UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALYNE GONÇALVES STUQUE

Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por
pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar

RIBEIRÃO PRETO

2016

ALYNE GONÇALVES STUQUE

Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por
pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Helena Megumi Sonobe

RIBEIRÃO PRETO

2016

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.

Stuque, Alyne Gonçalves

Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar. Ribeirão Preto, 2016.

120 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Helena Megumi Sonobe

1. Úlcera por pressão. 2. Protocolo. 3.Prevenção. 4.Enfermagem.

STUQUE, Alyne Gonçalves

Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dra. Helena Megumi Sonobe

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Ao meu esposo Murilo com amor, admiração e gratidão por sua
compreensão, carinho e incansável apoio.

Obrigada por acreditar em mim e por sonhar junto.

“...prometo que seus sonhos eu irei buscar...”

E mais uma vez, realizamos!

Te amo.

Agradecimentos

À Deus, por me presentear com a vida e a fé.

À minha orientadora, Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe, pela disponibilidade, oportunidade e orientação, por tornar esse sonho possível, por ser acolhedora, conselheira e pelos valiosos ensinamentos ao longo desta caminhada, e é claro, pelos cafés e risadas. Tenho imensa admiração por você e pela maneira que conduz seu trabalho.

Aos meus pais, Marcos e Ilma, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, incentivando e acreditando nos meus sonhos, por me ensinarem a lutar e buscar a felicidade. Meus exemplos de amor incondicional, honestidade e vitória. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Alessandra e Marcos Vinicius, grandes incentivadores e colaboradores. Amo e admiro muito vocês.

Aos meus sogros, Geraldo e Rosana, sempre disponíveis e dispostos a ajudar com palavras amigas e encorajadoras. E pela ajuda com as planilhas, é claro!

Aos amigos Cleber, Roberta, Lilian e Gisele por estarem comigo nesta apaixonante trajetória de cuidados com lesões de pele.

Aos colegas do Hospital São Francisco que prontamente se disponibilizaram a contribuir com este estudo.

Ao Grupo São Francisco, gestores do Hospital pelo apoio e interesse no desenvolvimento deste estudo, gestores do setor de Auditoria, Mileni e Leonardo, por acreditarem no meu trabalho, pela cooperação e incentivo, e aos demais colegas pelo apoio, em especial Gisele e Maria Gabriela.

Aos grupo de Extensão “Aprendendo com o Ensino de Estomizados Intestinais e seus Familiares” pela valiosa colaboração, aprendizado e trabalho em equipe.

E a todos que direta e indiretamente colaboraram com a realização deste sonho, meu sincero obrigado!

Um barco está seguro no porto.

Mas os barcos não são construídos para isso.

John A Shedd

RESUMO

STUQUE, A. G. **Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar.** 2016. 120f Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Resumo: A prevenção de úlcera por pressão (UP) constitui uma das prioridades na busca da qualidade na assistência à saúde e a segurança do paciente no contexto do cuidado hospitalar. Trata-se de um estudo metodológico que teve por objetivos propor um protocolo de prevenção de úlcera por pressão (UP) para pacientes clínicos hospitalizados, com base na literatura científica; realizar a validação semântica por *expertises* e a análise empírica por enfermeiros assistenciais; e apresentar o protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos no contexto hospitalar. O estudo foi realizado em duas etapas, a primeira com Revisão Integrativa (RI) e a segunda de validação semântica e de análise empírica. Na etapa da RI sobre as recomendações para elaboração de protocolos para UP, foi realizada busca nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine), com a pergunta: “Quais as recomendações da literatura científica para a elaboração de protocolo para prevenção de UP?”, obtivemos uma amostra final com 21 artigos científicos, que foram categorizados em dois temas: “Protocolos”, que recomenda especificidades sociodemográficas e clínicas com adoção de instrumento e escalas para dimensionar as lesões de pele e UP, além de intervenções de enfermagem; e “Estratégias de implementação do protocolo” que valoriza liderança dos enfermeiros, apoio da gestão, educação permanente, previsão e provisão de recursos humanos e materiais como fundamentais para a implantação. Estes, subsidiaram a proposição do protocolo de UP para pacientes clínicos hospitalizados com os elementos constituintes Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela, Definição das opções terapêuticas, Implementação do protocolo e Implantação do protocolo. Na segunda etapa foi realizada a validação semântica pelos enfermeiros *expertises* e a análise empírica pelos enfermeiros assistências, por meio de um questionário on-line (CEP/EERP-USP 1.564.471), sendo que não houve necessidade de modificações no conteúdo ou apresentação do protocolo, segundo os critérios estabelecidos previamente. O produto final deste estudo é a “Cartilha de implementação estratégica do protocolo”, para subsidiar a sua implementação na prática clínica, focalizando etapas para assegurar a sua operacionalização. Acreditamos que este protocolo poderá contribuir efetivamente na prevenção de UP para a melhoria da assistência aos pacientes clínicos hospitalizados, oferecendo segurança e cuidado integral.

Descritores: Úlcera por pressão. Protocolo. Prevenção. Enfermagem.

ABSTRACT

STUQUE, A. G. **Proposition of a pressure ulcer prevention protocol for clinical patients in the hospital context.** 2016. 120 pp. Dissertation (Master's degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Abstract: The prevention of pressure ulcers (PU) is one of the priorities in the search for quality in health care and patient safety in the context of hospital care. This is a methodological study that aimed to propose a pressure ulcer prevention protocol (PU) for hospitalized clinical patients, based on the scientific literature; to accomplish a semantic validation by experts and an empirical analysis by health care nurses; and to introduce the PU prevention protocol for clinical patients in the hospital context. The study was held in two steps: the first with Integrative Review (IR) and the second with semantic validation and empirical analysis. In the step of IR about the recommendations for the elaboration of protocols for PU, we conducted a search in the LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences) and Medline (Electronic Index Medicus of the National Library of Medicine) databases, with the question: "What are the recommendations of the scientific literature for the elaboration of PU prevention protocols?", through which we obtained a final sample of 21 scientific papers, which were categorized into two themes: "Protocols", which recommends sociodemographic and clinical specificities with adoption of an instrument and scales to measure the skin lesions and PU, besides nursing interventions; and "Strategies for implementing the protocol", which appreciates leadership of nurses, management support, continuing education, prediction and provision of human and material resources as essential elements for the deployment. These topics subsidized the proposition of the PU protocol for hospitalized clinical patients with the constituent elements: Situational Diagnosis and Characterization of Customers, Definition of therapeutic options, Protocol implementation and Protocol deployment. In the second step, a semantic validation was accomplished by expert nurses and an empirical analysis by health care nurses, through an online questionnaire (CEP/EERP-USP 1,564,471), and there was no need for changes in the protocol content or introduction, according to previously established criteria. The final product of this study is the "Booklet on strategic implementation of the protocol", in order to subsidize its implementation in clinical practice, highlighting the steps to ensure its operationalization. We believe that this protocol may effectively contribute in the PU prevention for the improvement of the care of hospitalized clinical patients, offering safety and comprehensive care.

Descriptors: Pressure ulcer; Protocol. Prevention. Nursing.

RESUMEN

STUQUE, A. G. Proposición de un protocolo de prevención para úlcera por presión (UP) para pacientes clínicos en el contexto hospitalario. 2016. 120 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Resumen: La prevención de úlcera por presión (UP) constituye una de las prioridades en la búsqueda de la calidad en la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente en el contexto de la atención hospitalaria. Se trata de un estudio metodológico que tuvo como objetivos proponer un protocolo de prevención de úlceras por presión (UP) para pacientes clínicos hospitalizados, basándose en la literatura científica; realizar una validación semántica por expertos y un análisis empírico por los enfermeros asistenciales; y presentar el protocolo de prevención de UP para pacientes clínicos en el contexto hospitalario. El estudio se realizó en dos etapas: la primera con Revisión Integradora (RI) y la segunda con validación semántica y análisis empírico. En la etapa de RI sobre las recomendaciones para elaboración de protocolos para UP, se realizó una búsqueda en las bases de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y Medline (Index Medicus Electrónico de la National Library of Medicine), con la pregunta: “¿Cuáles son las recomendaciones de la literatura científica para la elaboración de un protocolo para prevención de UP?”, con las que hemos obtenido una muestra final de 21 artículos científicos, que se categorizaron en dos temas: “Protocolos”, que recomienda peculiaridades sociodemográficas y clínicas con adopción de un instrumento y escalas para dimensionar las lesiones de la piel y UP, además de las intervenciones de enfermería; y “Estrategias de implementación del protocolo”, que valora el liderazgo de los enfermeros, el apoyo de la gestión, la educación continua, la previsión y la provisión de recursos humanos y materiales como fundamentales para la implementación. Estos tópicos subvencionaron la proposición del protocolo de UP para pacientes clínicos hospitalizados con los elementos constituyentes: Diagnóstico Situacional y Caracterización de la Clientela, Definición de las opciones terapéuticas, Implementación del protocolo e Implantación del protocolo. En la segunda etapa, se realizó la validación semántica por los enfermeros expertos y el análisis empírico por los enfermeros asistenciales, a través de un cuestionario en línea (CEP/EERP-USP 1.564.471), donde no hubo necesidad de cambios en el contenido o en la presentación del protocolo, según criterios previamente establecidos. El producto final de este estudio es la “Cartilla de implementación estratégica del protocolo”, con miras a subvencionar su implementación en la práctica clínica, enfocando las etapas necesarias para garantizar su operacionalización. Creemos que este protocolo podría contribuir efectivamente a la prevención de UP para la mejora de la asistencia a los pacientes clínicos hospitalizados, ofreciendo seguridad y atención integral.

Descriptores: Úlcera por presión. Protocolo. Prevención. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Grau de recomendação e força de evidência científica. Ribeirão Preto 2016	34
Quadro 2-	Protocolo proposto com elementos constituintes: Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela; Definição das opções terapêuticas; Implementação do protocolo e Implantação do protocolo, com base na Revisão Integrativa. Ribeirão Preto 2016.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização do perfil de formação acadêmica e de atuação dos profissionais <i>expertises</i> (PE), participantes do estudo. Ribeirão Preto 2016.....	52
Tabela 2 -	Caracterização do perfil de formação acadêmica e atuação profissional dos enfermeiros assistenciais (EA), participantes do estudo. Ribeirão Preto 2016.....	54

LISTA DE SIGLAS

AGE - Ácidos Graxos Essenciais

APACHE II - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

EAs - Eventos Adversos

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

EUA - Estados Unidos da América

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

IOM - Institute of Medicine

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS - Organização Mundial da Saúde

MS - Ministério da Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

POPs - Procedimentos Operacionais Padrão

PPPIA - Pan Pacific Pressure Injury Alliance

RI - Revisão Integrativa

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAPS 2 - Simplified Acute Physiology Score 2

SUS - Sistema Único de Saúde

UP - Úlcera por pressão

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	15
2 - OBJETIVOS	21
3 - REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1. UP: conceitos, prevenção e tratamento	22
3.2. Protocolo: conceitos e recomendações para a sua elaboração.....	27
4 - MÉTODO E PROCEDIMENTOS	32
4.1. Etapas do estudo metodológico	32
4.2. Níveis de evidência.....	33
4.3. Aspectos Éticos	34
4.4. Local do estudo	35
4.5. Participantes do estudo.....	35
4.6. Instrumento para validação do protocolo	38
5 - RESULTADOS	40
5.1.1 A busca por evidências científicas para a elaboração do protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos no contexto hospitalar	40
5.1.2. Discussão	49
5.2. Caracterização dos PE e EA.....	52
5.2.1. Perfil acadêmico e de atuação profissional dos PE	52
5.2.2. Perfil acadêmico e de atuação profissional dos EA.....	53
5.4. Análise empírica dos itens do protocolo pelos EA.....	57
6 - CONCLUSÃO	67
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	78
APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO <i>EXPERTISES</i>	87
APENDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	89
APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIROS	113
ANEXO A – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA	115

APRESENTAÇÃO

O início da atividade profissional como enfermeira em 2009, em um hospital geriátrico privado em São Paulo ocorreu no setor de Pronto Atendimento, que além de emergências, atendia clientes com lesões de pele de diversas etiologias. Ao realizar o curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia, e analisando a demanda de necessidades desta clientela, foi criado um atendimento exclusivo às pessoas com lesões de pele, para proporcionar assistência, com recursos materiais, estruturais e humanos adequados, que culminou no serviço ambulatorial de cuidados com a pele. Neste serviço foi possível realizar o planejamento da assistência para a promoção de cuidados, prevenção de agravos e de novas lesões, com abordagem integral e multiprofissional.

Para a organização deste serviço foram elaborados instrumentos de coleta de dados, com padronização de rotinas e capacitação dos profissionais, além de um fluxograma de atendimento multiprofissional, em consonância com a sistematização da assistência de enfermagem. Desta forma, foi possível identificar o perfil da clientela e analisar aspectos, que poderiam ser aperfeiçoados ao longo do tempo.

Neste serviço, foram atendidas pessoas que apresentavam, predominantemente, úlceras vasculogênicas e úlceras por pressão (UP), sendo que estas últimas constituem o maior problema, dentre as feridas crônicas. Com a proximidade assistencial de pessoas com UP, ao acompanharmos o desconforto e sofrimento dos pacientes e familiares decorrente do comprometimento tissular e da dimensão destas lesões, resultou na definição de meu interesse profissional para buscar estratégias e intervenções para a melhoria da assistência destas pessoas.

As ações do Ambulatório de Cuidados com a Pele foram consideradas de extrema importância e foram estendidas às unidades de internação dos oito hospitais da mesma Operadora de saúde. Assim, foram criadas equipes de enfermeiros com capacitação especializada na prevenção e promoção de cuidados com a pele, tratamento de UP e prevenção de complicações

dermatológicas, em cada uma das oito unidades hospitalares dessa Operadora de saúde, sob nossa coordenação. Com a implementação destas equipes nas unidades hospitalares houve melhoria no gerenciamento dos dados coletados, na análise do custo benefício dos investimentos materiais e de incorporação de recursos tecnológicos preventivos, assim como na elaboração de protocolos, educação permanente admissional sobre prevenção de UP e periódica para equipe de enfermagem dos hospitais desta Operadora.

Atualmente, com a mudança de residência para a cidade de Ribeirão Preto, atuo como enfermeira em unidades de internação clínica e cirúrgica em um hospital privado. Na busca de maior aperfeiçoamento profissional e com o ingresso no Curso de Pós-graduação de Mestrado Profissional, mediante a experiência prévia e atual, surgiu um questionamento para o contexto clínico de trabalho: É possível estabelecer um protocolo de prevenção para UP aos pacientes clínicos hospitalizados em unidades de internação neste hospital privado, com a participação dos enfermeiros e subsidiado pela literatura científica?

O desenvolvimento deste estudo poderá contribuir na melhoria da assistência destes pacientes, o que poderá favorecer a continuidade da assistência após a alta hospitalar, com encaminhamento destes para os outros serviços disponibilizados por estas Instituições, a depender do tipo de convênio firmado por essas pessoas.

1- INTRODUÇÃO

Conceitualmente, a Úlcera por Pressão (UP) constitui uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, resultado da pressão ou de uma combinação entre pressão e forças de tensão, que se desenvolve comumente sobre uma proeminência óssea (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014).

Em abril de 2016, em uma reunião de Consenso, ocorrida em Chicago houve a mudança de nomenclatura da UP para Lesão por Pressão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA, 2016). Contudo, manteremos a nomenclatura UP, considerando que este ainda é o descritor de indexação nas bases de dados e, portanto, a busca da produção científica foi realizada com este descritor.

