente no leito com o lençol, porém arrastando-o para a cabeceira sem elevar o corpo do mesmo. A autora destacou que este procedimento pode favorecer ao cisalhamento e danos, visto que promove a concentração de peso corporal na região sacral.

Na categoria “redução da carga mecânica e utilização de superfícies de suporte (déficit de mobilidade e atividade, diminuição da percepção sensorial e uso de equipamentos e técnicas)” com 13 itens (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 25, 28, 29 e 34), verificou-se que 4 itens obtiveram mais do que 90% de acertos referentes ao uso de almofada no assento (19), ao início da reabilitação (25), à proteção das

proeminências ósseas do contato uma com a outra (28) e à elevação dos calcâneos (34).

Cinco itens tiveram porcentagens de acerto menores do que 50%: item 13 (47,9%) sobre o uso de luvas d'água ou ar; 35,2% no item 14 sobre o uso de rodas d'água ou ar; 37,3% no item sobre o posicionamento quanto ao decúbito lateral; 27,7% no item 16 sobre a elevação da cabeceira e 28% no item 17 sobre o período de tempo para reposicionamento quando sentado na cadeira.

No estudo de Fernandes, Caliri e Haas (2008), o item referente ao período de tempo para reposicionamento do paciente quando sentado em cadeira obteve menor índice de acertos tanto pelos enfermeiros (28,6%) quanto pelos auxiliares/técnicos de enfermagem (12% no pré-teste e 33,3% no pós-teste). Quanto aos itens referentes ao uso de luvas d'água ou de ar, rodas d'água ou ar e elevação da cabeceira, a porcentagem de acertos para os auxiliares/técnicos de enfermagem foi de 56% no pré-teste e no pós-teste variou de 75% a 86,1%. Os enfermeiros obtiveram porcentagem de acertos acima de 71,4% em todos estes itens.

Observa-se na comparação dos resultados do estudo atual e do estudo anterior de Fernandes, Caliri e Haas (2008), que a equipe de enfermagem da instituição permanece com baixos índices de acertos nesta área, sendo que dois itens (13 e 14) são medidas que eram antigamente recomendadas como adequadas e os outros itens são recomendações mais recentes e que ainda não foram incorporadas. Esses itens são prioridades para disseminação de forma que o conhecimento seja comum e somente as medidas adequadas seja utilizadas.

O conhecimento sobre a contra-indicação do uso das luvas d'água ou ar para prevenir UP também foi considerado deficiente em outros estudos (SINCLAIR et al., 2004; ZULKOWSKI; AYELLO; WEXLER, 2007; CALIRI; MIYAZAKI; PIEPER, 2003; RANGEL, 2004).

Willians (1993) conduziu um estudo para avaliar a pressão externa no calcâneo quando colocado na cama e na luva de látex preenchida com 260 ml de água em 40 sujeitos de um hospital geral. A pressão média na interface com o calcâneo colocado no colchão padrão hospitalar foi 126,5 mmHg e na luva d'água foi 144,6 mmHg, representando um aumento médio na pressão de 12,5%. O estudo também explorou a popularidade da técnica e revelou que 79,4% dos enfermeiros de assistência à pacientes agudos tinham visto ou usado luvas d'água para prevenir UP. O autor destacou que, 63% acreditavam que a prática não tinha efeito, 28,4%

que tinha efeito prejudicial e 8,6% não sabiam se tinha algum efeito. Concluiu que as luvas d'água, um método claramente ineficaz para prevenir UP nos calcâneos, eram populares e ainda muito utilizadas.

Quanto ao uso de rodas d'água ou de ar para prevenir UP, o estudo de Pieper e Mattern (1997) destacou que 29% dos enfermeiros reconheceram o uso como inadequado e que essa deficiência talvez possa ser associada às informações inconsistentes e imprecisas sobre UP contidas em livros antigos de enfermagem ainda utilizados por professores e alunos.

Panagiotopoulou e Kerr (2002) encontraram em seu estudo que 39,1% dos enfermeiros classificaram corretamente que as rodas d'água "não eram úteis", enquanto que 38,3% e 21,7% consideraram que eram "úteis às vezes" e "sempre úteis", respectivamente. Sinclair et al. (2004) identificaram em seu estudo que, no pré-teste 58% dos enfermeiros registrados e 34% dos enfermeiros licenciados para a prática acertaram o item referente à contra-indicação do uso das rodas d'água. Já nos momentos de pós-teste, o percentual de acertos para os enfermeiros de nível universitário foi de 99% e 94% e para os enfermeiros licenciados o percentual foi 97% e 100%. No estudo de Pancarbo-Hidalgo et al. (2007) os autores observaram que na Espanha alguns profissionais ainda consideram o uso de rodas d'água ou de ar como correta e apenas 20,4% dos enfermeiros responderam corretamente a questão do teste.

No Brasil, os estudos também encontraram conhecimento deficiente sobre a contra-indicação do uso de rodas d'água para prevenir UP. A porcentagem de acertos no estudo de Caliri, Miyazaki e Pieper (2003) foi 37% entre graduandos de enfermagem e 60% entre enfermeiros no estudo de Rangel (2004).

Essas medidas já foram recomendadas no passado e desde a construção das Diretrizes da AHCPR são consideradas desatualizadas e inadequadas para a prevenção da UP. Porém, sua disseminação persiste em diferentes partes do mundo.

O posicionamento quanto ao decúbito lateral é um item que 51% dos enfermeiros acertaram no estudo de Pieper e Mattern (1997) e 40% dos enfermeiros no estudo de Rangel (2004).

O conhecimento deficiente sobre o posicionamento quanto à elevação da cabeceira também foi demonstrado no estudo de Pieper e Mattern (1997), sendo que 51% dos enfermeiros responderam corretamente este item e no estudo de

Rangel (2004), 60% dos enfermeiros.

O período de tempo para reposicionamento para uma pessoa que não se movimenta sozinho quando sentado na cadeira é uma recomendação atual para prevenir UP, portando uma inovação diante do pouco conhecimento encontrado neste estudo. É uma medida de prevenção que ainda precisa ser mais disseminada para o conhecimento adequado, visto que outros estudos encontraram a mesma deficiência (SINCLAIR et al., 2004; PANCARBO-HIDALGO et al., 2007; ZULKOWSKI; AYELLO; WEXLER, 2007; CALIRI; MIYAZAKI; PIEPER, 2003; RANGEL, 2004).

Essas medidas preventivas são consideradas inovações e a disseminação e adoção na prática clínica de enfermagem requer participação dos enfermeiros.

A implementação efetiva do plano de cuidado de enfermagem para prevenção da UP requer compromisso com o bem estar do paciente, perseverança e vigilância. Além disso, o agrupamento de intervenções preventivas e o preparo para o cuidado possibilitam fazer uso mais efetivo do tempo. Tornar público os planos de prevenção e o uso de lembretes contribuem para a responsabilidade das partes envolvidas e esforços para o acompanhamento das intervenções (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009). Entretanto, embora seja esperado que os profissionais façam uso das melhores práticas, mesmo quando o conhecimento sobre o assunto é adequado, o comportamento muitas vezes não é o esperado (FERNANDES, 2006). Rogers (2003) explica que uma inovação não é colocada em prática somente porque é considerada melhor do que uma prática antiga anterior e muitas inovações levam mais de 20 anos para serem utilizadas. Também destaca que os indivíduos em um sistema social não adotam uma inovação ao mesmo tempo. Gerrish e Clayton (2004) propõe que as instituições promovam a prática baseada em evidências e que utilizem estratégias facilitadoras para as ações que julgam importantes em seu contexto, a partir da análise do problema e de sua descrição.

Ainda considerando as ideias de Magnan e Maklebust (2009), sobre a sistematização da assistência de enfermagem e o uso das evidências para a prevenção da UP, os autores destacam que na fase final do processo a avaliação permite determinar se as metas centradas no paciente foram cumpridas, caso contrário, o plano deve ser revisto. A ocorrência da UP durante a hospitalização pode ser investigada em estudos de incidência ou por meio de auditorias pela inspeção da pele dos pacientes ou pelos registros em prontuário etc. As

intervenções para melhorar a prática podem ser feitas nos programas de educação permanente ou nos programas de melhoria de qualidade.

Neste estudo, o teste de conhecimento incluiu itens sobre estes aspectos na categoria “educação continuada e programa de melhoria de qualidade” onde os 4 itens (22, 27, 35 e 40) tiveram mais do que 90% de acertos tanto pelos auxiliares/ técnicos de enfermagem como pelos enfermeiros.