Nos EUA, calcula-se que aproximadamente um milhão de pessoas hospitalizadas ou que vivem em instituições de longa permanência, são diagnosticadas com UP e cerca de 60.000 a cada ano, morrem em decorrência de complicações destas lesões. Muitas vezes, a subnotificação está vinculada à desvalorização da ocorrência destas lesões pelos profissionais e à ineficiência institucional (BREM et. al., 2010; ZABALA BLANCO et. al., 2011).

Estudos constataram que as UP são situações comuns, independente dos ambientes de cuidado, porém, as taxas internacionais de prevalência indicam variações entre 3,5% a 41,0% e a de incidência entre 5,8% a 33,3%, em diferentes populações (BREM et. al., 2010; COSTA, 2010; SILVA, 2013). Estima-se que de 0,4% a 38% de pacientes hospitalizados desenvolvam UP ao longo da internação (SANTOS et. al., 2013).

No Reino Unido, o desenvolvimento de UP tem gerado denúncias de responsabilização ética, penal e civil para as instituições e para os profissionais, envolvidos no processo de cuidado. Em caso de morte ou complicações graves, com identificação de negligência grave, a responsabilização é tratada em âmbito do direito penal, cabendo, inclusive, a

acusação de homicídio. Além disso, pode ser definida como maus tratos, com implicação de violação dos direitos humanos (SOLDEVILLA AGREDA, NAVARRO RODRIGUEZ, 2006).

No Brasil, em 2010, foi investigado em três hospitais regionais de Mato Grosso a incidência UP, sendo verificada entre 25% a 66,6% nos setores de clínica médica, cirúrgica e UTI, o que dimensionou a importância da temática e semelhança em relação ao contexto internacional (COSTA, 2010).

Segundo Rogenski e Kurcgant (2012) nos últimos dez anos no Brasil, foram desenvolvidos muitos estudos sobre incidência de UP em pacientes hospitalizados, que indicaram taxas entre 10,6% e 55%, em diferentes populações, além da inclusão ou da exclusão de UP em estágio I, com diferentes métodos no desenvolvimento destes estudos. E por outro lado, frequentemente, os estudos são descritivos, e ainda são poucos, aqueles com desenho metodológico com maior consistência, o que justifica a variabilidade dos resultados, mas ainda não suficientes para resultados estatisticamente significantes.

As UP são onerosas e de difícil tratamento, pois os pacientes com este tipo de lesão apresentam comprometimento psicossocial para a realização de autocuidado e de atividades cotidianas, assim como podem ter complicações como dor, depressão, infecção local, anemia, osteomielite e, até mesmo, quadros de sepse. Cerca de 50% das UP se apresentam em categoria II e 95% em categorias III e IV, que não cicatrizam em tempo inferior a oito semanas. Os pacientes, muitas vezes, necessitam de internação prolongada e frequente, o que aumenta os custos, envolve maior tempo de assistência direta da equipe de saúde e elevação das taxas de infecção hospitalar, entre outras. A presença de UP pode aumentar, em média, 10,8 dias de internação (BREM et. al., 2010; COSTA, 2010; SANTOS et. al., 2013; SILVA, 2013).

Desta forma, a prevenção de UP está entre as áreas prioritárias de atuação do Programa de Segurança do Paciente (PNSP), alavancado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em busca de qualidade da assistência e a segurança do paciente no contexto do cuidado em saúde (URBANETTO, 2012).

As ações de prevenção têm por objetivo impedir que o cliente apresente os fatores de risco desencadeantes da UP (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008) e a equipe de enfermagem, por cuidar do paciente em tempo integral tem maior oportunidade de identificar estes fatores para atuar precocemente.

No que tange a assistência de enfermagem ao paciente com risco de UP, ainda é realizada, de acordo com o conhecimento individual do enfermeiro, que por vezes, resultam em intervenções aleatórias e descontinuadas. A sistematização da assistência e o entendimento das etapas do processo constituem uma ferramenta completa, organizada, pautada em conhecimento científico, e que fornece ao enfermeiro, dados importantes sobre o paciente e seus riscos potenciais para desenvolver UP, além de aumentar as chances do alcance de resultados desejáveis com as intervenções de enfermagem para a melhoria da qualidade da assistência (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008).

Portanto, a prevenção de UP é discutida atualmente na perspectiva da excelência dos serviços prestados nas organizações de saúde, impulsionada também, pela exigência dos pacientes, cada vez mais conscientes de seus direitos e no exercício de cidadania. A UP é um indicador da qualidade do cuidado, ou seja, uma medida quantitativa, que pode ser utilizada como um guia para monitorar e avaliar a assistência prestada nas instituições de saúde (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2012).

As organizações de saúde têm buscado atender, de maneira eficiente e eficaz, as necessidades e as expectativas dos usuários dos serviços, o que implica na busca dos profissionais no aprimoramento e de estratégias para melhorar o processo de trabalho e a qualidade da assistência oferecida a estes (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2012).

Essa busca pela qualificação da assistência ocorre também na saúde suplementar, em torno das necessidades de saúde dos usuários e também necessária para garantir as boas práticas profissionais (MERHY; MAGALHÃES JUNIOR, 2001).

Atender o paciente em suas necessidades implica em atendê-lo integralmente. A Integralidade, uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde,

preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde (MATTOS, 2003, 2011).

Assim, a Integralidade faz parte da "imagem objetivo", que designa a configuração de um sistema ou de uma situação, que os atores consideram desejáveis e abarca três sentidos, a saber: a integralidade como um traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas; e integralidade e as Políticas Especiais (MATTOS, 2011).

Nesta perspectiva, a prevenção de UP deve ser assumida pela enfermagem e por toda equipe multiprofissional, estendendo-se a gestores e administradores, para o cumprimento da integralidade enquanto política e de direito, tomando-a como filosofia do serviço, como traço da boa medicina no qual o cuidado não causa dano e apresenta resolutividade no encontro paciente e profissional de saúde. Por outro lado, a prevenção de UP é um modo de organizar as práticas quando os protocolos são construídos com a participação dos profissionais de saúde e focalizados para o atendimento das demandas dos clientes, respeitando sua individualidade. E ao final, inclui os grupos especiais, que estão representados neste caso pelos pacientes mais suscetíveis a desenvolverem UP devido às condições crônicas e outros limitantes.

Atualmente, na Instituição é adotada uma sistemática de atendimento ao paciente hospitalizado com lesões de pele. Ao ser identificado com UP, o enfermeiro preenche uma ficha informatizada denominada "Captação de lesões de pele", nesta os dados contemplados são: motivo e tempo de internação; comorbidades; presença de feridas anteriores; fatores de risco (nutrição alterada, emagrecimento, dieta, incontinência fecal e urinária, mobilidade reduzida, instabilidade hemodinâmica, percepção alterada, acamado); escore de risco de Braden; tipo e local da lesão como dermatite associada à incontinência, suspeita de lesão profunda, *skin tear* ou escara; úlceras instaladas, origem, estágio e local, número de lesões, dimensões (comprimento, largura e profundidade); tipo de tecido (granulação, epitelização, esfacelo, necrose); quantidade de exsudato (ausente, pequena, média e grande); presença de tunelização, bordas aderidas ou não; indicação de

desbridamento (autolítico, mecânico, cirúrgico); cobertura utilizada (AGE, papaína a 2% e a 10%, alginato gel e espuma, carvão ativado, filme transparente, entre outras).

Para acompanhar a evolução da lesão, semanalmente, o enfermeiro preenche uma outra ficha informatizada denominada “Acompanhamento de lesão de pele” com as informações: características das lesões (local, dimensões - comprimento, largura e profundidade), tipo de tecido (granulação, epitelização, esfacelo, necrose), quantidade de exsudato (ausente, pequena, média e grande), cobertura utilizada (AGE, papaína a 2% e a 10%, alginato gel e espuma, carvão ativado, filme transparente ou outras em casos de maior especificidade).

Para pacientes com UP é preenchido, diariamente, formulário informatizado de “SAE” onde são descritos diagnóstico de enfermagem, prescrição de cobertura e condução do curativo, bem como medidas de prevenção. Este documento é impresso e as prescrições de enfermagem checadas pela equipe de enfermagem, após a realização.

Tais procedimentos são adotados em todas as unidades de internação, independente da condição clínica ou da presença de fatores de risco para o agravamento da lesão de pele.

Quando o paciente com UP recebe alta hospitalar, considerando que a instituição onde atuamos é de assistência suplementar, que atende convênio próprio e de prestação de serviço por contrato a diversas entidades, sendo que a continuidade dos cuidados, é definida por regras contratuais. Assim, o paciente pode ser acompanhado pelo serviço de *home care*, desde que previsto em contrato, assegurando a realização de procedimentos de curativo, com fornecimento de materiais em regime de cuidado domiciliário.

Para os pacientes que não apresentam UP é realizada uma avaliação de risco no momento da internação, contudo ainda não existe uma sistemática estabelecida em relação à reavaliação, mesmo que haja pontuação de risco. Quando o enfermeiro identifica risco de UP, implementa medidas de prevenção como solicitação de transferência para leito com colchão pneumático, quando disponível, ou faz indicação do colchão piramidal, proteção de proeminência

óssea com filme transparente, hidratação da pele com coberturas, solicitação de avaliação nutricional e prescrição de enfermagem com recomendações para mudança de decúbito a cada duas horas. Contudo, ainda não existe a implementação sistematizada nesta instituição.

Frente a estas considerações de nossa experiência na assistência suplementar, acreditamos que a proposição de um protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados, com a participação dos enfermeiros, poderá contribuir na melhoria da prevenção de UP e na consolidação da assistência à saúde nestas instituições, pautada na integralidade do cuidado e para a segurança para estes pacientes.

2 - OBJETIVOS

- Propor um protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados, com base na literatura científica;
- Realizar a validação semântica por *expertises* e a análise empírica por enfermeiros assistenciais do protocolo elaborado para a prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados;
- Apresentar o protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos no contexto hospitalar

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1. UP: conceitos, prevenção e tratamento

Para subsidiar a elaboração desta proposta de pesquisa, abordaremos sobre a conceituação, prevenção e tratamento de UP, uma das áreas essenciais da assistência do enfermeiro estomaterapeuta.

Como área exclusiva da prática clínica do enfermeiro, a Estomaterapia presta assistência especializada às pessoas com estomas de todas as naturezas, fístulas, feridas agudas e crônicas, além de incontinência anal e urinária (PAULA; SANTOS, 2003; PAULA et. al., 2008; SOUZA, 2012).

No contexto internacional, há um consenso sobre UP pelas entidades consultivas como a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA), que publicaram em 2014, um Guia de Consulta Rápida sobre Prevenção e Tratamento de UP - *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Este é baseado em evidências científicas e nas opiniões dos especialistas, que tem sido amplamente divulgado para direcionar a prática clínica (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014). Contudo, no nosso contexto, ainda não tem sido efetivamente utilizado.

A UP constitui o principal problema na assistência às pessoas com feridas crônicas, que desafia pacientes, profissionais e o próprio sistema de saúde, quer seja público ou suplementar (GORECKI et al., 2013). Esta ferida crônica é conceituada como uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de tensão (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014).

A UP é classificada em categoria/grau de I a IV, de acordo com o comprometimento tissular, assim a categoria I caracteriza-se por pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada; na categoria II há perda parcial da espessura da derme, ferida superficial com leito vermelho, sem esfacelo, ou flictema fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático; na categoria III há perda total da espessura tecidual, o tecido adiposo subcutâneo pode estar visível além do tecido desvitalizado com visualização da profundidade da lesão; e na categoria IV há perda total dos tecidos com exposição óssea, dos tendões e/ou músculos (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014; BREM et al., 2010). Quando as lesões apresentam profundidade indeterminada, podem ser categorizadas como não graduáveis/inclassificáveis devido à cobertura do leito da UP por tecido desvitalizado. Em caso de suspeita de lesão nos tecidos profundos, há a presença de área vermelha escura ou púrpura, localizada em pele intacta e descolorada ou flictema preenchido com sangue (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014).

Os fatores de risco extrínsecos para o desenvolvimento de UP são pressão, umidade, fricção e cisalhamento; e os fatores intrínsecos incluem imobilidade, alterações de sensibilidade, incontinência urinária e/ou anal, alterações do estado de consciência, extremos de idade, má perfusão e oxigenação, déficit nutricional e utilização de medicamentos como sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, analgésicos opiáceos, drogas vasoativas e glicocorticoides (ROCHA, MIRANDA, ANDRADE, 2006; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2010; SILVA et al., 2010).

Para avaliação do risco para desenvolvimento de UP, a Escala de Braden, traduzida e validada para o português brasileiro, tem sido a mais utilizada no nosso contexto (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER

ADVISORY PANEL, 2009; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2010; SILVA et al., 2010).

A Escala de Braden avalia os fatores envolvidos na fisiopatologia da UP, considerando seis aspectos, que são categorizados como percepção sensorial, umidade, mobilidade, atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. Em todas estas categorias são atribuídos valores de escore de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja pontuação é de 1 a 3. A aplicação desta escala permite pontuar o nível de exposição do paciente ao risco, que pode resultar em escore entre 6 e 23 pontos, cuja classificação de risco é definida como: alto (escore abaixo ou igual a 11 pontos); moderado (escore de 12 a 14 pontos); baixo (escore de 15 a 17 pontos) e sem risco (escore maior ou igual 18 pontos) (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Com a avaliação clínica do paciente em relação ao risco de desenvolver UP, as ações são planejadas para minimizar os fatores de risco e prevenir lesões por meio do manejo da pressão, fricção e cisalhamento, com redistribuição de pressão; mudança de decúbito com rodízio de horários; proteção da pele com uso de tecnologias e coberturas; controle da umidade excessiva e avaliação nutricional (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014).

Muitas vezes, ao realizarmos a avaliação clínica dos pacientes, já constatamos uma lesão instalada. Assim, recomenda-se a inclusão nos protocolos para UP, das indicações de coberturas e de medidas para tratamento, para favorecer o processo de cicatrização (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2010).

Ressaltamos que várias coberturas, fazem parte dos recursos tecnológicos nesta Instituição, onde o estudo será realizado, sendo que na indicação são consideradas as diferentes etapas do processo cicatricial:

- filme transparente: curativo primário para lesões superficiais e com exsudação mínima, pois promove a epitelização e facilita o desbridamento autolítico (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2010);

- hidrogel: reduz a dor devido à hidratação e favorece o desbridamento autolítico, e em tecidos de granulação torna o meio ideal para cicatrização, principalmente em lesões pouco exsudativas (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010; VIVACQUA, 2011);

- alginato em fibra: em contato com o exsudato transforma-se em gel, controlando a umidade excessiva do leito da ferida (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2010);

- cobertura de carvão ativado com prata: absorve o exsudato de lesões infectadas com ou sem odor (MELO; FERNANDES, 2011);

- papaína: tem ação bactericida, bacteriostática e antiinflamatória, em diferentes concentrações, indicadas para desbridamento e aceleração de granulação tecidual (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2010);

- ácidos graxos essenciais (AGE): com formulações para proteção da pele íntegra e para tratamento das lesões (DECLAIR, 2002).

Ressaltamos que é importante ter a clareza sobre as medidas de prevenção e de tratamento para UP, pois há necessidade de uma previsão e provisão de recursos, tanto materiais como humanos, na assistência aos pacientes em unidades hospitalares, para a adoção sistematizada por todos os envolvidos no processo de cuidado. Isto possibilitará a consonância das ações com a manutenção da segurança da clientela na instituição hospitalar.

Considerando a importância desta temática, a OMS definiu a prevenção de UP como uma das prioridades para alavancar a segurança do paciente (URBANETTO, 2012).

Esta ideia baseia-se na frase *“Primum non nocere”* traduzida como *“Nunca causarei dano a ninguém”*, do pai da Medicina, Hipócrates (460 a 370 a.C.), que trouxe a noção de que o cuidado em saúde poderia causar algum tipo de dano (BRASIL, 2014; WACHTER, 2010).

Para a Enfermagem em 1863, Florence Nightingale, em seu livro *Notes on Hospitals*, escreveu “... pode parecer estranho enunciar que a principal exigência de um hospital seja não causar dano aos doentes...” por constatar que existiam falhas dos profissionais e que a segurança do paciente era um problema sério (WACHTER, 2010).

Mais recentemente em 1999, com a divulgação do relatório *do Institute of Medicine (IOM) To err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. O relatório, baseado em duas pesquisas sobre a incidência de eventos adversos (EAs), em hospitais nos EUA, apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram anualmente em decorrência de EAs. Ainda, estimou que o ônus causado por tais eventos foi entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais. Outros estudos, realizados em diversos países, confirmaram a alta incidência de EAs. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EAs e destes 50% seriam evitáveis (BRASIL, 2014; AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA, 2013; REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013, QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS, 2013).

Estes dados chamaram a atenção dos Governos e organizações internacionais, que se mobilizaram ao apoiarem as estratégias nacionais e internacionais com vista à prevenção e minimização de falhas no cuidado à saúde (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA, 2013).

Para tanto, foi criada em 2002, a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, que propõe a avaliação e a vigilância de desempenho das instituições de saúde, com promoção de práticas mais seguras e prevenção de EAs, sendo que a UP tem merecido maior atenção dos profissionais (URBANETTO, 2012; BERETA et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

A UP é considerada EA, caracterizado como uma lesão ou dano não intencional, decorrente do cuidado de saúde prestado, que pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte (PARRA; CAMARGO-FIGUERA; REY GOMEZ, 2012; MENDES et al., 2013).

No Brasil, a Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde (MS) instituiu o PNSP para qualificar o cuidado em saúde, promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, sendo que uma das recomendações é a proposição e validação de protocolos, guias e manuais para a prática clínica (BRASIL, 2013; LUEDY; DIAS; RIBEIRO, 2013).

Os protocolos dão subsídios na avaliação inicial para a detecção precoce dos fatores de risco, associados à implementação de medidas preventivas, garantindo a qualidade do cuidado e a prevenção efetiva das UP (NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, 2009; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2010).

3.2. Protocolo: conceitos e recomendações para a sua elaboração

A prevenção e tratamento adequado da UP pode ser alcançado com a implantação de protocolos e de programas de educação permanente. A construção deste protocolo para a assistência de enfermagem deve contemplar informações como características sociodemográficas e clínicas da pessoa, escore de risco avaliado pela Escala de Braden, identificação esquemática das áreas suscetíveis às úlceras e modificações da pele, classificação dos estágios da UP e medidas preventivas e de tratamento, recomendados e realizados, com base em evidências científicas (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANCA JUNIOR, 2009).

A ausência de fundamentação teórica e a padronização inadequada para a assistência de enfermagem favorecem o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à clientela, além de problemas legais e éticos aos profissionais (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2014).

As vantagens da adoção de protocolos na assistência de enfermagem, podem ser elencadas como a promoção de segurança aos pacientes e profissionais; diminuição da variabilidade das ações de cuidado; tomada de decisão assistencial adequada, com incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado e desenvolvimento de indicadores para avaliação da qualidade do cuidado. Contudo, é necessário alertar para a ocorrência de falhas na construção dos protocolos, quando não se atendem as recomendações ou não se utilizam os princípios da Prática Baseada em Evidências, o que pode gerar protocolos com recomendações vagas ou não adequadas às características locais. Ainda, a ausência de validação pela

equipe de profissionais e pelos pacientes podem levar a falhas (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2014).

Conceitualmente, protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde, com base em conhecimento científico (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2014).

Muitas vezes, os protocolos são confundidos com Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e rotinas, que segundo COREN-SP (2014), são descrições minuciosas e detalhadas dos passos e materiais utilizados para a execução de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto.

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseadas nas melhores evidências científicas. Além disso, constituem importantes ferramentas para atualização na área da saúde e podem reduzir a diversidade técnica inapropriada na prática clínica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O “Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem”, elaborado pelo COREN-SP (2014), sintetiza doze critérios, recomendados pela OMS e por outros órgãos, nacionais e internacionais:

1. Origem: identificar a instituição/departamento que emite o protocolo;
2. Objetivo: informar as situações e as categorias de clientes para qual o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará;
3. Grupo de desenvolvimento: incluir os grupos profissionais especialistas e relevantes na área e clientes finais;
4. Conflito de interesse: refere-se a aspectos de cunho comercial, econômico/financeiro, ideológico, religioso e político;
5. Evidências: derivam da busca e análise sistemática das evidências científicas, que justificam as ações propostas. As estratégias de busca da

evidência devem ser descritas, com avaliação dos níveis de evidência para subsidiar a sua recomendação;

6. Revisão: revisão por membro externo ao grupo elaborador, aprovação do documento pelos membros do grupo de desenvolvimento do protocolo e diretivo da instituição, com plano de atualização;

7. Fluxograma: é a representação esquemática do fluxo de informações e ações, que subsidia a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto;

8. Indicador de resultado: é uma variável resultante de um processo, capaz de sintetizar ou representar o que se quer alcançar, dando informações sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo. Indicadores precisam ser válidos e confiáveis. O monitoramento de indicadores deve ser atividade planejada e sistematizada, para permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias;

9. Validação pelos profissionais, que utilizarão o protocolo, é importante para garantir que o mesmo seja aceito e utilizado;

10. Validação pelo cliente: o uso de protocolos de assistência tem como premissa a participação dos clientes dos serviços no processo de tomada de decisão, que pode ser maior ou menor, dependendo do tipo de protocolo, que deve estar disponível aos interessados, de forma estruturada e organizada, para consulta e manifestação;

11. Limitações: conter recomendações claramente formuladas, com identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou sobre as quais não há evidências ou se as evidências são fracas;

12. Plano de implantação: apresentar plano de implantação e divulgação.

Neste estudo, adotaremos o conceito de protocolo de Borges et al. (2001), que o define como um plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana, para a implementação de um esquema terapêutico, resultando na sistematização da assistência, maximizando o potencial humano, com redução de custos. Requer o registro de achados clínicos e das informações obtidas na entrevista, por consideramos mais apropriado pela especificidade da temática de nosso estudo na enfermagem.

A elaboração de um protocolo não está limitada ou restrita à criação de um instrumento de coleta de dados, é um processo de construção complexo, que ocorre na coletividade, o qual se dá em fases, e essas podem ser desenvolvidas simultaneamente ou sequencialmente. São seis etapas:

1. Diagnóstico situacional: conhecer a instituição na qual será implementado, enfatizar itens relativos aos pacientes e suas características peculiares;

2. Caracterização da clientela: envolve informações socioeconômico-culturais do paciente e informações epidemiológicas relativas à etiologia dos agravos;

3. Definição das opções terapêuticas: contempla uma avaliação técnico-científica e financeira dos produtos disponíveis no mercado, sendo imprescindível a presença de um especialista em tratamento de feridas ou um profissional com experiência nesta área;

4. Construção de normas de atendimento: deve considerar as informações obtidas na caracterização da clientela, as opções terapêuticas e os recursos humanos designados para o acompanhamento dos clientes com feridas crônicas;

5. Criação de instrumentos para a sistematização do tratamento: elaborar um formulário para registro das informações obtidas na primeira avaliação do paciente com ferida e no acompanhamento por meio das evoluções;

6. Implantação e implementação do protocolo: envolver todos os que colaboraram na construção do protocolo com suas distintas participações. Gestores financeiros (prover os recursos materiais), técnicos de nível superior (treinar, acompanhar e avaliar as ações dos profissionais) e a equipe responsável pela construção do protocolo (acompanhar e avaliar o seu processo de implantação, dar suporte aos profissionais que demonstrarem dificuldades no manuseio do instrumento de coleta de dados e na realização da avaliação clínica).

Diante do exposto, acreditamos que a UP constitui um tipo de lesão de pele importante, que pode ser prevenida nas Instituições de assistência à saúde, quer pública ou suplementar, e o protocolo de prevenção, proposto

segundo as recomendações da literatura científica para a sua elaboração, poderá contribuir efetivamente na qualificação da assistência de enfermagem aos pacientes clínicos, no contexto hospitalar.

4 - MÉTODO E PROCEDIMENTOS

4.1. Etapas do estudo metodológico

Como uma primeira etapa deste estudo metodológico, foi realizada Revisão Integrativa (RI) sobre as recomendações para elaboração de protocolos para UP.

A RI, fundamentada na Prática Baseada em Evidências, é um método que possibilita a síntese da produção científica sobre um determinado tópico mediante análise crítica, que avalia as melhores evidências científicas, para a aplicação destas na prática clínica da enfermagem.

A RI preconiza seis etapas: seleção da questão de pesquisa e hipóteses; seleção dos estudos primários; apresentação das características dos estudos primários; análise dos estudos primários; interpretação dos resultados; e escrita ou relato da revisão (SOARES et al., 2014; STILLWELL et al., 2010).

Desta forma, foi realizada a busca da produção científica, nacional e internacional, mediante o estabelecimento da pergunta: “Quais as recomendações da literatura científica para a elaboração de protocolo para prevenção de UP?”.

Assim, consultamos as bases de dados eletrônicas LILACS e MEDLINE, com indexação internacional (Bireme – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciência da Saúde), utilizando-se os descritores “úlceras por pressão”, “protocolo” e “prevenção”. Os critérios de inclusão foram: artigos em idiomas português-brasileiro, inglês, espanhol e francês, que abordassem a temática do estudo, sem corte temporal, que possibilitasse o alcance da resposta para a pergunta formulada para esta RI.

A busca resultou em 108 artigos, dos quais 81 foram excluídos por não terem relação com a temática; sendo que dos 27 pré-selecionados, seis (6) não estavam disponíveis na íntegra via Biblioteca Central da Universidade de São Paulo *Campus* de Ribeirão Preto e, portanto, 21 artigos científicos constituíram a amostra deste estudo.

Após a leitura e análise dos 21 artigos científicos selecionados, estes foram categorizados em dois temas, “Protocolos” com 12 artigos e “Estratégias de implementação do protocolo” com nove (9) artigos, que subsidiaram a elaboração da proposição do protocolo de prevenção para UP em pacientes clínicos internados no contexto hospitalar, cuja definição dos elementos de sua estrutura serão apresentados posteriormente.

4.2. Níveis de evidência

Os resultados dos estudos científicos podem ser classificados em níveis de evidências, que podem subsidiar as recomendações para a prática clínica. A recomendação está fundamentada na força científica, que fundamenta uma determinada conduta para a prática clínica, sendo que o nível de evidência retrata o delineamento do estudo, bem como a sua validade interna e externa (DOMANSKY; BORGES, 2012).

Neste sentido, adotamos as recomendações propostas pela NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), com a finalidade de assegurar a qualidade do protocolo de prevenção de UP, proposto neste estudo.

Quadro 1 – Grau de recomendação e força de evidência científica. Ribeirão Preto 2016.

Nível de Recomendação	Descrição
A	Ensaio controlado concebido e implementado em úlceras por pressão em humanos (ou em humanos em risco de desenvolver úlcera por pressão), fornecendo resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação (estudos de nível 1).
B	Estudos clínicos concebidos e implementados em úlceras por pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras por pressão), fornecendo resultados estatísticos que suportam a recomendação (estudos de nível 2, 3, 4 e 5).
C	Evidência indireta (estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crônicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

Fonte: NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014.

4.3. Aspectos Éticos

Previamente, o desenvolvimento deste estudo havia sido autorizado pela Gerência de Enfermagem e pelo Comitê de Ética do Hospital São Francisco.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, conforme Resolução 466/2012 para a etapa de validação semântica pelos enfermeiros *expertises* e de aparência pelos enfermeiros assistenciais, segundo o Parecer CEP/EERP-USP número 1.564.471 (Anexo 01).

Foi assegurada a possibilidade de desistência de participação do estudo, a qualquer tempo e os riscos previstos estavam relacionados ao surgimento de desconforto para o participante, que poderia encerrar o preenchimento do

instrumento de coleta de dados e neste caso, o participante seria contatado pela pesquisadora, pois, pela plataforma online “Formulários Google”, seria possível identificar as pessoas que não finalizassem o seu preenchimento. Desta forma, seria possível realizar os esclarecimentos e sanar o desconforto. O tempo previsto para o preenchimento do instrumento era de no máximo 30 minutos.

4.4. Local do estudo

A etapa de análise empírica pelos enfermeiros assistenciais foi desenvolvido em um hospital privado do interior paulista, com 154 leitos, subdivididos em enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de cuidados especiais, unidade de terapia intensiva e unidade coronariana. O hospital possui serviço de pronto atendimento e centro cirúrgico com 12 salas de operações.

4.5. Participantes do estudo

Primeira etapa: validação semântica

Na primeira etapa participaram deste estudo *expertises* (Estomaterapeutas) como juízes para validação de conteúdo ou semântica em relação ao protocolo proposto, cuja finalidade foi avaliar os elementos constituintes deste, na perspectiva da prevenção de UP, a pertinência dos itens e a qualidade da proposição ser entendida pelos enfermeiros assistenciais (PASQUALI, 2010).

Para a seleção destes *expertises*, foram estabelecidos os critérios de inclusão:

- ser enfermeiro Estomaterapeuta ou com título de Doutor;
- ter cadastro na plataforma *Lattes* e ter declarado no resumo do seu Currículo, a experiência clínica com a temática deste estudo;

- ter atualizado os dados nos últimos seis meses;
- ter respondido, via Plataforma “Formulários Google”, o questionário no prazo até 15 dias da data de envio do e-mail convite.

Inicialmente, acessamos a Plataforma *Lattes*, de domínio público, para realizar o convite aos possíveis participantes, mediante os critérios de inclusão. Foi realizada a busca avançada nesta Plataforma, que resultou na identificação de 660 doutores, sendo que se procedeu a leitura dos resumos dos Currículos com identificação de 46 doutores. Desta forma, através da Plataforma *Lattes*, foi enviado e-mail convite aos possíveis participantes, sendo que esta Plataforma apresenta uma restrição de envio de convites, em um total de máximo de cinco por dia.

Foi estabelecido um prazo limite para o recebimento da manifestação sobre a participação neste estudo de 15 dias, a partir da data do seu envio.

Da mesma forma, em relação aos estomaterapeutas, foi realizada a busca com a palavra-chave “Estomaterapeuta”, que resultou em 91 currículos cadastrados. Foi realizada leitura dos seus resumos e identificado 31 estomaterapeutas para os quais foi enviado e-mail convite.

Mediante as manifestações de interesse de participação, foi enviado novo e-mail com TCLE (Apêndice I) e o *link* de acesso à Plataforma com o protocolo proposto, e, conjuntamente ao questionário para a sua validação (Apêndice II).

A amostra final dos *expertises* foi constituída de oito (8) estomaterapeutas, sendo que dentre estes, dois (2) também possuíam a titulação de doutor. Todos contemplaram os critérios de inclusão e participaram de todas as etapas da validação do protocolo, ou seja, além dos aspectos éticos, o acesso à plataforma com preenchimento total dos dados profissionais e as questões específicas em relação ao protocolo proposto.