**Relacionamento entre os escores de conhecimento e as variáveis sócio-demográficas e as estratégias de busca de informações utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem.**

A exploração do relacionamento entre as variáveis descritas em um estudo pode auxiliar o pesquisador a identificar fatores antecedentes que interferiram na situação e a estabelecer hipóteses para futuras pesquisas. Entretanto, a mera existência de uma relação entre as variáveis não permite concluir que uma causou a outra, mesmo quando a relação for forte (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Os resultados das análises feitas neste estudo corroboram algumas afirmações feitas por outros pesquisadores no que se refere à associação das variáveis sóciodemográficas e educacionais com o escore de teste de conhecimento sobre evidências atuais para a prevenção da UP.

Embora o tempo de formação profissional e o tempo de serviço sejam fatores que podem contribuir para que os membros da equipe de enfermagem tenham maior experiência em uma área, as mudanças ocorridas nas últimas décadas no conhecimento e tecnologia exigem a atualização constante seja para a manutenção ou desenvolvimento das competências para a prática.

A participação em atividades de pesquisa durante a graduação ou em cursos de pós-graduação seja em nível de Especialização ou Mestrado, de alguma forma interferiram para que os enfermeiros tivessem melhor escore no teste que avaliou o conhecimento sobre recomendações para a prevenção da UP. Outros autores também identificaram esta relação, porém associadas a participação em cursos de certificação na área de feridas e não em cursos em áreas mais gerais como observadas neste estudo (ZULKOWSKI; AYELLO; WEXLER, 2007).

A estratégia de participar em eventos científicos como forma de atualização também causou impacto positivo nos escores do teste de conhecimento. Tal resultado confirma o que foi observado por Rangel (2004) onde os enfermeiros que relataram participar às vezes de cursos de curta duração, discussões científicas jornadas e simpósios obtiveram escores melhores do que os enfermeiros que relataram nunca participar. Tais estratégias são vistas como capazes de melhorar o conhecimento mas não o uso das recomendações na prática (RYCROFT-MALONE, 2008). Tal observação foi confirmada no estudo de Fernandes (2006) onde os resultados no teste sobre o conhecimento das recomendações para a prevenção da UP foram melhores após a intervenção educativa mas na prática não foram observadas as modificações esperadas assim como nos níveis de incidência da UP.

Também a participação em comissões ou grupos de estudo e em atividades educacionais foram relacionadas com obtenção de melhores escores no teste de conhecimento pelos profissionais. Embora a busca de conhecimentos e informações seja uma característica dos indivíduos e muitas vezes espontânea, também as instituições podem utilizar ambas as estratégias para disseminar o conhecimento e as formas de uso das inovações agindo de forma mais ativa para com os indivíduos que são mais passivos.

O uso das estratégias de leitura de publicações científicas, da biblioteca e da internet, associadas ao melhor desempenho dos profissionais no teste também pode melhor explorada pela instituição pela criação de biblioteca institucional com acesso a computadores e a internet assim como pelo oferecimento de cursos para melhor uso das bases de dados bibliográficos, importante fonte de evidências científicas na atualidade.

Também o comportamento de busca de informações científicas com outros profissionais da instituição ou de fora da instituição pode ser estimulado pela criação de oportunidades para maior interação entre os membros das diferentes unidades de internação e com profissionais de outros serviços, seja na forma de eventos ou visitas técnicas ou mesmo de atividades à distância utilizando as tecnologias eletrônicas e computacionais existentes.

Estas estratégias propostas para melhorar o acesso dos profissionais as informações disponíveis com a valorização das características individuais dos que buscam o conhecimento depende de mudanças institucionais que também levam tempo, mas que precisam ser a meta dos que valorizam a prática segura e de

qualidade tanto para o paciente como para os próprios profissionais e instituição.

Rycroft-Malone (2008) destaca que estudos mais recentes demonstram que qualquer característica individual do profissional influencia muito pouco a utilização dos resultados da pesquisa e que este é um processo altamente contingencial que varia conforme o contexto e o tempo. Considerando esta visão, o autor enfatiza as atividades de liderança que os gerentes de enfermagem dentro de uma instituição podem realizar para influenciar os enfermeiros a utilizarem as evidências: apoio aos colegas, criar uma visão para a prática baseada em evidência e compartilhar informações. Ressalta que a inclusão de enfermeiros lideres na linha de frente em várias posições chaves na instituição pode trazer benefícios pelas múltiplas interações que existem atualmente no ambiente que é cada vez mais complexo e assim determinar o sucesso dos esforços de implementação das evidências.

Doris Grinspun, diretora executiva da RNAO, na apresentação da edição revisada de 2005 coloca que:

> A utilização das diretrizes exige um esforço compartilhado de 4 grupos: os próprios enfermeiros, outros profissionais da área da saúde, educadores de enfermagem da área clínica e acadêmica e empregadores. Após alojar estas diretrizes em suas mentes e em seus corações, enfermeiros com conhecimento e habilidades e estudantes de enfermagem precisam de ambientes de trabalho saudáveis e de suporte para dar vida às diretrizes. (RNAO, 2005, p. 1, tradução nossa).

# *6 CONCLUSÕES*

As conclusões foram apresentadas de acordo com a sequência dos objetivos propostos neste estudo.

**Características sócio-demográficas dos membros da equipe de enfermagem e as estratégias utilizadas para a busca de informações científicas**

Dos 386 membros da equipe de enfermagem participantes da pesquisa, 64,8% eram auxiliares/técnicos de enfermagem e 35,2% enfermeiros, com a idade média de 38,5 anos (DP 8,9) para os auxiliares/técnicos de enfermagem e para os enfermeiros 37,8 anos (DP 8,9).

Houve predomínio do sexo feminino (85,5%), com associação estatisticamente significante para os enfermeiros (p = 0,019).

O tempo de formação profissional foi maior entre os enfermeiros (média 12,1 e DP 7,6) do que os auxiliares/técnicos de enfermagem (média 11,8 e DP 5,9).

Quanto ao tempo de serviço, os auxiliares/técnicos de enfermagem tinham em média 9,6 anos (DP 7,1) e os enfermeiros 10,4 (DP 8,5).

Dentre os 136 enfermeiros participantes da pesquisa, 61% tinham Especialização, 8,1% Mestrado e somente 1,5% Doutorado.

Entre os enfermeiros, 46,6% participaram de atividades de pesquisa durante a formação profissional. O tipo de atividade mais desenvolvida foi iniciação científica seguida de trabalho de conclusão de curso.

No que se refere à participação em eventos científicos, 79,3% dos enfermeiros e 29,6% dos auxiliares/técnicos de enfermagem afirmaram ter participado.

Quanto à participação em comissões ou grupos de estudos também os enfermeiros tiveram maior participação (42,6%) do que auxiliares/técnicos de enfermagem (9,9%).

Nas atividades educacionais da instituição, a participação entre os enfermeiros foi 91,1% e entre os auxiliares/técnicos de enfermagem 70,7%.

Assinatura de revistas científicas foi uma forma de atualização utilizada por 13,3% dos enfermeiros e por menos de 1% dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

A leitura de publicações científicas era realizada por 71,9% dos enfermeiros e 48% dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

Em relação à utilização da biblioteca para busca de informações científicas, 26,5% dos participantes afirmaram a realização dessa atividade, dos quais 41,5 % eram enfermeiros e 18,3 % auxiliares/técnicos de enfermagem.

Quanto à utilização da internet para a busca de informações científicas, 52,4% dos participantes responderam afirmativamente, com maior freqüência os enfermeiros (77,6%) do que os auxiliares/técnicos de enfermagem (38,7%).

A busca de informações com outros membros da equipe de enfermagem da instituição era estratégia mais utilizada pelos enfermeiros (82,4%) do que os auxiliares/técnicos de enfermagem (62,7%).

A busca de informações científicas com outros profissionais de saúde da própria instituição era a estratégia utilizada por 77,8% dos enfermeiros e 59,9% auxiliares/técnicos de enfermagem.

A estratégia de buscar informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de fora da instituição foi menos utilizada do que as estratégias anteriores por 52,2% dos enfermeiros e 40,9% auxiliares/técnicos de enfermagem.

A percepção da utilização dos resultados de pesquisa na prática profissional foi afirmada por 72,2% dos enfermeiros e 62,9% dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

**Conhecimento dos membros da equipe de enfermagem referente à descrição, classificação e prevenção da úlcera por pressão**

A porcentagem média de acertos no teste de conhecimento foi 79,4% (DP 8,3) para os enfermeiros e 73,6% (DP 9,8) para os auxiliares/técnicos de enfermagem.