Para o estabelecimento da participação numérica de juízes, adotamos a recomendação de Pasquali (2010), que sugere de seis a vinte participantes sendo necessário, no mínimo três.

Os participantes desta amostra foram denominados de Profissionais *Expertises* (PE).

Segunda etapa: análise empírica dos itens

Na segunda etapa, de análise empírica dos itens, buscamos avaliar a inteligibilidade dos itens, ou seja, a qualidade do protocolo de “ser entendida” pelos enfermeiros na prática clínica.

A amostra foi constituída por enfermeiros assistenciais, que atuam neste referido hospital, sendo que o critério de inclusão estabelecido foi: ter experiência assistencial com pacientes hospitalizados em unidades de internação clínica, de no mínimo um ano. Estes fizeram a análise empírica dos itens do protocolo, após a validação semântica pelos enfermeiros *expertises*, para avaliar o grau da dificuldade e da discriminação dos itens, verificando o quanto este protocolo seria inteligível na prática clínica.

Foi solicitado à coordenação de enfermagem uma listagem de enfermeiros, que constituiria a amostra para realizar a análise empírica. Foi realizado convite para a participação do estudo, pessoalmente pela pesquisadora, com agendamento para explicação dos objetivos e a entrega do TCLE (Apêndice III) em duas vias, sendo que uma via assinada foi entregue ao participante e a outra arquivada pela pesquisadora.

Nesta instituição, a população de enfermeiros, que atuam em unidades clínicas são 32, destes, conforme informação da coordenação, 23 (71,9%) atendiam os critérios de inclusão deste estudo. Contudo, deste total, 18 enfermeiros estavam em atividade profissional, pois dois (8,7%) estavam afastados, dois (8,7%) de férias e um (4,3%) havia se desligado da empresa.

Portanto, foram enviados e-mails com o link de acesso ao questionário para os 18 enfermeiros, com um prazo estipulado de 25 dias para responder. A amostra final foi constituída de 11 (61,1%) enfermeiros, que responderam todos os itens do questionário online.

Os participantes desta amostra foram denominados de Enfermeiros Assistenciais (EA).

4.6. Instrumento para validação do protocolo

O instrumento para a validação do protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados contemplava dados sociodemográficos e profissionais dos participantes, além da opinião destes em relação a cada um dos itens propostos no protocolo.

Desta forma, foi elaborada uma escala do tipo *Likert* que, neste estudo, consistiu em verificar o nível de concordância do entrevistado com uma série de afirmações, que expressavam aspectos fundamentais em relação à prevenção de UP, ou seja, as ações poderiam ser analisadas pelo participante, tendo as opções para explicitar um posicionamento de dúvida, concordância parcial ou total, ou ainda, de discordância parcial ou total (PASQUALI, 1996).

Desta forma, para validação de conteúdo ou semântica e para análise empírica dos itens do protocolo proposto, estabelecemos para a escala de *Likert* os seguintes escores:

- 1= Discordo totalmente;
- 2= Discordo parcialmente;
- 3= Nem concordo e nem discordo;
- 4= Concordo parcialmente;
- e 5= Concordo totalmente.

Para os cálculos dos escores (codificação) de respostas obtidas dos participantes, cada item recebeu uma atribuição de escores, sendo para a resposta 1, o valor 0; para a resposta 2, o valor 0,25; para a resposta 3, o valor 0,50; para a resposta 4, o valor 0,75; e para a resposta 5, o valor 1. Portanto, para cada item, a pontuação máxima possível foi de valor 1,0 (um) para cada participante. Assim, para caracterizar a concordância necessária, a indicação de pontuação mínima estabelecida foi de 0,75 para cada item, por cada um dos participantes.

Para cada item ser considerado com concordância total e para a sua permanência sem alterações, estabeleceu-se que do total de participantes do estudo, 80% deveriam apresentar a concordância de no mínimo 0,75 para cada item do protocolo. Caso o item não obtivesse 80% de concordância entre os

participantes, este seria modificado com a inclusão das sugestões realizadas, desde que apresentassem fundamentação científica.

A análise das respostas dos participantes foi realizada mediante estatística descritiva, com estabelecimento de respostas em frequência total e percentual, além da avaliação das sugestões com justificativas, que resultaram na proposição final do protocolo.

Para possibilitar esta análise estatística descritiva, os participantes acessaram a plataforma online “Formulários Google”, onde o questionário ficou disponível para a inserção das respostas. Ao término do preenchimento completo, automaticamente estes dados eram incluídos em um banco de respostas no programa *Microsoft Office Excel*, formatado conforme o questionário elaborado pela pesquisadora nesta Plataforma.

Para análise do banco de respostas foram utilizadas quatro fórmulas de funções: Procura na vertical (PROCV); Contar caracteres (CONT.SE); Porcentagens e para o parâmetro das respostas obtidas o “SE”.

A função PROCV permite localizar os dados nas colunas do banco de resposta, comparando-as com os parâmetros definidos para a sua análise, o que possibilita localizar as respostas de interesse (MICROSOFT, 2016).

A função estatística CONT.SE identifica quantitativamente os dados que atendem ao critério de análise estabelecido, contando-os segundo o interesse da pesquisadora (MICROSOFT, 2016).

Para a quantificação da distribuição de respostas foram utilizados cálculos matemáticos de Porcentagem para obter a correspondente relação entre as respostas parciais e seu total (MICROSOFT, 2016).

A função SE permite determinar os parâmetros estabelecidos pela pesquisadora para o estudo, ou seja, “Concordância Total” e “Modificar Segundo Sugestões”, como uma forma de análise lógica, e, principalmente o julgamento das sugestões com fundamentação científica.

Com a análise das respostas, mediante estas quatro funções, foi finalizada a estrutura do protocolo de prevenção de UP e passaremos a apresentar os resultados deste estudo.

5 - RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em duas etapas. A primeira se refere à elaboração do protocolo de prevenção de UP, fundamentada na Revisão Integrativa e a apresentação da proposição deste protocolo. Na segunda etapa serão apresentados os resultados sobre a validação de conteúdo ou semântica pelos PE e a análise empírica dos itens pelos EA, do protocolo proposto. Posteriormente, será apresentada a discussão dos resultados.

5.1.1 A busca por evidências científicas para a elaboração do protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos no contexto hospitalar

A amostra foi constituída de 21 artigos científicos, que foram categorizadas em dois temas: “Protocolos” e “Estratégias de implementação do protocolo”, sendo que a perspectiva da análise considerou os elementos essenciais para o processo, desde a sua elaboração, desenvolvimento, implementação, além de assegurar a sua revisão ao longo do tempo.

A primeira temática foi denominada de “Protocolos” com 12 estudos que focalizavam a importância da coleta de dados de identificação como idade, sexo, cor da pele e procedência do paciente para a elaboração de protocolos para UP, nos contextos clínicos como UTI e unidades de internação. Em relação aos dados clínicos foram indicados diagnóstico principal; tempo de internação; medicamentos em uso; internação clínica ou cirúrgica; índice de massa corpórea; doenças de base; doenças associadas; internação prévia; tabagismo; função vesical/intestinal; antecedentes de UP; antecedentes cirúrgicos; valores de hemoglobina; APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation); SAPS 2 (Simplified Acute Physiology Score) e grau de dependência (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; SILVA; BORGES; DONOSO, 2011; VANDENKERKHOF; FRIEDBERG; HARRISON, 2011; FURNAN et al., 2010; SILVA et al., 2010; LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; MENEGON

et al., 2007; BARBUT et al., 2006; STEPHEN-HAYNES, 2006; BARROS; ANAMI; MORAES, 2003).

Dentre os diagnósticos clínicos verificamos aqueles relacionados ao sistema digestório, cardiovascular, respiratório, hematológicos, neurológicos e neoplásicos (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; SILVA; BORGES; DONOSO, 2011; FURNAN et al., 2010).

O tempo de internação prolongado e a utilização de escalas para avaliar risco de desenvolvimento de UP como a Braden foram consideradas importantes (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; SILVA; BORGES; DONOSO, 2011; VANDENKERKHOF; FRIEDBERG; HARRISON, 2011; FURNAN et al., 2010; SILVA et al., 2010; LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; MENEGON et al., 2007; BARBUT et al., 2006; BARROS; ANAMI; MORAES, 2003)

A identificação das UP foi em diferentes localizações anatômicas e em diferentes estágios, sendo as úlceras em calcâneo, região sacra, glúteo, trocânter, tornozelo e ísquio, nos estágios I, II e III. (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; SILVA; BORGES; DONOSO, 2011; VANDENKERKHOF; FRIEDBERG; HARRISON, 2011; FURNAN et al., 2010; LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; BARBUT et al., 2006).

Para realização de uma análise dos protocolos, foi recomendada a utilização de instrumentos, que tivessem transparência dos elementos avaliados e rigor metodológico (WIMPENNY; VAN ZELM, 2007; WILBORN; HALFENS; DASSEN, 2006).

A segunda temática “Estratégias de implementação do protocolo” com nove artigos, abordou sobre as estratégias de implantação e implementação de protocolos de prevenção e tratamento de UP, avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre as escalas de risco, condutas de prevenção para UP e a conformidade dos cuidados de UP em relação aos indicadores de qualidade (REVELLO; FIELDS, 2012; ASIMUS; MACLELLAN; LI, 2011; DAHLSTROM et al. 2011; PASSOS; SADIGUSKI; CARVALHO, 2010; VALENÇA et al., 2010;

DE LAAT et al.,2006; CLARKE et al.,2005; LYDER et al.,2001; XAKELLIS et al.,2001).

Houve o envolvimento da equipe multiprofissional, enfermeiros, equipe de enfermagem e familiares e/ou cuidadores no desenvolvimento de atividades educativas sobre UP, sendo que os conteúdos abordados foram conceito e prevenção de UP, tratamento das lesões, estadiamento e avaliação de risco (REVELLO; FIELDS, 2012; ASIMUS; MACLELLAN; LI, 2011; VALENÇA et al., 2010; DE LAAT et al.,2006; CLARKE et al.,2005; XAKELLIS et al.,2001).

Para a implementação e manutenção dos protocolos, foram utilizadas diferentes estratégias como obrigatoriedade de participação na atividade de educação permanente, capacitação admissional funcionários, atividade clínica de avaliação de pele de pacientes internados, bem como a criação de equipes de líderes com capacitação específica aliada à alta gestão (REVELLO; FIELDS, 2012; ASIMUS; MACLELLAN; LI, 2011; DE LAAT et al., 2006; XAKELLIS, 2001).

Em relação à divulgação dos protocolos foram utilizados pôsteres beira leito com indicação de risco para UP, cartões de bolso sobre estadiamento, instruções para a documentação e medidas terapêuticas para tratamento, que também foram divulgadas via intranet e pôsteres impressos (DAHLSTROM et al., 2011).

A implementação do protocolo pode ser favorecida com investimentos em recursos humanos como a contratação de um consultor para cuidados com a pele na gerência de enfermagem, a adequação do quadro funcional, que permitiu a avaliação de desempenho da equipe e reconhecimento de mérito (REVELLO; FIELDS, 2012; XAKELLIS, 2001).

Outro aspecto recomendado foi a substituição de colchões hospitalares padrão por colchões de redução da pressão, além do enfrentamento de barreiras como falta de tempo, acúmulo de tarefas e falta de liderança (REVELLO; FIELDS, 2012; ASIMUS; MACLELLAN; LI, 2011; DAHLSTROM et al. 2011; DE LAAT et al., 2006).

Diante desta RI, apresentamos o protocolo elaborado, com explicitação dos níveis de evidência encontrados, contemplando os elementos A, B, C e D sendo:

A. Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela: são os dados de identificação do paciente e os dados sociodemográficos e clínicos para subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos;

B. Definição das opções terapêuticas: é constituída da avaliação de risco de UP e da avaliação da UP, que auxiliam o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos disponíveis na instituição;

C. Implementação do protocolo: trata-se das descrições das ações de prevenção como utilização da escala de Braden; avaliação da pele; cuidados com a pele; acompanhamento nutricional dos pacientes; reposicionamento e dispositivos para alívio da pressão;

D. Implantação do protocolo: conjunto de elementos como estratégias de educação permanente; provisão de recursos humanos e materiais; apoio da gestão e liderança dos enfermeiros, que asseguram a implantação e sua manutenção.

Quadro 2 – Protocolo proposto com elementos constituintes: Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela; Definição das opções terapêuticas; Implementação do protocolo e Implantação do protocolo, com base na Revisão Integrativa. Ribeirão Preto, 2016.

A. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA	
Justificativa: Subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e escolha de recursos.	
A. 1 Identificação do paciente	
A.1.2 Registro/ Matrícula institucional	
A.1.3 Tipo de convênio de saúde (público ou privado)	
A.2 Dados sociodemográficos	
A.2.1 Idade:	
A.2.2 Sexo:	
A.2.3 Cor da pele:	
A.2.4 Local de residência (domicílio ou instituição de longa permanência)	
A.3 Dados clínicos	
A.3.1 Hipótese diagnóstica de internação:	
A.3.2 Procedência do paciente na atual internação:	
A.3.3 Tempo de internação:	
A.3.4 Doenças de Base:	
A.3.5 Medicamentos em uso:	
A.3.6 Índice de massa corporal (IMC):	
A.3.7 Tabagismo:	
A.3.8 Presença de incontinências (urinária ou fecal)	
A.3.9 Antecedentes de Úlcera por Pressão:	
A.3.10 Valores de hemoglobina:	
A.3.11 Grau de dependência (Fugulin):	
B. DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS	
Justificativa: Subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem e escolha de recursos.	
B.1 Avaliação de Risco de UP	
B.1.1 Utilização da Escala de Braden	
B.2 Avaliação da UP	
B.2.1 Número de Lesões:	
B.2.2 Estadiamento:	
B.2.3 Localização:	
B.2.4 Dimensões:	
B.2.5 Tipo de tecido:	
B.2.6 Tipo e quantidade de exsudato:	
B.2.7 Margens (tunelização/descolamentos):	
B.2.8 Dor:	

C. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO	
C.1 Utilização da Escala de Braden	
Finalidade: Identificar pacientes com risco de desenvolvimento de UP.	
Cuidados de enfermagem	
C.1.1	Realizar uma avaliação do risco após a admissão, nas primeiras 24 horas (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.1.2	Reavaliar periodicamente e sempre que houver alterações significativas na condição de saúde do cliente (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.1.3	Documentar todas as avaliações do risco (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
Justificativa: A adoção de escalas de predição de risco para UP é amplamente recomendada e se mostram efetivas para a sua prevenção. O escore de risco é determinante na condução do cuidado.	
C.2 Avaliação da Pele	
Finalidade: Prevenir, classificar, diagnosticar e tratar UP.	
Cuidados de enfermagem	
C.2.1	Realizar a avaliação completa da pele simultânea à avaliação do risco, após admissão do cliente, nas primeiras 24 horas (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.2.2	Reavaliar a pele periodicamente e sempre que houver alterações significativas na condição de saúde do cliente (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.2.3	Reavaliar áreas cutâneas de proeminências ósseas a cada reposicionamento (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.2.4	Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, buscando sinais de lesão por pressão (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.2.5	Documentar os resultados de todas as avaliações da pele (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
Justificativa: A identificação precoce de alterações na pele e de UP estágio I favorecem prevenção de agravos. As alterações de pele identificadas na admissão do paciente devem ser testemunhadas por familiares, sempre que possível, e registradas em prontuário, a fim de respaldar a equipe de saúde.	
C.3 Cuidados com a Pele	
Finalidade: Promover a integridade da pele.	
C.3.1	Evitar posicionar o cliente sobre a pele com hiperemia não reativa (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: O eritema indica a dificuldade da pele em recuperar a condição de normalidade e requer maior tempo para nova exposição à pressão	
C.3.2	Manter a pele limpa e seca para proteção da umidade por meio de produtos barreira (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: A umidade proveniente de sudorese, exsudatos e incontinências aumentam os riscos de desenvolver UP.	
C.3.3	Não massagear nem friccionar a pele com hiperemia (Força da Evidência = C) ^(1,2) .

Justificativa: Friccionar a pele pode causar destruição tissular e reação inflamatória.
C.3.4 Manter a pele hidratada (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.4 Acompanhamento Nutricional dos pacientes com risco para UP Finalidade: Identificar pacientes que necessitam de intervenção nutricional. Justificativa: Pacientes com dificuldades de digestão e de absorção de nutrientes possuem maior probabilidade para desenvolver lesões de pele ⁽²⁾ .
Cuidados de enfermagem
C.4.1 Calcular o Índice de Massa Corporal - IMC (< 18,5: abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9: peso normal; 25 a 29,9: sobrepeso; igual ou acima de 30: obeso) ⁽³⁾ .
C.4.2 Solicitar avaliação nutricional para pacientes em risco de UP (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.5 Reposicionamento Finalidade: Reduzir a pressão localizada, com reposicionamento ou utilização de superfícies de redistribuição de pressão.
Cuidados de enfermagem
C.5.1 Reposicionar os pacientes com risco de desenvolver ou com UP, a menos que contraindicado (Força da Evidência = A) ^(1,2) .
Justificativa: Pacientes com mobilidade limitada apresentam maior risco para UP.
Cuidados de enfermagem
C.5.2 Considerar a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso para determinar a frequência do reposicionamento (Força da Evidência = A) ⁽¹⁾ .
C.5.3 Reposicionar o paciente independentemente da superfície de apoio em uso (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.4 Estabelecer planos de reposicionamento descrevendo a frequência e tempo dos posicionamentos (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.5.5 Reposicionar o paciente, de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal ⁽²⁾ . Nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão ¹ , ou seja, o reposicionamento é indispensável.
Cuidados de enfermagem
C.5.6 Evitar a pressão ou forças de torção (cisalhamento) na pele, não arrastar, levantar o paciente enquanto o reposiciona, usando lençol móvel. (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.7 O reposicionamento deve ser feito a 30° na posição de semi-Fowler e para posições laterais (alternando lado direito, dorsal e lado esquerdo). Evitar o Fowler acima dos 30°, a posição deitada lateralizado a 90°, ou a posição de

semideitado, pois estas posturas aumentam a pressão. Em todos os casos, considerar a tolerância do cliente paciente e sua condição clínica (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: Na posição sentada, com elevação da cabeceira em ângulo superior a 30º ocorre centralização e aumento da pressão sobre cóccix e sacro; porém, elevar a cabeceira da cama, acima de 30º, pode ser clinicamente necessário para prevenir aspiração e pneumonia associada à ventilação, nestes casos, atentar-se para a minimização das forças de cisalhamento ^(1,2) .
Cuidados de enfermagem
C.5.8 Quando sentado (na vertical) garantir que os pés estejam apoiados diretamente no chão ou em uma superfície de apoio para os pés (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.9 Quando o paciente já desenvolveu uma UP, minimizar o tempo de permanência sentado e avaliar os riscos e benefícios desta posição (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
Justificativa: O apoio sob os pés impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura deste apoio deve permitir uma ligeira flexão da bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal ^(1,2) .
Cuidados de enfermagem
C.5.10 Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama, livres de pressão (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.11 Não utilizar para elevar os calcâneos, dispositivos em forma de anel ou argola, embalagens de fluidos intravenosos ou luvas cheias de água (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.12 Utilizar uma almofada ou travesseiro, abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes, o joelho deve permanecer ligeiramente fletido (Força da evidência B) ^(1,2) .
Justificativa: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a Trombose Venosa Profunda ⁽²⁾ .
C.5.13 Documentar os reposicionamentos, especificando frequência e posição, bem como os resultados observados (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.6 Dispositivos para alívio da pressão
Finalidade: Distribuir a pressão e promover conforto.
Cuidados de enfermagem
C.6.1 Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: As bordas destes dispositivos criam áreas de pressão elevadas, que podem danificar os tecidos.
C.6.2 Utilizar colchões de espuma altamente específica, ao invés de colchões hospitalares padrão, em todos os pacientes com risco para desenvolver UP (Força da evidência A) ^(1,2) .

Justificativa: A UP tem a forma de um cone invertido, em que sua base é maior do que seu ápice (pele), sendo que ao utilizar os dispositivos em forma de anel, a pressão ficará concentrada ao redor da UP, intensificando-a.
C.6.3 Utilizar um assento de redistribuição de pressão em pacientes com risco de UP, quando na posição sentada (nível de evidência B) ^(1,2) .
Justificativa: As almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, não usar almofadas de gel, pois estas aumentam a pressão ^(1,2) .
D. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO
D.1 Educação permanente
Justificativa: Garantir a continuidade das ações previstas no protocolo.
Ações
D.1.1 Treinamento admissional
D.1.2 Treinamentos periódicos para equipe multiprofissional
D.1.3 Utilização de estratégias e materiais para capacitação profissional
D.1.4 Sinalizador visual do paciente com risco e “relógio de mudança de decúbito”
D.2 Provisão de recursos humanos e materiais
Justificativa: Garantir a exequibilidade das ações de prevenção.
Ações
D.2.1 Prever e prover recursos humanos capacitados para a implementação das ações previstas no protocolo
D.2.2 Prever e prover recursos materiais suficientes
D.2.3 Avaliar novos recursos tecnológicos para possível adoção como medida preventiva
D.2.4 Avaliar periodicamente a previsão e a provisão de recursos humanos e materiais mediante análise do perfil da clientela
D.3 Apoio da gestão
Justificativa: Fomentar a responsabilidade compartilhada, promover o reconhecimento das ações e a melhoria contínua.
Ações
D.3.1 Incentivar implementação de medidas preventivas
D.3.2 Divulgar e utilizar os resultados alcançados na avaliação da assistência de enfermagem e da assistência à saúde
D.3.3 Utilização dos resultados alcançados para avaliação da qualidade da assistência prestada
D.4 Liderança dos Enfermeiros
Justificativa: Assegurar a implementação do protocolo.
Ações
D.4.1 Equipe de multiplicadores

D.4.2 Garantir a implantação e implementação do protocolo de prevenção de UP
--

D.4.3 Avaliar e revisar periodicamente o protocolo
--

⁽¹⁾NPUAP, 2014; ⁽²⁾BRASIL, 2013; ⁽³⁾ABESO, 2009.

5.1.2. Discussão

Na elaboração deste protocolo, tecemos considerações em relação aos elementos, que asseguram o seu processo de implantação e de implementação, com fundamentação científica.

Na temática “Protocolos”, identificamos aspectos fundamentais para a elaboração de protocolo para prevenção de UP, mediante análise das evidências científicas na RI. Assim, incluímos além dos dados sociodemográficos, os dados clínicos, que são as informações sobre as patologias de base, que constituem os fatores desencadeadores destas lesões. Estas informações possibilitam a avaliação do comprometimento da condição clínica do paciente, que pode apresentar redução da percepção sensorial, da mobilidade e de atividade, o que aumenta risco para desenvolvimento de UP. Contudo, na nossa análise não conseguimos identificar uma patologia de base específica (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; SILVA; BORGES; DONOSO, 2011; VANDENKERKHOF; FRIEDBERG; HARRISON, 2011).

Por outro lado, houve a recomendação da utilização de escalas de predição de risco para o desenvolvimento de UP, sendo predominantemente a escala de Braden, que favorece a definição de condutas da equipe, cujas medidas de avaliação incluem os principais fatores da fisiopatologia da UP (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; FURNAN et al., 2010; SILVA et al., 2010; LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; MENEGON et al., 2007; BARROS; ANAMI; MORAES, 2003).

Com a elaboração deste protocolo, buscamos favorecer a avaliação de dados, que possibilita o estabelecimento de intervenções de enfermagem para pacientes clínicos, no contexto do atendimento hospitalar.

Ao elaborarmos este protocolo buscamos elementos, que pudessem dar uma característica dinâmica, considerando o processo como um todo, em uma perspectiva que o tornasse viável e relevante para a prática clínica, com clareza de conteúdo e de fácil entendimento.

Na temática “Estratégias de implementação do protocolo” destacaram-se as estratégias fundamentais, que asseguram a sua viabilidade e sua implantação, como a capacidade de liderança dos enfermeiros, apoio da gestão, estratégias para educação permanente, além de provisão de recursos humanos e materiais, que devem estar contemplados na proposição de um protocolo de prevenção para UP (REVELLO; FIELDS, 2012; ASIMUS; MACLELLAN; LI, 2011; DAHLSTROM et al. 2011; PASSOS; SADIGUSKI; CARVALHO, 2010; VALENÇA et al., 2010; DE LAAT et al.,2006; CLARKE et al.,2005; LYDER et al.,2001; XAKELLIS et al.,2001).

Desta forma, em um dos artigos sobre implementação da Prática Baseada em Evidências para UP, indicou a necessidade de inclusão de estratégias como educação permanente eficaz, disponibilidade para mudanças na prática clínica, provisão de recursos humanos, de equipamentos e suprimentos, além do apoio administrativo para superar desafios na obtenção da qualidade das recomendações, das ações de cuidados na prática clínica dos profissionais, das características locais, dos incentivos e dos fatores inerentes ao paciente. A mera existência de diretrizes de prática clínica não significa melhores resultados, pois isto dependerá das estratégias utilizadas e a operacionalização destas (CLARKE et al., 2005)

Os protocolos de algumas instituições de saúde brasileira apresentam elementos constituintes como: introdução, que inclui finalidade, justificativa e abrangência; definição de termos adotados; e intervenções e monitoramento de indicadores (HOSPITAL SÃO PAULO UNIFESP, 2016; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA/ FIOCRUZ, 2013; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2010).

Predominantemente, estes protocolos focalizam a realização dos cuidados de avaliação de risco, vinculados a outros cuidados de enfermagem,

porém não considera estratégias de implantação e de manutenção da operacionalização para a sua implementação.

Comumente, os protocolos são estruturadas como descrições procedimentais e rotineiras, elaborados em forma de POPs, sem maior preocupação em justificar cada etapa com argumentação em evidências científicas.

Na elaboração do nosso protocolo, os elementos constituintes focalizaram a integralidade do cuidado, assim como os aspectos gerenciais dos cuidados de enfermagem e da instituição. Muito mais que uma avaliação clínica, objetiva a implementação de ações preventivas, com estratégias de implantação e de revisão periódica. Acreditamos que estas características o tornam exequível, favorecendo a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes clínicos, no contexto hospitalar.

5.2. Caracterização dos PE e EA

5.2.1. Perfil acadêmico e de atuação profissional dos PE

Para a apresentação da validação semântica ou de conteúdo do protocolo de prevenção de UP pelos PE e da análise empírica dos itens pelos EA, apresentamos primeiramente o perfil de formação acadêmica e de atuação destes participantes.

Tabela 1 – Caracterização do perfil de formação acadêmica e de atuação dos profissionais *expertises* (PE), participantes do estudo. Ribeirão Preto 2016.

Variáveis	N	%
IDADE		
20 a 30 anos	2	25,0
31 a 40 anos	3	37,5
41 ou mais	3	37,5
FORMAÇÃO ACADÊMICA (possibilidade de mais de uma resposta)		
Especialização (Enfermagem em Estomaterapia)	8	100
Doutorado	2	25
SETOR ATUAL DE TRABALHO		
Ambulatório	3	37,5
Clínica Cirúrgica	1	12,5
Clínica Médica	1	12,5
Educação/ Pesquisa/ Auditoria	3	37,5
EXPERIÊNCIA ASSISTÊNCIAL PACIENTES COM RISCO/UP INSTALADA		
De 1 a 3 anos	2	25
Acima de 3 anos	6	75
IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO		
Sim	8	100
Não	0	0
CONSIDERA-SE CAPACITADO		
Sim	8	100
Não	0	0
AQUISIÇÃO DE CAPACITAÇÃO (possibilidade de mais de uma resposta)		
Interesse próprio (Especialização/ Doutorado)	8	100
Institucional	8	100

Com relação aos PE, temos que, dos 08 participantes do estudo, 02 (25%) tinham idade entre 20 e 30 anos, 03 (37,5%) entre 31 a 40 anos e 03 (37,5%) acima de 41 anos.

Em relação à formação acadêmica 08 (100%) declararam ser especialistas, no caso, estomaterapeutas. Deste total, 02 (25%) possuíam, também a titulação acadêmica de Doutor.

Atualmente 03 (37,5%) PE trabalhavam em Ambulatório, 01 (12,5%) em clínica cirúrgica, 01 (12,5%) clínica médica e os outros 03 (37,5%) em educação/pesquisa/auditoria.

O tempo de experiência com pacientes em risco ou com UP foi de um a três anos (25%) e acima de três anos (75%).

Todos os PE valorizaram a capacitação profissional e se consideraram capacitados para prestar assistência a esta clientela. Os PE referiram que a capacitação foi adquirida por interesse próprio (especialização/doutorado), mas que também houve capacitação institucional em 100% das respostas.

Com a análise do perfil dos PE, sendo que 100% eram Estomaterapeutas, consideramos que estes realmente tinham plena condição para validar os elementos deste protocolo, pois, estes possuíam domínio e conhecimento da temática, bem como experiência clínica especializada. Além disso, a participação de especialistas com formação *Stricto Sensu* (doutorado), ampliou o rigor da validação.

5.2.2. Perfil acadêmico e de atuação profissional dos EA

Dos 11 EA que responderam o questionário, 03 (27,3%) tinham idade entre 20 e 30 anos, 05 (45,5%) entre 31 e 40 anos; e acima de 41 anos 03 (27,3%).

A formação acadêmica foi reportada por 07 (63,6%) enfermeiros como especialização; 03 (27,3%) graduação e 01 (9,1%) mestre. As especializações cursadas pelos participantes foram categorizadas em especialidades clínicas (Oncologia; Hemodinâmica; Cardiologia; UTI; Urgência e Emergência) e especialidades de gerenciamento de cuidado (Enfermagem do Trabalho; Saúde Pública; Centro Cirúrgico; Auditoria e Saúde da Família).

Tabela 2 – Caracterização do perfil de formação acadêmica e atuação profissional dos enfermeiros assistenciais (EA), participantes do estudo. Ribeirão Preto 2016.

Variáveis	N	%
IDADE		
20 a 30 anos	3	27,3
31 a 40 anos	5	45,5
41 ou mais	3	27,3
FORMAÇÃO ACADÊMICA		
Graduação	3	27,3
Especialização	7	63,6
Mestrado	1	9,1
OUTRA ESPECIALIZAÇÃO (possibilidade de mais de uma resposta)		
Especialidades Clínicas		5
Especialidades de gerenciamento de cuidados		6
SETOR ATUAL DE TRABALHO		
Clínica Médica e Cirúrgica	11	100
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL - ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM RISCO /UP INSTALADA		
De 1 a 3 anos	4	36,4
Acima de 3 anos	7	63,6
IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO		
Sim	11	100
Não	0	0
CONSIDERA-SE CAPACITADO		
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
AQUISIÇÃO DE CAPACITAÇÃO (possibilidade de mais de uma resposta)		
Interesse próprio		6
Institucional		7
Prática profissional		5

O setor atual de trabalho referido por 100% dos EA foi clínica médica e cirúrgica, sendo que o tempo de experiência assistencial com pacientes, com

risco de UP ou UP instalada, foi de um a três anos para quatro (36,4%) respondentes e acima de três anos para sete (63,6%).