Dos membros da equipe de enfermagem participantes da pesquisa, 92 (23,9%) apresentaram porcentagem de acertos menores do que 70% no teste, dos quais 26% eram auxiliares/técnicos de enfermagem e 12,4% enfermeiros.

Dos 8 itens do teste de conhecimento referentes à avaliação e classificação da UP, em 3 itens os participantes obtiveram acertos menores do que

60%, sendo que em um deles os auxiliares/técnicos de enfermagem obtiveram maior porcentagem de acertos (57,6%) do que os enfermeiros (54,4%).

Quanto aos 33 itens do teste referentes à prevenção da UP, em 22 (66,7%) os participantes tiveram mais do que 70% de acertos. Em 7 itens, a porcentagem de acertos foi menor que 50%. As medidas com menores acertos pelos dois grupos de profissionais foram referentes ao uso da massagem (39,6%), rodas d'água ou de ar (35,2%), luvas d'água ou ar (47,9%) e ao posicionamento do paciente quanto elevação da cabeceira do leito (27,7%), quanto ao período de tempo para reposicionamento quando sentado na cadeira (28%) e decúbito lateral (37,3%).

**Relacionamento entre os escores de conhecimento e as variáveis sócio-demográficas e as estratégias de busca de informações utilizadas pelos membros da equipe de enfermagem**

A porcentagem de acertos no teste dos auxiliares/técnicos de enfermagem diminuiu com o tempo de formação profissional assim como com o tempo de serviço, com correlação estatisticamente significante em ambos.

No grupo dos enfermeiros não houve correlação estatisticamente significante entre a porcentagem de acertos no teste e tempo de formação profissional (r= -0,113; p=0,193) ou tempo de serviço (r= -0,059; p=0,496).

Quanto à titulação de pós-graduação, a porcentagem de acertos no teste dos enfermeiros com Especialização foi maior (80,6%) do que os sem Especialização (77,6%) e dos enfermeiros com Mestrado foi maior (83,1%) do que os sem Mestrado (79,1%) embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significantes.

Quanto à participação em pesquisa durante a formação profissional, os enfermeiros que afirmaram ter participado obtiveram 81,2% de acertos e os que não participaram 77,8%, sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,049).

A porcentagem de acertos no teste dos participantes que afirmaram participar em eventos científicos (78,2%) foi maior do que aqueles que não participaram (73,3%), com diferença estatisticamente significante (p=0,000). A porcentagem de acertos dos auxiliares/técnicos de enfermagem foi maior para os

que utilizaram esta estratégia de atualização (p=0,026). Para os enfermeiros que participaram em eventos, a porcentagem de acertos também foi maior (80,2%) do que os não participantes (76,6%), porém a diferença não foi estatisticamente significante (p=0,079).

Quanto aos profissionais que citaram a participação em comissões ou grupos de estudo da instituição, a porcentagem de acertos foi maior (78,4%) quando comparado a aqueles que não citaram (75%), sendo a diferença estatisticamente significante (p=0,003). Entretanto, este resultado não foi observado na análise por categoria profissional.

Os profissionais que participaram em atividades educacionais da instituição obtiveram porcentagem de acertos maior (76,3%) do que aqueles que não participaram (73,5%), com diferença estatisticamente significante (p=0,014).

Quanto ao uso de assinatura de revistas científicas ou a leitura de publicações científicas, houve diferença estatisticamente significante na porcentagem de acertos dos enfermeiros (p=0,006 e 0,029) e para os participantes em geral (p=0,000 e 0,000), mas não para o grupo de auxiliares/técnicos de enfermagem de forma isolada.

A análise da utilização da biblioteca ou da internet para a busca de informações científicas apresentou diferença estatisticamente diferentes nas categorias auxiliares/técnicos de enfermagem (p=0,000 e p=0,002), enfermeiros (p=0,001 e p=0,000) e para os participantes como um grupo único (p=0,000 e p=0,000).

Em relação às estratégias de busca de informações científicas, a porcentagem de acertos obtida pelos participantes foi maior naqueles que afirmaram utilizar qualquer uma das formas (p=0,001, p=0,011 e p=0,000). Houve diferença estaticamente significantes nos auxiliares/técnicos de enfermagem que utilizavam as estratégias de busca com outros membros da equipe de enfermagem dentro da instituição (p=0,028) ou de fora da instituição (p=0,000).

Quanto à percepção da utilização dos resultados de pesquisa na prática profissional, houve diferença estatisticamente diferentes nas categorias auxiliares/técnicos de enfermagem nas categorias auxiliares/técnicos de enfermagem (p=0,006), enfermeiros (p=0,005) e para os participantes como um todo (p=0,000).

# *REFERÊNCIAS*[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AYELLO, E. A.; BARANOSKI, S.; SALATI, D. S. A survey of nurses' wound care knowledge. **Advances in Skin & Wound Care**, Philadelphia, v. 18, n. 5, p. 268-78, Jun. 2005.

BERGSTROM, N.; ALLMAN, R. M.; CARLSON, C. E.; EAGLSTEIN, W.; FRANTZ, R. A.; GARBER, S. L.; GOSNELL, D.; JACKSON, B. S.; KEMP, M. G.; KROUSKOP, T. A.; MARVEL, E. M.; RODEHEAVER, G. T.; XAKELLIS, G. C. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. In: AHCPR Supported Clinical Practice Guidelines. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services/Public Health Service/AHCPR, May 1992. (Publication n. 95-0047, 95-0050. Clinical Practice Guideline, 3).

BERGSTROM, N.; ALLMAN, R. M.; ALVARES, O. M.; BENNETT, M. A.; CARLSON, C. E.; FRANTZ, R. A.; GARBER, S. L.; JACKSON, B. S.; KAMINSKI, M. V.; KEMP, M. G.; KROUSKOP, T. A.; LEWIS, V. L.; MAKLEBUST, J.; MARGOLIS, D. J.; MARVEL, E. M.; REGER, S. I.; RODEHEAVER, G. T.; SALCIDO, R.; XAKELLIS, G. C.; YARKONY, G. M. Treatment of pressure ulcers. In: AHCPR Supported Clinical Practice Guidelines. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services/Public Health Service/AHCPR, Dec. 1994. (Publication n. 95-0652, 95-0653. Clinical Practice Guideline, 15).

BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 182-7, abr.-jun. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2009.

BUSS, I. C.; HALFENS, R. J. G.; ABU-SAAD, H. H.; KOK, G. Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 6, p. 668-76, Sep. 2004.

CALIRI, M. H. L. **A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem:** limites e possibilidades. 2002. 152 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CALIRI, M. H. L.; MIYAZAKI, M. Y.; PIEPER, B. Knowledge of pressure ulcers by undergraduate nursing students in Brazil. **Ostomy/Wound Management**, King of Prússia, v. 49, n. 3, p. 54-63, Mar. 2003.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. 2003. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CULLUM, N.; DEEKS, J.; SHELTON, T. A.; SONG, F.; FLETCHER, A. W. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. **Cochrane Database Systematic Reviews**, n. 2, CD001735, 2000.

DAY, D.; HAYES, K.; KENNEDY, A. M.; DIERCKSEN, R. M. Pressure ulcer prevention: review of literature. **Journal of the New York State Nurses' Association**, Albany, v. 28, n. 2, p. 12-7, Jun. 1997.

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

DOBBINS, M.; CILISKA, D.; COCKERILL, R.; BARNSLEY, J.; DiCENSO, A. framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. **The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing**, v. 9, n. 7, Nov. 2002. Disponível em: <http://health-evidence.ca/downloads/A_framework_for_dissemination_(2002).pdf>. Acesso em: 22 jun. 2009.

DUIMEL-PEETERS, I. G. P.; HULSENBOOM, M. A.; BERGER, M. P. F.; SNOECKX, L. H. E. H.; HALFENS, R. J. G. Massage to prevent pressure ulcers: knowledge, beliefs and practice. A cross-sectional study among nurses in the Netherlands in 1991 and 2003. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 4, p. 428-35, Apr. 2006.

DYNIEWICZ, A. M.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Metodologia da pesquisa para enfermeiras de um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 354-63, maio-jun. 2005.

ESTABROOKS, C. A.; FLOYD, J. A.; SCOTT-FINDLAY, S.; O'LEARY, K.; GUSHTA, M. Individual determinants of research utilization: a systemic review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 43, n. 5, p. 506-20, 2003.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados:** uma revisão integrativa da literatura. 2000. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva**. 2006. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

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 Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008.

GERRISH, K.; CLAYTON, J. Promoting evidence-based practice: an organizational approach. **Journal of Nursing Management**, v. 12, p. 114-23, 2004.

GRAHAM, K.; LOGAN, J. Using the Ottawa model of research use to implement a skin care program. **Journal of Nursing Care Quality**, Hagerstown, v. 19, n. 1, p. 18-24, Jan.-Mar. 2004.

GRAVES, N.; BIRRELL, F.; WHITBY, M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorofare, v. 26, n. 3, p. 293-7, Mar. 2005.

GUNNINBERG, L.; LINDHOLM, C.; CARLSSON, M.; SJÖDÉN, P. O. Risk, prevention and treatment of pressure ulcers: nursing staff knowledge and documentation. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockolm, v. 15, p. 257-63, 2001.

HALFENS, R. J. G.; EGGINK, M. Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 32, n. 1, p. 16-26, Feb. 1995.

LOGAN, J.; HARRISON, M. B.; GRAHAM, I. D.; DUNN, K.; BISSONNETTE, J. Evidence-based pressure-ulcer practice: the Ottawa model of research use. **Canadian Journal of Nursing Research**, Montreal, v. 31, n. 1, p. 37-52, 1999.

MAGNAN, M. A.; MAKLEBUST, J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. **Advances in Skin & Wound Care**, Philadelphia, v. 22, n. 2, p. 83-92, Feb. 2009.

MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. **Pressure ulcer**: guidelines for prevention and nursing management. 3rd ed. Springhouse: Springhouse Corporation, 1996.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde** (material na internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 31-44. Disponível em: http://www.bra.ops-oms.org/sistema/arquivos/politrh.pdf. Acesso em: 26 jun. 2009.

PANAGIOTOPOULOU, K.; KERR, S. M. Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 40, n. 3, p. 285-96, Nov. 2002.

PANCORBO-HIDALGO, P. L.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, F. P.; LÓPEZ-MEDINA, I. M.; LÓPEZ-ORTEGA, J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, n. 4, p. 327-38, 2007.

PIEPER, B.; MATTERN, J. C. Critical care nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, stating and description. **Ostomy/Wound Management**, King of Prússia, v. 43, n. 2, p. 22-31, Mar. 1997.

PIEPER, B.; MOTT, M. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, stating, and description. **Advances in Wound Care**, Dundee, v. 8, n. 3, p. 34-48, May-Jun. 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RABEH, S. A. N. **Úlcera de pressão:** a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. 2001. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RANGEL, E. M. L. **Conhecimento, práticas e fontes de informação de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento da úlcera de pressão**. 2004. 74 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Conhecimento de enfermagem de um hospital geral sobre a prevenção e avaliação da úlcera por pressão. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 123-9, 2004.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTORIO (RNAO). **Risk assessment & prevention of pressure ulcers**. Toronto, Canada, Mar. 2005. 80 p. Disponível em: <http://www.rnao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2009.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTORIO (RNAO). **Toolkit**: implementation of clinical practice guidelines. Toronto, Canada, Mar. 2002. 88 p. Disponível em: <http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_toolkit .pdf>. Acesso em: 22 jun. 2009.

RICHENS, Y.; STEPHENS, F.; BICK, D.; MORRELL, C.; LOFTUS-HILLS, A.; DUFF, L. **Improving practice**: improving care. London: Royal College of Nursing, 2003.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-80, jul.-ago. 2005.

ROGERS, E. **Diffusion of innovations**. 4th ed. New York: Free Press, 2003.

RYCROFT-MALONE, J.; MCINESS, E. **Pressure ulcer risk assessment and prevention**. Clinical practice guidelines. London: Royal College of Nursing – RCN, 2000. (Technical report).

RYCROFT-MALONE, J. Evidence-informed practice: from individual to context. **Journal of Nursing Management**, v. 16, p. 404-8, 2008.

SANTOS, V. L. C. G.; CALIRI, M. H. L. (Trads.). Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP. **Revista Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 43-4, 2007.

SHARP, C.; BURR, G.; BROADBENT, M.; CUMMINS, M.; CASEY, H.; MERRIMAN, A. Pressure ulcer prevention and care: a survey of current practice. **Journal Quality in Clinical Practice**, Carlton, v. 20, n. 4, p. 150-7, Dec. 2000.

SHORTEN, A.; WALLACE, M. Evidence-based practice: the future is clear. **Australian Nursing Journal**, North Fitzroy, v. 4, n. 6, p. 22-4, Dec. 1996-Jan. 1997.

SINCLAIR, L.; BERWICZONEK, H.; THURSTON, N.; BUTLER, S.; BULLOCH, G.; ELLERY, C.; GIESBRECHT, G. Evaluation of an evidence-based education program for pressure ulcer prevention. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence**

**Nursing**, St Louis, v. 31, n. 1, p. 43-50, Jan.-Feb. 2004.

WALSH, M.; FORD, P. **Nursing rituals**: research and rational actions. London: Butterworth-Heinemann, 1992.

WILLIAMS, C. Using water-filled gloves for pressure relief on heels. **Journal of Wound Care**, London, v. 2, p. 345-8, 1993.

WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. Glenview: WOCN, 2003. (WOCN clinical practice guidelines series, 2).

ZULKOWSKI, K.; AYELLO, E. A.; WEXLER, S. Certification and education: do they affect pressure ulcer knowledge in nursing? **Advances in Skin & Wound Care**, Philadelphia, v. 20, n. 1, p. 34-8, Jan. 2007.

# *APÊNDICES*

## **APÊNDICE A** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa intitulada de "*Conhecimento e práticas dos membros da equipe de enfermagem de um hospital universitário sobre as recomendações para a prevenção de úlcera por pressão*". O projeto está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização da pesquisa em seres humanos.

Os objetivos dessa pesquisa são:

1. Identificar o conhecimento apresentado pelos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência a clientes adultos e idosos referente à prevenção, descrição e estadiamento de úlcera por pressão.
2. Analisar o uso pelos membros da equipe de enfermagem das recomendações para a prevenção de úlcera por pressão.
3. Identificar se o uso das recomendações e as variáveis demográficas e educacionais dos membros da equipe de enfermagem influenciam os escores de conhecimento.

O estudo será realizado com os membros da equipe de enfermagem que estiverem atuando diretamente na assistência de enfermagem e que aceitarem participar, preenchendo um questionário.

O estudo ocorrerá no período de janeiro a março de 2009, no dia e hora combinado previamente com você, no seu local de trabalho. A pesquisadora entregará 2 envelopes para você. O primeiro envelope conterá o termo de consentimento livre e esclarecido, o segundo conterá o questionário. Após o preenchimento, você devolverá os 2 envelopes sem identificação para a pesquisadora, para garantir o anonimato.

Para atender os objetivos da pesquisa, solicitamos a sua participação voluntária e esclarecemos que será mantido o anonimato, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a sua participação não acarretará ônus de espécie alguma. As informações que você fornecer serão analisadas de forma confidencial.

Se durante o curso da pesquisa você tiver perguntas ou dúvidas, você tem o direito de receber esclarecimentos da pesquisadora ou orientadora, podendo nos contatar.

Você tem o direito de desistir em participar da pesquisa, a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo, sem quaisquer conseqüências ou ônus para o trabalho que você exerce na instituição. A sua participação ou recusa em participar da pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo pessoal ou para seus colegas.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa serão encaminhados para publicação em periódico especializado, em forma de artigo científico, e divulgados em eventos da área. Esses resultados irão contribuir com a construção de uma proposta de intervenção na instituição.

Após você ter recebido estas informações e os esclarecimentos que julgar necessário em relação à pesquisa, faça a sua decisão. Se você concordar, solicitamos que assine este termo.

Agradecemos sua colaboração.


| | |
|---|---|
| Maria Helena Larcher Caliri | Margareth Yuri Miyazaki |
| **Orientadora** | **Pesquisadora principal** |
| Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada | Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental – Nível Mestrado |
| Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP |
| Av dos Bandeirantes, 3900 / Ribeirão Preto-SP | Rua Vicente Alessi, 4-86 / Bauru-SP |
| Tel: 16 3602-4764 | Tel: 16 3602-4764 / Cel: 16 9719-8968 |
| E-mail: mhcaliri@eerp.usp.br | E-mail: myurimiyazaki@yahoo.com.br |


Recebi as informações acima e ciente dos meus direitos, CONCORDO em participar.