A capacitação profissional foi considerada importante por todos os EA e somente um não se considera capacitado para prestar assistência aos pacientes com risco ou com UP.

Em relação à capacitação sobre a temática, quatro enfermeiros relataram que esta resulta de busca por interesse próprio e de sua prática clínica, porém não reconheceram a existência formal de educação permanente institucional.

Três enfermeiros reconheceram e usufruíram de capacitação por meio de educação permanente institucional.

Para três enfermeiros houve capacitação formal institucional e também vinculação com a sua prática clínica.

Para um participante, a sua capacitação estava vinculada à educação permanente institucional e ao seu interesse próprio, contudo, não reconhecia a influência de sua prática clínica.

A formação acadêmica dos EA, após a graduação, retratou a busca de formação especializada em uma diversidade de áreas clínicas, que prestam assistência a pacientes que podem apresentar risco de UP ou UP instalada.

Por outro lado, as especializações na área de gerenciamento de cuidado favorecem o desenvolvimento de discussões sobre os indicadores da qualidade de assistência de enfermagem, com aprofundamento dos aspectos de planejamento, previsão e provisão de recursos para a assistência à saúde.

Estas formações especializadas associadas à experiência clínica favoreceram a aquisição de uma competência para participar da validação deste protocolo.

Apesar de três participantes não possuírem formação especializada, referiram que receberam a capacitação institucional sobre a temática, e mediante à prática clínica, apresentavam condições para realizar a análise empírica do protocolo.

5.3. Validação semântica ou de conteúdo do protocolo pelos PE

No grupo de PE houve discordância na questão “A.1.3 Tipo de convênio de saúde (público ou privado)”, contudo, apesar do direito ao princípio de equidade e igualdade, que deve se estender a todos os usuários dos serviços de saúde, em instituições privadas, existem diferenças na prestação de serviços, a depender do tipo de contrato firmado entre prestador e beneficiário.

Por exemplo, em alguns contratos são previstos atendimento domiciliário, assim há possibilidade do paciente com UP ser acompanhado com seguimento de equipe multiprofissional enquanto, outros, não possuem este tipo de cobertura para a sua assistência à saúde.

É importante ressaltar que, embora tivéssemos solicitado aos participantes para que comentassem, em caso de discordância dos itens, não foram realizados quaisquer comentários sobre este item.

Apesar da indicação de discordância deste item pelos PE, considerando a argumentação apresentada, não foi realizada a modificação deste item.

Os participantes desta validação foram os Estomaterapeutas cadastrados na Plataforma *Lattes* como um critério para compor uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) para a temática do estudo (PASQUALI, 2010).

Acreditamos que houve apenas um item de discordância pelos PE pelo fato da elaboração deste protocolo ter sido realizada com base na RI sobre a temática, que definiu os elementos e as ações preventivas, bem como nos *Guidelines* atualizados. Ainda, acresce-se o fato das pesquisadoras terem a formação especializada em Estomaterapia, com experiência clínica e de pesquisa sobre a temática. Acreditamos que estes aspectos foram importantes na elaboração da proposição deste protocolo, que segundo a avaliação dos PE, não necessitava de maiores modificações.

Portanto, consideramos que houve validação semântica ou de conteúdo do protocolo para prevenção de UP, segundo a nossa proposição. Ou seja, os juízes ao avaliarem os itens, bem como as medidas de prevenção de UP,

apresentaram concordância positiva, ou seja, acima de 0,75 em cada item por 80% dos PE (PASQUALI, 2010).

5.4. Análise empírica dos itens do protocolo pelos EA

No grupo dos EA, houve discordância em três itens do questionário. Assim, após nova revisão de literatura, especificamente sobre os temas de cada questão, optamos em mantê-las, conforme as justificativas para a:

- Questão “A.1.1 Nome”: A identificação do paciente assegura que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Dentre as recomendações de ações para segurança do paciente está a adoção, pelas instituições de saúde, de pelo menos dois identificadores para a certificação do paciente, como por exemplo, o nome completo e data de nascimento (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Além das questões de segurança, a utilização do nome do paciente permeia a humanização e a individualização do cuidado, exercendo o respeito e integralidade nas ações de enfermagem, na rotina hospitalar em UTI, assim como a percepção do enfermeiro sobre os princípios bioéticos no atendimento. O tratamento pelo nome foi apontado como ação de respeito, que auxilia no processo de cuidar (BARBOSA, SILVA, 2013).

- Questão “A.3.5 Medicamentos em uso”: Será mantido, em decorrência da utilização deste item estar relacionado à gênese das UP. Os sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos e anti-histamínicos induzem o sono e reduzem a mobilidade; e os analgésicos diminuem o estímulo fisiológico ao alívio da pressão. Os glicocorticoides suprimem a resposta inflamatória, reduzem a migração de macrófagos, fibroblastos, síntese de colágeno e sua força tênsil, além de diminuir a atividade da célula endotelial prejudica todo o processo de contração e epiteliação das feridas, por intolerância tecidual, o que potencializa o risco de ruptura da pele por forças de fricção, cisalhamento e pressão. Os medicamentos com ação citotóxica e imunossupressora também diminuem a resistência e a tolerância do tecido à pressão (BLANES et al., 2003). E por outro lado, os agentes hipotensores, drogas vasoativas, betabloqueadores e simpatomiméticos inotrópicos podem causar

vasoconstrição periférica com consequente redução da perfusão tissular, aumentando a suscetibilidade e favorecendo o desenvolvimento da UP. Portanto, o conhecimento sobre as medicações utilizadas pelo paciente permite ao enfermeiro realizar a sistematização da assistência, focalizando possíveis efeitos colaterais, favorecer a prevenção de UP com estabelecimento de ações de enfermagem (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2010; FERNANDES; CALIRI, 2000).

- Na “C.6.1 Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola” houve maior predomínio da resposta “3. Nem concordo e nem discordo”, contudo, ao analisarmos as outras questões, concluímos que ainda há desconhecimento entre os profissionais em relação à contraindicação do uso deste tipo de dispositivo.

Com nível de evidência C, segundo Guideline da NPUAP (2014), a contraindicação do uso de dispositivos do tipo anel, argola ou boia se justifica pela possibilidade de suas extremidades criarem zonas de alta pressão, e, consequentemente danificar o tecido. Além disso, a UP tem a forma de um cone invertido, em que sua base é maior do que seu ápice (pele) e a utilização de dispositivos forma de anel, concentra ainda mais a pressão ao redor da lesão potencializando ainda mais o risco (FERNANDES; CALIRI, 2000; ROGENSKI, 2002; BLANES et al., 2003).

Os itens A.1.1 e A.3.5, compõem a segunda parte do protocolo: “Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela” e estão referenciados na coleta de dados como “Identificação do paciente” e “Dados clínicos”. Por outro lado, o item C.6.1, é contemplado na terceira parte do protocolo “Implementação do Protocolo, que descreve e justifica diversas ações, que devem ser realizadas para a prevenção de UP.

Estes itens foram escolhidos para compor o protocolo, considerando a proposta da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que objetiva a identificação das necessidades do paciente e subsidia o atendimento da equipe de enfermagem. É composta por fases interligadas, compreendendo histórico (coleta de dados e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento,

implementação e avaliação (CERULLO; CRUZ, 2010; BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013; SANTOS, 2014).

A identificação de todos os dados do paciente relacionados ao desenvolvimento da UP e sua prevenção, devem compor o histórico de enfermagem, subsidiando o raciocínio clínico do enfermeiro, presente em todas as ações e decisões assistenciais e que contemplam o diagnóstico, a escolha de intervenções apropriadas e a avaliação dos resultados obtidos.

A multicausalidade das UP, desafia o enfermeiro a desenvolver habilidades de pensamento crítico e reflexivo afim de analisar, interpretar, avaliar, inferir julgamento e explicações, baseadas em evidências, para a tomada de decisão e para a implementação de ações de prevenção.

O pensamento crítico em enfermagem tem como componentes principais a coleta e busca de informações, questionamentos e investigação, análise e avaliação, além de resolução de problemas e aplicação da teoria. Desta forma, o pensamento crítico deve ser a base para a tomada de decisão na prática clínica e na implementação do processo de enfermagem (REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO, 2016a).

As estratégias mais utilizadas para promover o pensamento crítico incluem discussões em grupo, escrita reflexiva, com utilização de orientações e perguntas específicas, além de estudos de casos, baseados em experiências clínicas dos profissionais (REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO, 2016a).

O processo educativo de profissionais deve buscar a integração ensino-serviço, entendida por Borges e Domansky (2012) como o trabalho coletivo, que integra estudantes e professores às equipes das instituições de saúde.

Neste contexto, o educador é responsável por organizar e socializar o cenário pedagógico para formar profissionais críticos, que possam transformar a realidade. Logo, o conteúdo a ser ensinado e apreendido deve estar vinculado à prática para que o educando tenha motivação para estudar e problematizar uma situação de aprendizagem clínica (DOMANSKY, BORGES, 2012).

Para tal, o processo educacional deve mesclar os modos de ensino formal e informal, com a problematização da realidade e integrar o aluno ao seu ambiente cultural, social e biológico, no contexto de assistência à saúde (DOMANSKY, BORGES, 2012; MITRE et al., 2008).

As estratégias de ensino podem ser de diferentes metodologias, assim temos as centradas na pessoa que ensina (método tradicional) ou centradas naquela que aprende (método dialógico). No método tradicional, nas aulas expositivas, o aluno participa passivamente enquanto escuta o professor transmitir as informações; e no grupo de discussão, o aluno pode participar ativamente enquanto as discussões são guiadas pelo professor, possibilitando o compartilhamento de ideias e emoções, porém pessoas tímidas podem não se beneficiar neste método. Por outro lado, no método dialógico, nas simulações ocorrem a participação ativa do aluno, à medida que este se envolve no cenário construído pelo professor, que favorece e facilita a socialização e a percepção por meio da dramatização e dos jogos, que requerem a participação ativa dos alunos (DOMANSKY, BORGES, 2012).

Os diferentes estilos de aprendizagem e os programas de atualização na área da saúde devem ser valorizados, planejados e implementados, a partir da prática profissional e das experiências dos participantes para oferecer oportunidades de aperfeiçoamento de habilidades, conhecimentos e atitudes, em seu próprio ambiente de trabalho (DOMANSKY, BORGES, 2012; CERULLO, CRUZ, 2010; MITRE et al., 2008).

Um programa de educação permanente para prevenção de UP deve ser baseado nos princípios da Educação de adultos (Andragogia), nível de informações prestadas e envolvimento dos participantes. Sugere-se abordar: etiologia e fatores de risco para UP; ferramentas de avaliação de risco; avaliação da pele; estadiamento; seleção e utilização de superfícies de suporte, planejamento individualizado do cuidado com a pele; demonstração de posicionamento e transferência; instrução sobre a documentação e papéis e responsabilidades dos membros da equipe na prevenção de UP. A eficácia destes programas deve ser avaliada periodicamente (REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO, 2011).

De maneira geral, existem questionamentos dos enfermeiros sobre os cuidados preventivos destas lesões, e estas podem ser minimizadas ou sanadas por meio da educação permanente.

A análise empírica dos itens do nosso protocolo pelos EA objetivou a verificação da inteligibilidade dos profissionais na prática clínica, principalmente em relação a sua operacionalização, conforme Pasquali (2010).

Portanto, esta etapa foi fundamental, pois possibilitou a análise empírica das evidências científicas na proposição do protocolo, bem como a sua aplicabilidade em um contexto clínico hospitalar, escolhido pelas pesquisadoras neste estudo.

5.5. Cartilha de implementação estratégica do protocolo

Apesar de não ter constituído discordância para o item, com a análise de dados, observamos que no espaço reservado para comentários livres, os EA manifestaram a importância dos itens e também apontaram dificuldades, necessidades e expectativas em relação ao protocolo proposto, considerando as suas experiências clínicas prévias.

Diante disso, desenvolvemos a “Cartilha de implementação estratégica do protocolo de prevenção de UP”, para padronizar a implementação, clarificando conteúdo teórico e as indicações das medidas preventivas em material físico, ampliando as possibilidades de sua operacionalização.

Os comentários dos EA foram categorizados em Incorporação do protocolo na cultura institucional e Guia de consulta para implementação do protocolo.

Incorporação do protocolo na cultura institucional:

O sucesso da implementação de um protocolo em uma instituição de saúde depende de sua viabilidade e reconhecimento de sua necessidade pelos profissionais envolvidos.

É preciso mais do que a consciência e distribuição de recomendações e protocolos para levar as pessoas a mudarem suas ações profissionais. As

ações devem ser adaptadas para a prática de forma sistematizada e participativa, assegurando que as recomendações sejam exequíveis no contexto hospitalar (REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO, 2016b).

Neste contexto, a forma com que a instituição e a equipe de saúde lida com a problemática das UP serão determinantes na definição de padrões de comportamento, ou seja, o comprometimento de cada um e a manutenção das ações de prevenção será incorporado à prática assistencial quando esta for eleita como fundamental, por todos os envolvidos na assistência, como a forma correta de agir no cotidiano clínico (KURCGANT, MASSAROLLO, 2010).

Na enfermagem, instrumentos validados para avaliar o risco de UP, como a escala de Braden, tem sido recomendado, contudo a sua efetividade na prática clínica, muitas vezes não ocorre.

A utilização destes instrumentos minimiza incertezas dos profissionais, qualifica a assistência prestada e padroniza as condutas preventivas, o que possibilita avaliar ao longo de um período, os resultados alcançados com a assistência de enfermagem aos pacientes clínicos com risco de UP, no contexto hospitalar.

Por outro lado, houve uma sinalização da necessidade da incorporação de instrumentos e protocolos no contexto da prática clínica, como uma forma de vincular o registro documental às ações de cuidados, bem como a utilização destes dados como indicadores de avaliação do processo de trabalho em saúde.

Apresentamos os comentários, que dimensionam a necessidade desta mudança cultural:

“...Mudança de decúbito a cada 2 horas, devem ser reavaliadas individualmente, considerando a condição clínica. Acredito em estabelecer uma rotina...”

“...Ainda acredito no quadro ao lado do leito no qual é checado o posicionamento e horário...”

“...na minha experiência, todos os pacientes que desenvolveram UP, em algum momento apresentaram Fugulin C ou D...”

“...sem avaliação, as ações perdem a finalidade...”

“...Documentar é sinônimo de ação implementada...”

Desta forma, este protocolo prevê a sistematização das ações com as melhores evidências científicas oriundas da RI realizada pelas pesquisadoras, possibilitando a sua implementação na prática clínica, o que requer a mudança da cultura organizacional com envolvimento dos serviços de apoio, alta gestão e valorização da educação permanente, desde a sua elaboração até a sua implementação.

A elaboração de um protocolo necessita estar vinculada às recomendações das políticas de saúde, pois envolvem humanização da assistência, segurança do paciente e integralidade do cuidado.

Guia de consulta para implementação do protocolo:

Considerando a necessidade manifestada de esclarecimento de dúvidas e de busca de conhecimento específico sobre prevenção de UP, desenvolvemos também uma cartilha para favorecer a implementação, bem como a autonomia para tomada de decisão do enfermeiro.