Nome: _____

RG nº: _____

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura:_____

# **APÊNDICE B** – Instrumento para Coleta de Dados

Data do preenchimento: [_____/_____/_____]

***PARTE I – Dados demográficos e formação educacional***

1) Data de nascimento: [_____/_____/_____]
2) Sexo: Masculino [___] Feminino [___]
3) Ano em que iniciou a carreira nesta instituição: [_____]
4) Função que exerce atualmente: [_____]
   Local: [_____]
5) Ano em que concluiu o curso de Formação Profissional: [_____]
6) Cursou Especialização? Sim [___] Não [___]
   Em caso afirmativo, descreva a área e o ano de conclusão: [_____]
   [_____]
7) Cursou Mestrado? Sim [___] Não [___]
   Em caso afirmativo, descreva a área e o ano de conclusão: [_____]
   [_____]
8) Cursou Doutorado? Sim [___] Não [___]
   Em caso afirmativo, descreva a área e o ano de conclusão: [_____]
   [_____]
9) Durante o curso de Formação Profissional, participou de atividade(s) relacionada(s) à pesquisa?
   Sim [___] Não [___]
   Em caso afirmativo, especifique qual(quais) atividade(s): [_____]
   [_____]
10) Participa de eventos científicos como Jornadas, Simpósios ou Congressos?
   Sim [___] Não [___]
11) Participa de Comissões ou Grupos de Estudos da instituição?
   Sim [___] Não [___]
12) Participa de atividades educacionais oferecidas pela sua instituição?
   Sim [___] Não [___]
13) Assina revistas científicas?
   Sim [___] Não [___]
   Em caso afirmativo, quais revistas? [_____]
   [_____]
14) Lê publicações científicas?
   Sim [___] Não [___]
15) Utiliza a biblioteca para busca de informações ou publicações científicas?
   Sim [___] Não [___]
16) Utiliza a Internet para busca de informações científicas?
   Sim [___] Não [___]
   Em caso afirmativo, quais *sites* acessa? [_____]
   [_____]
17) Busca informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de sua instituição?
   Sim [___] Não [___]
18) Busca informações científicas com outros profissionais de saúde de sua instituição?
   Sim [___] Não [___]
19) Busca informações científicas com outros membros da equipe de enfermagem de fora de sua instituição?
   Sim [___] Não [___]
20) Utiliza resultados de pesquisas na sua Prática Profissional?
   Sim [___] Não [___]

**PARTE II – Conhecimento sobre a prevenção de úlcera por pressão**

Nas afirmações abaixo selecione **UMA** das alternativas, sem deixar item em branco, considerando as opções:

**V** → verdadeiro **F** → falso **NS** → não sei

| | | V | F | NS |
|---|---|---|---|---|
| 1 | O estágio I da úlcera por pressão é definido como pele intacta, com hiperemia de uma área localizada, a qual não apresenta embranquecimento visível ou a cor difere da área ao redor. | | | |
| 2 | Os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão são: imobilidade, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível de consciência. | | | |
| 3 | Todos os pacientes em risco para úlcera por pressão devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por semana. | | | |
| 4 | O uso de água quente e sabonete pode ressecar a pele e aumentar o risco para úlcera por pressão. | | | |
| 5 | É importante massagear as regiões das proeminências ósseas, se estiverem hiperemiadas. | | | |
| 6 | Uma úlcera por pressão em estágio III é uma perda parcial de pele, envolvendo a epiderme. | | | |
| 7 | Todos os pacientes devem ser avaliados na sua admissão no hospital quanto ao risco para desenvolvimento de úlcera por pressão. | | | |
| 8 | Os cremes, curativos transparentes e curativos de hidrocolóides extrafinos auxiliam na proteção da pele contra os efeitos da fricção. | | | |
| 9 | As úlceras por pressão, no estágio IV, apresentam perda total de pele com intensa destruição e necrose tissular ou danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte. | | | |
| 10 | Uma ingestão dietética adequada de proteínas e calorias deve ser mantida durante a doença/hospitalização. | | | |
| 11 | Os pacientes que ficam restritos ao leito devem ser reposicionados a cada 3 horas. | | | |
| 12 | Uma escala com horários para mudança de decúbito deve ser utilizada para cada paciente com presença ou em risco para úlcera por pressão. | | | |
| 13 | As luvas d'água ou de ar aliviam a pressão nos calcâneos. | | | |
| 14 | As almofadas tipo rodas d'água ou de ar auxiliam na prevenção de úlcera por pressão. | | | |
| 15 | Na posição em decúbito lateral, o paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco para a mesma deve ficar em ângulo de 30 graus em relação ao colchão do leito. | | | |
| 16 | No paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco para a mesma, a cabeceira da cama não deve ser elevada em ângulo maior do que 30 graus, se não houver contra-indicação médica. | | | |
| 17 | O paciente que não se movimenta sozinho deve ser reposicionado a cada 2 horas, quando sentado na cadeira. | | | |
| 18 | O paciente com mobilidade limitada e que pode mudar a posição do corpo sem ajuda, deve ser orientado a realizar o alívio da pressão, a cada 15 minutos, enquanto estiver sentado na cadeira. | | | |
| 19 | O paciente com mobilidade limitada e que pode permanecer na cadeira, deve ter uma almofada no assento para proteção da região das proeminências ósseas. | | | |
| 20 | As úlceras por pressão no estágio II apresentam uma perda de pele em sua espessura total. | | | |
| 21 | A pele do paciente em risco para úlcera por pressão deve permanecer limpa e livre de umidade. | | | |
| 22 | As medidas para prevenir novas lesões não necessitam ser adotadas continuamente quando o paciente já possui úlcera por pressão. | | | |

| | | V | F | NS |
|---|---|---|---|---|
| 23 | Os lençóis móveis ou forros devem ser utilizados para transferir ou movimentar pacientes que não se movimentam sozinhos. | | | |
| 24 | A mobilização e a transferência de pacientes que não se movimentam sozinhos devem ser sempre realizadas por duas ou mais pessoas. | | | |
| 25 | No paciente com condição crônica que não se movimenta sozinho, a reabilitação deve ser iniciada e incluir orientações sobre a prevenção e tratamento da úlcera por pressão. | | | |
| 26 | Todo paciente que não deambula deve ser submetido à avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. | | | |
| 27 | Os pacientes e familiares devem ser orientados quanto às causas e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. | | | |
| 28 | As regiões das proeminências ósseas podem ficar em contato direto uma com a outra. | | | |
| 29 | Todo paciente em risco para desenvolver úlcera por pressão deve ter um colchão que redistribua a pressão. | | | |
| 30 | A pele, quando macerada pela umidade, danifica-se mais facilmente. | | | |
| 31 | As úlceras por pressão são feridas estéreis. | | | |
| 32 | Uma região da pele com cicatriz de úlcera por pressão poderá ser lesada mais rapidamente do que a pele íntegra. | | | |
| 33 | Uma bolha na região do calcâneo não deve ser motivo para preocupação. | | | |
| 34 | Uma boa maneira de diminuir a pressão na região dos calcâneos é mantê-los elevados do leito. | | | |
| 35 | Todo cuidado para prevenir ou tratar úlceras por pressão não precisa ser registrado. | | | |
| 36 | Cisalhamento é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície e o corpo desliza. | | | |
| 37 | A fricção pode ocorrer ao movimentar-se o paciente sobre o leito. | | | |
| 38 | As úlceras por pressão de estágio II podem ser extremamente doloridas, em decorrência da exposição das terminações nervosas. | | | |
| 39 | No paciente com incontinência, a pele deve ser limpa no momento das eliminações e nos intervalos de rotina. | | | |
| 40 | O desenvolvimento de programas educacionais na instituição pode reduzir a incidência de úlcera por pressão. | | | |
| 41 | Os pacientes hospitalizados necessitam ser avaliados quanto ao risco para úlcera por pressão uma única vez durante sua internação. | | | |

# *ANEXOS*

**ANEXO A** – Síntese das Diretrizes sobre a Prevenção da Úlcera por Pressão

| **AHCPR – 1992*** | **WOCN – 2003*** | **RNAO – 2005*** | **Royal College of Nursing – 2000*** |
|---|---|---|---|
| **Avaliação do risco** | **Avaliação** | **Avaliação do risco** | **Identificação de indivíduos "em risco"** |
| Considere como em risco para úlcera todas as pessoas restritas ao leito ou cadeira, ou aquelas cuja capacidade de se reposicionarem esta debilitada. Indivíduos devem ser avaliados na admissão em qualquer serviço de saúde. Selecione um método para avaliar o risco como a escala de Braden ou Norton, para assegurar uma avaliação sistemática dos fatores individuais de risco.<br>O risco deve ser reavaliado periodicamente. Todas as avaliações devem ser documentadas. | Fazer avaliação de risco do paciente na admissão (utilizando escala de Braden ou Norton) e repetir em períodos regulares ou quando há mudança importante na condição do indivíduo.<br>**Cuidados Intensivos**: Fazer a avaliação inicial na admissão e reavaliar, pelo menos, a cada 48 horas ou sempre que a condição do paciente mudar ou deteriorar.<br>**Cuidados de Longa Permanência:** Fazer a avaliação inicial na admissão. Reavaliar semanalmente nas primeiras quatro semanas, depois a cada três meses e sempre que a condição do residente mudar ou deteriorar.<br>**Cuidado Domiciliar**: Fazer a avaliação inicial na admissão e reavaliar a cada visita. | Com base no julgamento clínico e uso de instrumento de avaliação de risco confiável.<br>É recomendado o uso de um instrumento que foi testado quanto à validade e confiabilidade como a escala de Braden. Intervenções devem ser baseadas nos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que foram identificados naqueles da escala de avaliação de risco. As escalas de avaliação de risco são úteis como um auxílio para estruturar a avaliação.<br><br>Um plano individualizado de cuidado é baseado nos dados da avaliação. Identificação dos fatores de risco e metas do cliente.<br>O plano é desenvolvido em colaboração com o cliente, outros significados e profissionais de saúde.<br>O enfermeiro usa o julgamento clínico para interpretar o risco no contexto do perfil completo do cliente incluindo suas metas. | A avaliação do risco dos indivíduos para desenvolver a UP deve envolver procedimentos formais e informais para avaliação<br>- A avaliação do risco deve ser feita por profissionais que receberam treinamento apropriado e adequado para reconhecer os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da UPP e em como iniciar e manter as medidas de prevenção adequadas.<br>- O momento da avaliação deve considerar cada caso individualmente. Entretanto deve ocorrer até 6 horas do início da admissão para o episódio de cuidado<br>- Se não considerado em risco na avaliação inicial a reavaliação deve ser feita se houver mudanças nas condições do indivíduo<br>- Toda a avaliação formal deve ser documentada/registrada e ser disponibilizada para todos os membros da equipe interdisciplinar.<br>- Escalas para avaliação do risco devem ser utilizados somente para auxiliar a memória e não substituir o julgamento clínico. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | - Se houver preferência pelo uso de uma escala para avaliar o risco, é recomendado utilizar uma que foi testada para o uso na mesma especialidade. |
| Identifique todos os fatores individuais de risco (diminuição do estado mental, umidade, incontinência, deficiências nutricionais) para direcionar as medidas especificas de prevenção. Documentar a avaliação. | Identificar grupos e situações de risco elevado, direcionando intervenções preventivas para minimizar o risco. Avaliar o paciente quanto à cognição, sensibilidade, imobilidade, fricção, cisalhamento e incontinência.<br><br>Avaliar a história de úlcera anterior e a presença da úlcera atual, tratamentos prévios ou intervenções cirúrgicas que aumentam o risco para o desenvolvimento de úlceras adicionais. | Clientes que estão restritos a cadeiras ou ao leito ou submetidos à intervenção cirúrgica devem ser avaliados quanto à pressão, fricção e cisalhamento em todas as posições e durante a movimentação e reposicionamento. | - O potencial de um indivíduo para desenvolver UP pode ser influenciado pelos seguintes fatores intrínsecos que assim devem ser considerados ao fazer a avaliação do risco: mobilidade reduzida ou imobilidade, danos sensoriais, doenças agudas, nível de consciência, extremos de idade, doença vascular, doenças crônica grave ou terminal, estória prévia de úlcera por pressão, cisalhamento e fricção.<br>- O potencial de um indivíduo para desenvolver UP pode ser exacerbado pelos seguintes fatores que devem ser considerados ao fazer a avaliação do risco: medicamentos e umidade da pele. |
| **Cuidados com a pele e tratamento precoce** | **Intervenções** | **Proteção e promoção da integridade da pele** | **Inspeção e cuidados da pele** |
| Inspecionar a pele nas proeminências ósseas em todos os indivíduos em risco, pelo menos, uma vez ao dia. Documente a observação. | Qualquer mudança deve ser registrada incluindo a descrição das mudanças na pele assim como qualquer ação realizada. | Todas as UPP são identificadas e classificadas usando os critérios do NPUAP.<br>Todos os dados devem ser documentados no momento da avaliação e re-avaliação | - A inspeção da pele deve ocorrer regularmente e a freqüência determinada em resposta às mudanças na condição do indivíduo em relação tanto a deterioração quanto a recuperação.<br>- A inspeção da pele deve ser embasada na avaliação individualizada das áreas mais vulneráveis ao risco e assim deve incluir áreas diferentes ou adicionais as áreas incluídas aqui: calcâneos, sacro, tuberosidade isquiática, |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | partes do corpo afetados por meio elástico anti-embolia, partes do corpo onde há forças de pressão externa exercida por equipamentos e roupas, cotovelos, região temporal e occiptal do crânio e dedos dos pés. |
| Individualize a freqüência do banho de acordo com a necessidade ou preferência do paciente.<br>Limpe a pele no momento em que sujar. Evite água quente, use agente suave que minimize a irritação e ressecamento da pele. Não aplique força ou fricção excessiva durante a higiene.<br>Pele ressecada deve ser tratada com hidratantes. | Limpar e secar a pele após cada episódio de incontinência.<br><br>Estabelecer um programa de controle de bexiga e intestino para pacientes com incontinência<br>Considerar o uso de dispositivos coletores de urina ou fezes para proteger a pele contra os efluentes. Em situações onde a gravidade da incontinência urinária contribui ou contamina a úlcera por pressão, a sonda vesical de demora pode ser indicada por um curto período de tempo. | - assegurar hidratação por meio de ingestão adequada de fluidos<br>- individualizar a programação de horários do banho<br>- evitar o uso da água quente e utilizar produtos para a pele com pH balanceado<br>- minimizar a força e fricção na pele durante a higiene<br>- manter a hidratação da pele aplicando lubrificantes e cremes com pH balanceado e mínimo conteúdo de álcool.<br>- usar barreiras protetoras (barreiras líquidas por filmes, filmes transparentes, hidrocolóides ou acolchoamento protetor para reduzir lesões por fricção) | - Indivíduos que são capazes e estão dispostos devem ser encorajados, após a educação, a inspecionar a sua própria pele<br>- Indivíduos que são usuários de cadeira de rodas devem utilizar um espelho para inspecionar as áreas que não conseguem visualizar facilmente ou solicitar para outras pessoas a inspeção.<br>- Os profissionais de saúde devem ter vigilância para os seguintes sinais que podem indicar desenvolvimento incipiente da UP: eritema persistente, eritema que não embranquece, bolhas, descoloração, calor, edema ou endurecimento localizado. Naqueles com pele com pigmentação escura: áreas localizadas na pele de cor púrpura, azulada; calor localizado que, quando o tecido torna-se danificado é substituído por edema e endurecimento localizado. |
| Evite massagear as proeminências ósseas | Evitar massagem vigorosa nas regiões das proeminências ósseas. | Evitar massagem nas proeminências ósseas | |
| Minimize a exposição da pele a umidade devido à incontinência, transpiração ou drenagem de feridas. Quando a umidade não puder ser controlada, fraldas ou absorventes higiênicos que | Utilizar barreiras para proteger e manter a integridade da pele contra as incontinências. | Proteção da pele contra umidade excessiva e incontinência<br>- avaliar e controlar a umidade excessiva relacionada a fluidos corporais (ex: urina, fezes, transpiração, exsudato de feridos, | Manter as medidas essenciais do cuidado referentes à higiene, nutrição e manejo da incontinência. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| forneçam uma superfície seca para a pele de forma rápida.<br>Agentes tópicos que agem como barreiras contra a umidade podem ser usados. | | saliva, etc.)<br>- higienizar a pele com cuidado após evacuações. Evitar a fricção durante o cuidado com o uso de solução de limpeza perineal em spray ou tecido maio.<br>- minimizar exposição da pele a excesso de umidade quando a umidade não puder ser controlada usar forros absorventes, fraldas ou curativos que afastam a umidade da pele. Substitua-os quando molhados.<br>- uso agentes tópicos que forneçam barreiras protetoras contra a umidade.<br>- se áreas com umidade apresentarem irritações da pele que não se resolvem, consultar o médico para avaliação e tratamento.<br>- estabelecer um programa de treinamento da bexiga e intestino. | |
| Lesões devido à fricção e forças de cisalhamento podem ser minimizadas por meio de posicionamento apropriado, com técnicas corretas de movimentação e transferência. Lesões por fricção podem ser reduzidas pelo uso de lubrificantes secos ou coberturas protetoras | Reduza a fricção e o cisalhamento | | |
| Quando indivíduos aparentemente bem nutridos desenvolvem uma ingestão dietética inadequada de proteínas ou calorias, os cuidadores devem tentar primeiro descobrir os fatores que comprometem a ingestão e fornecer suporte para a alimentação. Se a ingestão continuar inadequada intervenções | Realizar avaliação nutricional na admissão e quando houver mudanças na condição do indivíduo que aumentem o risco de má nutrição.<br>Avaliar os parâmetros laboratoriais para determinar o estado nutricional como a albumina, pré-albumina, transferrina ou contagem de linfócitos | Uma avaliação nutricional com intervenções apropriadas deve ser implementada na admissão a qualquer novo ambiente/serviço de saúde e quando as condições do cliente se modificam se houver suspeita de déficit nutricional:<br>- consultar um nutricionista<br>- investigar fatores que | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nutricionais mais agressivas como dieta enteral ou parenteral devem ser instituídas se estiverem de acordo com as metas gerais do tratamento | totais. | comprometem a ingestão do indivíduo aparentemente bem nutrido e oferecer apoio na alimentação | |
| Para indivíduos com comprometimento nutricional, um plano de suporte ou suplementação nutricional deve ser instituído que atenda as necessidades individuais, se estiverem de acordo com as metas gerais do tratamento | Avaliar a nutrição para medir a efetividade das intervenções nutricionais | - planejar e implementar suporte nutricional e/ou um programa de suplementação para indivíduos com a nutrição comprometida<br>- se a ingestão continuar inadequada, considerar intervenções alternativas<br>- considerar suplementação nutricional para clientes idosos em condições críticas<br><br>Instituir programa de reabilitação | |
| Se o individuo tem o potencial para melhorar seu estado de atividade e mobilidade, esforços devem ser realizados para participar de programas de reabilitação, se estiver de acordo com as metas gerais do tratamento | Encaminhar para profissionais treinados para selecionar equipamentos/materiais apropriados para a redução da pressão para cadeiras, cadeira de rodas e camas. | Consultar Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional em relação ao posicionamento adequado, técnicas de mudança de posição e transferência<br>Utilizar uma abordagem interdisciplinar para planejar o cuidado | |
| Intervenções e resultados devem ser monitorados e documentados | | | - Qualquer mudança na pele deve ser documentada/ registrada imediatamente. |
| **Redução da carga mecânica, posicionamento e uso de superfícies distribuidoras de pressão** | | | |
| Reposicione as pessoas restritas ao leito, avaliadas como em risco, pelo menos a cada duas horas se a medida estiver de acordo com as metas gerais do tratamento<br>Use uma escala de reposicionamento por escrito | Planejar movimentação e re-posicionamento em horários regulares e freqüentes para indivíduos restritos ao leito ou à cadeira. Mudar o decúbito dos indivíduos que estão em colchões re-distribuidores de pressão, pelo menos, a cada 2-4 horas ou, pelo menos, a cada 2 horas aqueles que | Para os clientes cujo risco foi identificado minimize a pressão pelo uso imediato de uma escala de reposicionamento.<br>Use técnicas para posicionamento e transferências adequadas: consulte FT e TO em relação a técnicas e dispositivos para reduzir a fricção e cisalhamento e otimizar a | - A decisão sobre qual dispositivo será utilizado deve ser embasada na avaliação geral do indivíduo e não somente embasada em escores de escalas de avaliação do risco. Avaliação holística deve incluir níveis de risco, conforto no estado geral de saúde.<br>- Indivíduos que estão “em risco” |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | estão em colchões que não redistribuem a pressão.<br><br>Reposicione pelo menos a cada duas horas ou menos se houver risco elevado | independência do cliente | para o desenvolvimento da UP devem ser reposicionados e a frequência do reposicionamento determinada pelos resultados da inspeção da pele e pelas necessidades individuais e não por escalas ritualísticas.<br>- O reposicionamento deve levar em consideração outros aspectos da condição do indivíduo, por exemplo, condição clínica, conforto, plano geral de cuidado e a superfície de suporte. |
| Use travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas como joelhos e calcâneos fora do contato direto com a cama ou o próprio corpo, | Utilizar travesseiros ou outros dispositivos para reduzir (controlar ou redistribuir) a pressão sob os calcanhares. | Use travesseiros ou almofadas para evitar contato entre proeminências ósseas. | - O posicionamento do paciente deve assegurar que: a exposição prolongada da pressão nas proeminências ósseas seja minimizada, as proeminências ósseas sejam mantidas sem o contato direto de uma com a outra e a fricção e cisalhamento seja minimizado. |
| Use recursos que aliviem totalmente a pressão nos calcâneos (coloque travesseiros sob a panturrilha para elevar os pés), para indivíduos completamente imóveis; Evitar utilizar almofadas tipo argola | Evitar utilizar rodas de espuma, argolas ou pele de carneiro para a redução da pressão. | Use dispositivos para aliviar totalmente a pressão nos calcâneos e proeminências ósseas do pé.<br>- Não usar dispositivos tipo argola ou produtos que localizem a pressão em outras áreas. | Os seguintes dispositivos não devem ser utilizados para aliviar a pressão: luvas com água, pele de carneiro sintética, pele de carneiro natural e almofadas tipo roda d'água ou ar. |
| Evite posicionar diretamente no trocanter. Quando usar o decúbito lateral, use a posição lateral inclinada em ângulo de 30 graus | Manter na posição lateral em 30°. | A posição lateral em 30º em qualquer lado é recomendada para evitar posicionar diretamente no trocanter. | |
| Eleve a cabeceira da cama o menos possível e por pouco tempo (ângulo máximo de 30 graus) | Manter a cabeceira da cama elevada a 30 graus ou menos, ou no menor ângulo de elevação possível, de acordo com a condição clínica do paciente. | Reduza as forças do cisalhamento mantendo a cabeceira da cama na mais baixa elevação considerando as condições clínicas e restrições. Recomenda-se uma elevação de 30º ou menos. | |
| Use recursos tipo trapézio ou o | Usar lençol móvel ou forro no leito ou | Usar dispositivo para elevar o cliente | - Dispositivos manuais para |