Apresentamos alguns comentários que subsidiaram esta análise:

“... a cor da pele pode dificultar a avaliação para o desenvolvimento de UP...”

“...a mudança de decúbito deve fazer parte do cuidado, é cientificamente comprovada...”

“... Se há mudança de decúbito a cada 3 horas não haverá úlcera...”

“...A descrição da frequência do tempo acho dispensável, já que máximo de tempo em uma posição deve ser de 2 horas...”

“...devemos ficar atentos aos coxins utilizados durante o reposicionamento, pois, podemos criar uma nova área com pressão contínua...”

O sucesso da implementação de recomendações baseadas em evidências, é mais facilmente alcançados quando existem líderes empenhados em apoiar; as recomendações são selecionados por meio de um processo sistematizado e participativo; quando as partes interessadas na obtenção das recomendações são identificados e envolvidos no processo educativo; existe

provisão de recursos; a recomendação considera o contexto local; as barreiras e facilitadores são avaliados e tratados; a utilização das recomendações é acompanhada, de forma sistematizada com avaliação do impacto ocorrido com a incorporação de novas práticas no processo de trabalho no contexto clínico (REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO, 2016b).

No que tange a elaboração deste protocolo, foi realizada com Revisão Integrativa, na busca das melhores evidências científicas para uma implementação adequada ao contexto clínico hospitalar. Desta forma, todas as recomendações explicitam a fonte e a força de evidência para auxiliar o profissional na tomada de decisão segura. Além disso, possibilita a atualização e busca de conhecimento para os enfermeiros, pois, nem sempre estes possuem maior proximidade com a temática.

Os EA também fizeram comentários sobre a viabilização deste protocolo:

"...Protocolo bem definido, sugiro abordar as indicações de coberturas para tratamento..."

"...acho necessário aprimoramento e melhoria dos protocolos com envolvimento da equipe multidisciplinar, com capacitação e atualização continua..."

"...Esse protocolo auxiliará na implementação e no registro das ações do dia a dia..."

"...Protocolo de prevenção de UP é primordial..."

"...é importante o incentivo institucional para o aperfeiçoamento das equipes e dos protocolos de UP..."

"...Um protocolo deve ser prático e efetivo, mas precisa de recursos humanos e materiais..."

"...Protocolo muito construtivo e ajudará muito os pacientes com risco de UP..."

"...Este protocolo será uma ferramenta útil para direcionar as implementações e ações necessárias para o paciente..."

"Aprovado, porém será necessário disponibilizar em forma impressa, para o registro e facilitar o manuseio..."

“...Este protocolo é bem completo, abrange todos os itens relevantes para uma boa avaliação, acompanhamento e intervenção para a práticas de melhorias na assistência destes pacientes...”

“...Precisamos deste protocolo como um formulário prático e de fácil preenchimento para otimizar o tempo do enfermeiro...”

Diante da análise dos comentários realizados pelos EA, a cartilha de implementação estratégica, irá favorecer e dar subsídios aos enfermeiros tomarem decisão com autonomia, além de constituir um material de consulta e de busca de conhecimento específicos sobre prevenção de UP para pacientes clínicos, no contexto hospitalar.

CARTILHA DE IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA DO PROTOCOLO

DEFINIÇÃO:

Úlcer por pressão (UP) constitui uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, resultado da pressão ou de uma combinação entre pressão e forças de tensão, que se desenvolve comumente sobre uma proeminência óssea.

A UP é classificada em Estágios/Categorias de I a IV, de acordo com o comprometimento tissular:

Estágio I caracteriza-se por pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada;

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented

Estágio II há perda parcial da espessura da derme, ferida superficial com leito vermelho, sem esfacelo, ou flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático;

Stage 2 Pressure Injury

Estágio III há perda total da espessura tecidual, o tecido adiposo subcutâneo pode estar visível além do tecido desvitalizado com visualização da profundidade da lesão;

Stage 3 Pressure Injury

Estágio IV há perda total dos tecidos com exposição óssea, dos tendões e/ou músculos.

Quando as lesões apresentam profundidade indeterminada, podem ser categorizadas como não graduáveis/inclassificáveis devido à cobertura do leito da UP por tecido desvitalizado.

Em caso de suspeita de lesão nos tecidos profundos, há presença de área vermelha escura ou púrpura, localizada em pele intacta e descolorada ou flictema preenchido com sangue.

A. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			DATA: __/__/__
NOME: _____			
MATRÍCULA/REGISTRO: _____	SEXO: _____	IDADE: _____	
COR DA PELE: _____	TIPO DE CONVÊNIO: () PÚBLICO () PRIVADO		
LOCAL DE RESIDÊNCIA: _____			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE INTERNAÇÃO: _____			
PROCEDÊNCIA NA INTERNAÇÃO ATUAL: _____			
TEMPO DE INTERNAÇÃO: _____			
HISTÓRICO			
DOENÇAS DE BASE		() INCONTINÊNCIA () URINÁRIA () FECAL	
() CARDIOPATIA	() HAS	FUGULIN: () A () B () C () D	
() DM TIPO () 1 () 2		ÍNDICE DE MASSA CORPORAL: _____	
() DOENÇAS NEUROLÓGICAS _____		NUTRIÇÃO: () VO () SNE/ADEQUADA? () SIM () NÃO	
() OUTRAS _____			
ANTECEDENTES DE UP () SIM () NÃO LOCAIS: _____			
() DOR NOTA: _____		() FACE DE DOR () TABAGISTA () EX TABAGISTA () NUNCA FUMOU	
VALORES DE HEMOGLOBINA: _____		DATA EXAME __/__/__	
MEDICAÇÃO	DOSE	MEDICAÇÃO	DOSE
B. DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS			
B.1. ESCORE DA ESCALA DE BRADEN		() ALTO < OU = 11 PONTOS () MODERADO 12 A 14 PONTOS	DATA
() BAIXO 15 A 17 PONTOS () SEM RISCO > OU = 18 PONTOS		__/__/__	
B.2. AVALIAÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO			
NÚMERO DE LESÕES: _____		LOCALIZAÇÃO: _____	
LESÃO 1 : LOCALIZAÇÃO:		ESTADIAMENTO: _____	
DIMENSÕES	COMPRIMENTO: CM	LARGURA: CM	
	PROFUNDIDADE: CM	ESPAÇO MORTO: _____	
TIPO DE TECIDO	() NECROSE: %	() ESFACELO: %	
	() EPITELIZADO: %	() GRANULAÇÃO: %	
EXSUDATO: () NENHUM () POUCO () MODERADO () GRANDE () ABUNDANTE			
TIPO: () SEROSO () SEROSANGUINOLENTO () SANGUINOLENTO () SEROPURULENTO			
() PURULENTO () PULENTO PÚTRIDO QUANTIDADE: _____ ODOR: _____			
MARGENS: () REGULAR () IRREGULAR () ADERIDA () HIPEREMIADA			
() DESCOLADA () MACERADA () HIPERQUERATOSA () ESBRANQUIÇADA			
() TUNELIZAÇÃO LOCAL: _____ () DESCOLAMENTOS: LOCAL _____			
LESÃO 2 : LOCALIZAÇÃO:		ESTADIAMENTO: _____	
DIMENSÕES	COMPRIMENTO: CM	LARGURA: CM	
	PROFUNDIDADE: CM	ESPAÇO MORTO: _____	
TIPO DE TECIDO	() NECROSE: %	() ESFACELO: %	
	() EPITELIZADO: %	() GRANULAÇÃO: %	
EXSUDATO: () NENHUM () POUCO () MODERADO () GRANDE () ABUNDANTE			
TIPO: () SEROSO () SEROSANGUINOLENTO () SANGUINOLENTO () SEROPURULENTO			
() PURULENTO () PULENTO PÚTRIDO QUANTIDADE: _____ ODOR: _____			
MARGENS: () REGULAR () IRREGULAR () ADERIDA () HIPEREMIADA			
() DESCOLADA () MACERADA () HIPERQUERATOSA () ESBRANQUIÇADA			
() TUNELIZAÇÃO LOCAL: _____ () DESCOLAMENTOS: LOCAL _____

C. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO	
C.1 Utilização da Escala de Braden	
Finalidade: Identificar clientes com risco de desenvolvimento de UP.	
Cuidados de enfermagem	
C.1.1	Realizar uma avaliação do risco após a admissão, nas primeiras 24 horas (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.1.2	Reavaliar periodicamente e sempre que houver alterações significativas na condição de saúde do cliente (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.1.3	Documentar todas as avaliações do risco (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
Justificativa: A adoção de escalas de predição de risco para UP é amplamente recomendada e se mostram efetivas para a sua prevenção. O escore de risco é determinante na condução do cuidado.	
C.2 Avaliação da Pele	
Finalidade: Prevenir, classificar, diagnosticar e tratar UP.	
Cuidados de enfermagem	
C.2.1	Realizar a avaliação completa da pele simultânea à avaliação do risco, após admissão do cliente, nas primeiras 24 horas (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.2.2	Reavaliar a pele periodicamente e sempre que houver alterações significativas na condição de saúde do cliente (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.2.3	Reavaliar áreas cutâneas de proeminências ósseas a cada reposicionamento (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.2.4	Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, buscando sinais de lesão por pressão (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.2.5	Documentar os resultados de todas as avaliações da pele (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
Justificativa: A identificação precoce de alterações na pele e de UP estágio I favorecem prevenção de agravos. As alterações de pele identificadas na admissão do cliente devem ser testemunhadas por familiares, sempre que possível, e registradas em prontuário, a fim de respaldar a equipe de saúde.	
C.3 Cuidados com a Pele	
Finalidade: Promover a integridade da pele.	
C.3.1	Evitar posicionar o cliente sobre a pele com hiperemia não reativa (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: O eritema indica a dificuldade da pele em recuperar a condição de normalidade e requer maior tempo para nova exposição à pressão	
C.3.2	Manter a pele limpa e seca para proteção da umidade por meio de produtos barreira (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: A umidade proveniente de sudorese, exsudatos e incontínências aumentam os riscos de desenvolver UP.	
C.3.3	Não massagear nem friccionar a pele com hiperemia (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: Friccionar a pele pode causar destruição tissular e reação inflamatória.	

C.3.4 Manter a pele hidratada (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.4 Acompanhamento Nutricional dos pacientes com risco para UP Finalidade: Identificar clientes que necessitam de intervenção nutricional. Justificativa: Clientes com dificuldades de digestão e de absorção de nutrientes possuem maior probabilidade para desenvolver lesões de pele ⁽²⁾ .
Cuidados de enfermagem
C.4.1 Calcular o Índice de Massa Corporal - IMC (< 18,5: abaixo do peso; entre 18,5 e 24,9: peso normal; 25 a 29,9: sobrepeso; igual ou acima de 30: obeso) ⁽³⁾ .
C.4.2 Solicitar avaliação nutricional para pacientes em risco de UP (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.5 Reposicionamento Finalidade: Reduzir a pressão localizada, com reposicionamento ou utilização de superfícies de redistribuição de pressão.
Cuidados de enfermagem
C.5.1 Reposicionar os clientes em risco de desenvolver ou com UP, a menos que contraindicado (Força da Evidência = A) ^(1,2) .
Justificativa: Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior para UP.
Cuidados de enfermagem
C.5.2 Considerar a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso para determinar a frequência do reposicionamento (Força da Evidência = A) ⁽¹⁾ .
C.5.3 Reposicionar o cliente independentemente da superfície de apoio em uso (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.4 Estabelecer planos de reposicionamento descrevendo a frequência e tempo dos posicionamentos. (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾ .
C.5.5 Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal ⁽²⁾ . Nenhuma superfície de apoio permite o alívio total da pressão ¹ , ou seja, o reposicionamento é indispensável.
Cuidados de enfermagem
C.5.6 Evitar a pressão ou forças de torção (cisalhamento) na pele, não arrastar, levantar o cliente enquanto o reposiciona, usando lençol móvel. (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
C.5.7 O reposicionamento deve ser feito a 30º na posição de semi-Fowler e para posições laterais (alternando lado direito, dorsal e lado esquerdo). Evitar o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semideitado, pois estas posturas aumentam a pressão. Em todos os casos, considerar a tolerância do cliente e sua condição clínica (Força da Evidência = C) ^(1,2) .
Justificativa: Na posição sentada com elevação da cabeceira em ângulo superior a 30º ocorre centralização e aumento da pressão sobre cóccix e sacro, porém, elevar a cabeceira da cama, acima de 30º, pode ser clinicamente

Justificativa: Na posição sentada com elevação da cabeceira em ângulo superior a 30° ocorre centralização e aumento da pressão sobre cóccix e sacro, porém, elevar a cabeceira da cama, acima de 30°, pode ser clinicamente necessário para prevenir aspiração e pneumonia associada à ventilação, nestes casos, atentar-se a minimizar as forças de cisalhamento ^(1,2).

Cuidados de enfermagem

C.5.8 Quando sentado (na vertical) garantir que os pés estejam apoiados diretamente no chão ou em uma superfície de apoio para os pés (Força da Evidência = C) ^(1,2).

C.5.9 Quando o cliente já desenvolveu uma UP, minimizar o tempo de permanência sentado e avaliar riscos e benefícios desta posição (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾.

Justificativa: O apoio sob os pés impede que o cliente deslize para fora da cadeira. A altura deste apoio deve permitir uma ligeira flexão da bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal ^(1,2).

Cuidados de enfermagem

C.5.10 Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama, livres de pressão (Força da Evidência = C) ^(1,2).

C.5.11 Não utilizar para elevar os calcâneos, dispositivos em forma de anel ou argola, embalagens de fluidos intravenosos ou luvas cheias de água (Força da Evidência = C) ^(1,2).

C.5.12 Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes, o joelho deve permanecer ligeiramente fletido (Força da evidência B) ^(1,2).

Justificativa: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a Trombose Venosa Profunda ⁽²⁾.

C.5.13 Documentar os reposicionamentos, especificando frequência e posição, bem como os resultados observados (Força da Evidência = C) ⁽¹⁾.

C.6 Dispositivos para alívio da pressão

Finalidade: Distribuir a pressão e promover conforto.

Cuidados de enfermagem

C.6.1 Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola. (Força da Evidência = C) ^(1,2).

Justificativa: As bordas destes dispositivos criam áreas de pressão elevadas que podem danificar os tecidos.

C.6.2 Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UP (Força da evidência A) ^(1,2).

Justificativa: A UP tem a forma de um cone invertido, em que sua base é maior do que seu ápice (pele), sendo que ao utilizar os dispositivos em forma de anel, a pressão ficará concentrada ao redor da UP, intensificando-a.

C.6.3 Utilizar um assento de redistribuição de pressão em clientes com risco de UP quando na posição sentada (nível de evidência B) ^(1,2).

D. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO	
D.1 Educação permanente	
Justificativa: Garantir a continuidade das ações previstas no protocolo.	
Ações	
D.1.1 Treinamento admissional	
Estratégia: Definir junto ao Setor de Educação Permanente, treinamento admissional com apresentação do Protocolo de UP, para todos os colaboradores envolvidos com o cuidado direto ao paciente.	
D.1.2 Treinamentos periódicos para equipe multiprofissional	
Estratégia: Definir cronograma de treinamento periódico sobre Prevenção de UP, utilizando metodologias ativas.	
D.1.3 Utilização de estratégias e materiais para capacitação profissional	
Estratégia: Definir local apropriado, materiais temáticos e utilizar metodologias como problematização, estudo de caso, simulação realística, para capacitação da equipe de saúde.	
D.1.4 Sinalizador visual do paciente com risco e “relógio de mudança de decúbito”.	
Estratégia: Desenvolver e disponibilizar às unidades de internação, sinalizadores como “relógio de mudança de decúbito”, para todos os pacientes com risco de UP, segundo escore da Escala de Braden. Esta estratégia pode ser usada para divulgar o protocolo e envolver familiares e cuidadores com orientações e prevenção após alta hospitalar.	
D.2 Provisão de recursos humanos e materiais	
Justificativa: Garantir a exequibilidade das ações de prevenção.	
Ações	
D.2.1 Prever e prover recursos humanos capacitados para a implementação das ações previstas no protocolo	
Estratégias: Revisar escala de dimensionamento de pessoal, com prioridade às unidades com maior número de pacientes em risco de UP.	
D.2.2 Prever e prover recursos materiais suficientes	
Estratégia: Disponibilizar os materiais destinados à prevenção de UP, utilizando o escore de risco segundo escala de Braden, garantindo uso racional e conciente dos recursos.	
D.2.3 Avaliar novos recursos tecnológicos para possível adoção como medida preventiva	
Estratégias: Implementar tecnologias para prevenção de UP, considerando custo-benefício e a participação da enfermeiros assistenciais.	

D.2.4 Avaliar periodicamente a provisão e previsão de recursos humanos e materiais mediante análise do perfil da clientela Estratégia: Manter banco de dados acerca da utilização dos recursos com intuito de conhecer e prever possíveis variações do perfil da clientela.
D.3 Apoio da gestão Justificativa: Fomentar a responsabilidade compartilhada, promover o reconhecimento das ações e a melhoria contínua.
Ações
D.3.1 Incentivar implementação de medidas preventivas Estratégia: Sensibilizar a equipe de saúde, gestores e alta administração quanto necessidade e relevância da prevenção de UP. Modificar cultura organizacional.
D.3.2 Divulgar e utilizar os resultados alcançados na avaliação da assistência de enfermagem e da assistência à saúde Estratégia: Divulgar mensalmente os resultados dos indicadores de qualidade, estipulando metas e avaliando resultados das ações.
D.3.3 Utilização dos resultados alcançados para avaliação da qualidade da assistência prestada Estratégia: Monitorar mensalmente indicadores de incidência e prevalência de UP.
D.4 Liderança dos Enfermeiros Justificativa: Assegurar a implementação do protocolo.
Ações
D.4.1 Equipe de multiplicadores Estratégia: Identificar e definir lideranças, formar grupos de “cuidados com a pele” e promover autonomia dos enfermeiros quanto ao cuidado e prevenção de UP.
D.4.2 Garantir a implantação e implementação do protocolo de prevenção de UP Estratégia: Responsabilizar a equipe quanto a correta execução deste protocolo, através de supervisão das ações com apoio de líderes e gestores.
D.4.3 Avaliar e revisar periodicamente o protocolo Estratégia: Definir cronograma de revisão deste protocolo, considerando cronologia e perfil da clientela e instituição.

01 - NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Austrália; 2014.

02 - BRASIL. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. **Protocolo para prevenção de Ulcera por Pressão**. 09/07/2013, 21p.

03 - ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. 83p.

6 - CONCLUSÃO

Esta trajetória, possibilitou a elaboração do protocolo enquanto produto para implementação na prática clínica, que aborda diversas etapas, que asseguram sua operacionalização no contexto hospitalar.

Ao iniciarmos a elaboração deste protocolo, foi realizada investigação científica através de RI, onde identificamos elementos constituintes do protocolo, que o tornaria único, sendo eles: Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela; Definição das opções terapêuticas; Implementação e Implantação do protocolo.

A análise dos estudos, evidenciou a necessidade de contemplar aspectos identificados como dificuldades e facilitadores no processo de desenvolvimento, implantação, implementação e manutenção de um protocolo.

Após definição estrutural e de conteúdo do protocolo, realizamos a validação semântica que possibilitou a avaliação das recomendações propostas, por juízes *expertises*, que concordaram com o conteúdo do protocolo.

Por outro lado, a análise empírica possibilitou verificar o entendimento dos enfermeiros assistenciais, além de permitir que expressassem sugestões sobre o protocolo fomentando sua participação direta na elaboração. Outro aspecto relevante foi a aproximação das recomendações teóricas com a prática dos enfermeiros, o que possibilitou identificar e sanar possíveis vieses que inviabilizariam sua implementação.

A validação semântica e a análise empírica, não evidenciaram a necessidade de mudanças no protocolo proposto, o que reforça sua credibilidade.

Mais que uma avaliação clínica, este protocolo objetiva a implementação da prevenção, e não se limita à descrição de procedimentos, ao contrário, abrange estratégias que garantem sua plena implementação, implantação e manutenção.

Atendendo a necessidade de operacionalizar o protocolo de maneira prática e objetiva, a proposição final deste protocolo elaborada como “Cartilha

de implementação estratégica do protocolo”, é uma ferramenta para prática clínica, que contempla os aspectos propostos inicialmente como: Diagnóstico Situacional e caracterização da clientela, abordado em formato de *check list*, com coleta de dados que permite a análise crítica do enfermeiro; Definição das opções terapêuticas, abordado em formato de fluxograma, baseado na avaliação do risco segundo escala de Braden que direciona as ações de enfermagem e indica, de forma objetiva, local para consulta rápida das especificidades de cada conduta, auxiliando na tomada de decisão e por fim, Implementação e Implantação do protocolo que traz orientações e intervenções estratégicas.

O estudo permitiu o cumprimento dos objetivos propostos, uma vez que, foi realizada a proposição de um protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados, fundamentado em evidência científica. Com a sua validação, finalizamos a proposição no formato de “Cartilha de implementação estratégica do protocolo”.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de melhoria contínua e a busca pela qualidade da assistência, trazem desafios constantes às instituições e aos profissionais de saúde. Por outro lado, temos os pacientes, cada vez mais conscientes sobre sua saúde e de seus direitos, exigindo atendimento de qualidade, seguro, que contemple suas necessidades enquanto usuário e acima de tudo, enquanto cidadão complexo e integral.

Nesta perspectiva, a proposição de protocolo para prevenção de UP para pacientes clínicos no contexto hospitalar, por pesquisadores com formação especializada em Estomaterapia e ampla experiência em assistência à pacientes com risco ou com UP, resultou da preocupação em contribuir na melhoria da assistência de enfermagem, bem como inovar com ferramenta, que contemplasse aspectos, que pudessem viabilizar a operacionalização no cotidiano clínico.

Consideramos que a realização deste estudo possibilitou a formação como pesquisadora com a perspectiva do cuidado integral. As disciplinas trabalhadas durante a formação, possibilitaram o exercício da reflexão e do pensamento crítico, que remete o paciente enquanto ator social, capaz de transformar e ser transformado, e é com esse ideal que a assistência à saúde deve ser pensada e realizada.

Diante disso, o Mestrado profissional, traz consigo, a oportunidade de transformar o ambiente e o meio em tempo real, pois, sua aplicação prática permite o desenvolvimento e a idealização de aspectos presentes no cotidiano do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. 83p.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013.

ANSELM, M. L.; PEDUZZI, M.; FRANCA JUNIOR, I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-264, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jun. 2014.

ASIMUS, M., MACLELLAN, L., LI, P. Pressure ulcer prevention in Australia: the role of the nurse practitioner in changing practice and saving lives. **International Wound Journal**. v. 8, n.5, p. 508–513. 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2011.00824.x/abstract;jsessionid=A3_B7B700053E246704E988113147285B.f01t03>. Acesso em: 05 maio 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST) e ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA-(SOBENDE). Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil. Adaptação cultural Maria Helena Larcher Caliri, Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos, Maria Helena Santana Mandelbaum, Idevania Geraldina Costa. Disponível em: <<http://sobest.org.br/textod/35>> Acesso em: 10 julh. 2016

BARBUT, F. et al. Pressure sores in a university hospital. **Presse Médicale**. Paris. v.35, n. 5, p. 769-778. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=16710144>>. Acesso em: 05 maio 2015.

BARROS, S. K. A.; ANAMI, E. H. T.; MORAES, M. P. A. A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera de pressão por enfermeiros de um hospital de ensino. **Nursing**. São Paulo. v. 6, n. 63, p. 29-32. Ago. 2003.

BERETA, R. P. et al. Protocolo assistencial para prevenção de ulcera por pressão em clientes críticos. **CuidArte Enfermagem**, Catanduva, v. 4, n. 2, p. 80-87, Jul-Dez. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20566&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 de jun. 2014.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 341-347, Abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2016.

BLANES, L.; YOSHITOME, A.Y.; FERREIRA, L. M. Úlcera por Pressão: Utilizando instrumentos de avaliação de risco como estratégia para a prevenção. **Revista Estima**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2003.

BORGES, E.L. et al. **Feridas: Como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2014. 40 p.

_____. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. Protocolo para prevenção de Úlcera por Pressão. 2013, 21p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.108 p.

_____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 abr. 2013. Seção I, 43 p.

BREM, H. et al. High cost of stage IV pressure ulcers. **American Journal of Surgery**, São Paulo, v. 200, n.04, p.473-477, Out.2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950802/pdf/nihms199415.pdf>>. Acesso em: 20 de maio 2014.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 124-129, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CLARKE, H.F. et al. Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. v. 49, n. 6, p. 578-590. Mar. 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03333.x/abstract>>. Acesso em: 05 maio 2015.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR - CQH. **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. 2.ed. São Paulo: APM/CREMESP, 60p., 2012.

COREN-SP. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. GESTÃO COREN-SP 2012-2014. Disponível em:

<<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>>. Acesso em: 04 de abr. de 2015.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 693-700, Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21805879>>. Acesso em: 29 de maio 2014.

DAHLSTROM, M. et al. Improving identification and documentation of pressure ulcers at an urban academic hospital. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**. v. 37, n. 3, p. 123-130. Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278963/?tool=pubmed>>. Acesso em: 05 maio 2015.

DE LAAT, E.H. et al. Implementation of a new policy results in a decrease of pressure ulcer frequency. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 18, n. 2, p. 107-112. Abr. 2006. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/2/107.long>>. Acesso em: 05 maio 2015.

DECLAIR, Vania. Tratamento de úlceras crônicas de difícil cicatrização com ácido linoléico. **Jornal Brasileiro de Medicina**, São Paulo, v. 82, n. 6, p. 36-41, Jun. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=316955&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 de jun. 2014.

DOMANSKY, R. C.; BORGES E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. 270p.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 25-31, Maio/Ago. 2000.

FURMAN, G.F. et al. Úlceras por pressão: incidência e associação de fatores de risco em pacientes de um hospital universitário. **Revista de enfermagem UFPE**. Recife. v. 4, n. 3, p. 1506-1514, jul – set. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1148>>. Acesso em: 05 maio 2015.

GORECKI, C. et al. Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: the PU-QOL instrument. **Health And Quality Of Life Outcomes**, v. 11, n. 95, 2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698102/>> Acesso em: 20 de maio 2014.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Protocolo de prevenção de úlceras por pressão. Divisão da Prática Assistencial. **Proqualis - Fiocruz**, 2010. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000000626EFt3qN.pdf>>. Acesso em: 26 de jun. 2015.

KURCGANT, P, MASSAROLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: Kurcgant, P, coordenadora. Gerenciamento de Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. P. 23-33.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. v. 19, n. 3, p. 337-341. Jul-Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2015.

LUEDY, A.; DIAS, M. A. L. M.; RIBEIRO, E. A. F. Evolução das metas internacionais em um hospital de ensino. **Revista Acreditação**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/view/134>>. Acesso em: 11 de jun. 2014.

LYDER, C.H. et al. Quality of care for hospitalized medicare patients at risk for pressure ulcers. **Archives of Internal Medicine**. v. 161, n. 12, p. 1549-1554. Jun. 2001. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=648432>>. Acesso em: 05 maio 2015.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. (orgs.). **Curativos, ostomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2010, p. 129-147.

MATTOS, R. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 45-59.

_____. Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde** (Orgs.), 2011. p. 19-64.

MELO, E. M., FERNANDES, V. S. Avaliação do Conhecimento do Enfermeiro acerca das Coberturas de Última Geração. **Revista Estima**, São Paulo, v. 9, n. 4, 2011, p. 12-20.

MENEGON, D.B. et al. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre. v. 27, n. 2. 2007. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/2031/1174>>. Acesso em: 05 maio 2015.

MERHY E, MAGALHÃES JÚNIOR H. Regulação pública da assistência na saúde suplementar a quem interessa? **Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais** 2001; dez. In: CARVALHO, E.B.; CECILIO, L.C.O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20070009_00024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2015.

MICROSOFT. **Funções do Excel**. 2016 Disponível em: <<https://support.office.com/pt-br/article/Fun%C3%A7%C3%B5es-do-Excel-por-categoria-5f91f4e9-7b42-46d2-9bd1-63f26a86c0eb>> Acesso em: 15 de ago. 2016.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p.2133-2144, Dez. 2008. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 jul. 2016.

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE. **Preventing pressure ulcers and skin tears**. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. December 2009. Disponível em: <<https://www.guideline.gov/summaries/summary/43935/pressure-ulcer-prevention-in-evidence-based-geriatric-nursing-protocols-for-best-practice>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Conceito e classificação de úlceras por pressão: atualização do NPUAP. **Revista Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 43-44, 2007.

_____.European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014.

PARANHOS, W. Y., SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, p 191-206, 1999.

PARRA, D. I.; CAMARGO-FIGUERA, F. A.; REY GOMEZ, R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. **Enfermagem global**. Murcia, v. 11, n. 28, p. 159-169, Out. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jun. 2014.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed. 2010. 568p.

_____. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida, 1996. 432p.

PASSOS, S.S.S; SADIGUSKI, D.; CARVALHO, E. S. S. Promoção da integridade da pele do paciente com dependência à mobilidade: discurso de uma equipe de enfermagem. **Revista enfermagem UFPE**. São Paulo. v.4, n. 3, p. 1498-1505. Jul.-Set. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1091>>. Acesso em: 05 maio 2015.

PAULA, M. A. B. et al. Atividade independente do enfermeiro: relato de 10 anos de experiência. **Revista Estima**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 13-22, 2008.

PAULA, M. A. B.; SANTOS, V. L. C. G. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.4, p.474-482, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 de maio 2014.

QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS - QUALISUS. **Relatório final**. Dez 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ%202013.pdf>>. Acesso em 07 jan. 2015.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE - REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013, 132p.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). **Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers**. Toronto, ON: RNAO. 2011, 131p.

Practice Education in Nursing. Toronto, ON: RNAO. 2016b, 80p.

Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team. 3a ed. Toronto, ON: RNAO. 2016a. 164p.

REVELLO, K.; FIELDS, W. A performance improvement project to increase nursing compliance with skin assessments in a rehabilitation unit. **Rehabilitation Nursing**. v. 37, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/RNJ.00006/abstract;jsessionid=8D927CBD3335D8EE5D3CD96C4069F13A.f04t01>>. Acesso em 05 maio 2015.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência. **Acta Medica Portuguesa**, Porto, v.19, p.29-38, 2006. Disponível em: <<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/908/581>>. Acesso em: 26 de jun. 2014.

RODRIGUES, M. M; SOUZA, M. S; SILVA, J. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Prevenção da Lesão Tecidual por Pressão. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba. v.13, n. 4, p. 566-576. Out.-Dez. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13117/8875>>. Acesso em 09 jan. 2015.

ROGENSKI N. M. B. **Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário**. 125f. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-21012011-090804/pt-br.php>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo. v. 20, n. 64, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_13.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

SANTOS, C. T. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n.1, p.111-118, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de maio 2014.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management & Primary Health Care