| | | | |
|---|---|---|---|
| forro do leito para elevar ou movimentar ao invés de arrastar as pessoas durante a transferência ou mudança de posição; | equipamentos para mudar a posição ou transferir os pacientes. | para evitar arrastá-lo durante a transferência e mudança de posição.<br>Usar dispositivos que permite o posicionamento de forma independente, elevação e transferência (ex: trapézio, tábuas para transferência, grade das camas). | movimentação devem ser utilizados da forma correta para minimizar danos causados pela fricção e cisalhamento após a movimentação, as partes dos dispositivos não devem ser deixados debaixo dos indivíduos |
| Coloque as pessoas em risco em colchões que reduzam a pressão | Colocar os indivíduos “em risco” de desenvolvimento de úlceras por pressão em superfícies que reduzam a pressão e não em colchões hospitalares tradicionais.<br><br>Usar dispositivos re-distribuidores de pressão em salas de cirurgia para indivíduos avaliados como de risco elevado para o desenvolvimento de úlcera por pressão. | Clientes em risco não devem permanecer em colchões comuns.<br>Um colchão substituto com baixa pressão interface como espuma de alta densidade deve ser utilizado.<br>- Para clientes com risco elevado que serão submetidos a intervenção cirúrgica deve ser considerado o uso de superfícies aliviadoras de pressão no período intra-operatório. | - Indivíduos “em risco” não devem ser colocados em colchão de espuma padrão.<br>- Pacientes em risco muito elevado para desenvolver a UP devem ser colocados em colchões que alterem a pressão ou em outros sistemas de alta tecnologia que redistribuem a pressão.<br>- Colchonetes que redistribuem a pressão devem ser utilizados em salas de cirurgia em indivíduos avaliados como sendo de risco elevado para o desenvolvimento da UP<br>- Para garantir a continuidade do cuidado preventivo, o manejo pós-operatório de indivíduos de risco elevado deve incluir o uso de colchões redistribuidores de pressão<br>- Os benefícios dos dispositivos redistribuidores de pressão não devem ser comprometidos pelo prolongamento do tempo que o indivíduo fica sentado em cadeiras. |
| Qualquer pessoa em risco para desenvolver úlcera por pressão deve evitar sentar em qualquer cadeira ou cadeira de rodas por tempo prolongado. As pessoas restritas a cadeira devem ser | Reposicionar os pacientes restritos à cadeira a cada hora, caso não sejam capazes de realizar o re-posicionamento para re-distribuição da pressão a cada 15 minutos. | Para indivíduos restritos a cadeira:<br>- utilizar uma abordagem interdisciplinar para planejar o cuidado<br>- fazer o cliente elevar seu peso a cada 15 minutos, se for capaz | - Indivíduos que são considerados criticamente em risco para UP devem ficar sentados fora do leito por menos de duas horas.<br>- Indivíduos/cuidadores que estão dispostos e que sejam capazes |

| | | | |
|---|---|---|---|
| reposicionadas pelo menos a cada hora ou colocadas de volta ao leito, se a medida estiver de acordo com as metas gerais do tratamento.<br>As pessoas, restritas a cadeiras e que são capazes, devem ser ensinadas a mudar a posição para aliviar o peso a cada 15 minutos | | - reposicionamento pelo menos a cada hora se não for capaz de elevar seu peso (para descompressão isquiática) | devem ser ensinados a redistribuir o seu próprio peso corporal. |
| Para pacientes restritos a cadeira, é indicado o uso de dispositivos que reduzam a pressão como os feitos de espuma, gel, ar ou uma combinação de materiais. Evitar utilizar almofadas tipo argola. | | - usar dispositivos para reduzir a pressão das superfícies dos assentos<br>- não usar dispositivos tipo argola ou produtos que localizem a pressão em outras áreas.<br>- encaminhar para TO/FT para avaliação do assento e adaptação para necessidades especiais. | Assentos<br>- A avaliação dos assentos e equipamentos auxiliares para sentar deve ser realizada por avaliadores treinados que adquiriram o conhecimento específico e são experts (por exemplo, TO e FT)<br>- Nenhuma almofada para assento foi demonstrada ser melhor do que outra, assim não é possível fazer recomendações sobre qual tipo de almofada é melhor para o propósito de redistribui a pressão |
| O posicionamento de indivíduos restritos a cadeira; deve considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso, o balanço, a estabilidade e o alivio da pressão | Posicionar os pacientes restritos à cadeira com atenção a anatomia, alinhamento postural, distribuição do peso e suporte para os pés. | - considerar o alinhamento postural, distribuição do peso, balanço, estabilidade, apoio para os pés e redução da pressão quando reposicionar indivíduos em cadeiras ou cadeiras de roda. | - Aconselhamento de avaliadores treinados e com conhecimento específico deve ser procurado sobre as posições corretas no sentar<br>- O posicionamento de indivíduos que passam períodos consubstanciais de tempo na cadeira ou cadeira de roda deve levar em consideração: distribuição do peso, alinhamento postural e suporte para os pés. |
| Um plano por escrito sobre o uso de dispositivos de posicionamento e escalas dos horários pode ser útil para indivíduos restritos a cadeira | | | - Um cronograma/escala de reposicionamento registrado por escrito, em acordo com o indivíduo, deve ser estabelecido para cada um “em risco”. |

| Medidas educacionais | Educação | Recomendações educativas | Educação e treinamento |
|---|---|---|---|
| Implementar programas educacionais para a prevenção de úlceras de pressão que sejam estruturados, organizados, amplos, e direcionado para todos os níveis de fornecedores de serviços de saúde, pacientes e cuidadores | Educar os pacientes e cuidadores sobre as causas e fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão além de maneiras para minimizar os riscos. | Os programas educacionais para a prevenção da UP devem ser estruturados, organizados e amplos e atualizados com freqüência para incorporar novas evidências e tecnologias.<br>- Os programas devem ser direcionados para todos os níveis de cuidadores da saúde.<br>- O programa educacional para prevenção da UPP deve ser baseado nos princípios de educação do adulto, no nível de informação prestada e o modo que será oferecido. Os programas precisam ser avaliados em relação a sua efetividade para prevenir a UP por mecanismos como padrões para a garantia de qualidade e auditorias | - Os profissionais de saúde devem ser educados/treinados sobre avaliação do risco para UP e prevenção.<br>- Profissionais de saúde com reconhecido treinamento no manejo da UP devem compartilhar o seu conhecimento e habilidade para as equipes de seu local de trabalho.<br>- Uma abordagem interdisciplinar deve ser adotada para o treinamento e educação dos profissionais da saúde. |

**A diretriz da RNAO (2005) considera ainda:**

**Dor**

- Considerar o impacto da dor. A dor pode diminuir a mobilidade e a atividade
- Medidas para controle da dor pode incluir medicamentos, posicionamento terapêutico, super-fícies de suporte e outras intervenções não farmacológicos. Monitorar o nível da dor de forma contínua utilizando instrumento válido para a avaliação.
- Considerar o risco do cliente para a perda da integridade da pele relacionada a perda da sensibilidade protetora na capacidade de perceber a dor e responder de maneira efetiva (ex: impacto de analgésicos, sedativos, neuropatia etc)
- Considerar o impacto da dor na perfusão local.

**Arranjos para transferência ou alta do cliente**

Para os clientes que estão sendo transferidos e precisam de equipamentos redutores de pressão no local ou no momento de transferência precisa ser alocado tempo para a realização dos arranjos necessários. Transferência para outro local ou instituição pode requerer uma visita para avaliação, discussão da situação com o cliente/família e ou avaliação dos recursos financeiros necessários para a prevenção da UP

**Recomendações e Políticas para as instituições**

As instituições necessitam políticas e respeito ao fornecimento e solicitação do tempo necessário antes que os pacientes com necessidades especiais (de superfícies de suporte por ex) sejam transferidos ou admitidos vindos de outro serviço

Diretrizes são mais prováveis de serem efetivas se levarem em consideração as circunstâncias locais se forem disseminadas por meio de programas educacionais ou treinamentos.
As diretrizes só podem ser implementadas quando existe adequado planejamento, recursos e apoio organizacional e administrativo assim somo facilitação apropriada. As organizações podem desejar desenvolver um plano de implementação que inclui:
- uma avaliação da prontidão da organização e barreiras para a educação.
- envolvimento de todos os membros que irão contribuir para o processo de implementação
- dedicação de indivíduos qualificados para fornecer o suporte necessário para o processo de educação e implementação.
- oportunidades para reflexão sobre a experiência organizacional e pessoal da implementação das diretrizes
- as organizações precisam assegurar que os recursos necessários sejam disponíveis para clientes e profissionais da saúde. Esses recursos incluem hidratantes adequados, barreiras protetoras para a pele, acesso a superfícies de suporte e consultores relevantes (TO, FT, Estomaterapeuta, especialista em feridas etc).
- intervenções e seus resultados devem ser monitorados e documentados utilizando estudos de incidência e prevalência, surveys e auditorias focalizadas.

## *REFERÊNCIAS:

BERGSTROM, N.; ALLMAN, R. M.; CARLSON, C. E. et al. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. In: AHCPR Supported Clinical Practice Guidelines. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services/Public Health Service/AHCPR, May 1992. (Publication n. 92-0050. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians, 3).

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTORIO (RNAO). **Risk assessment & prevention of pressure ulcers**. Toronto, Canada, Mar. 2005. 80 p. Disponível em: <http://www.rnao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2009.

RYCROFT-MALONE, J.; MCINESS, E. **Pressure ulcer risk assessment and prevention**. Clinical practice guidelines. London: Royal College of Nursing (RCN), 2000. (Technical report).

WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. Glenview: WOCN, 2003. (WOCN clinical practice guidelines series, 2).

**ANEXO B** – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 09 de setembro de 2008

Ofício nº 3277/2008
CEP/SPC

**Prezadas Senhoras,**

O trabalho intitulado **"CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO",** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 273ª Reunião Ordinária realizada em 08/09/2008 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 7234/2008.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

***PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA***
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP**

Ilustríssimas Senhoras
**MARGARETH YURI MIYAZAKI**
**PROFª DRª MARIA HELENA LARCHER CALIRI (Orientadora)**
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

**Comitê de Ética em Pesquisa** HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP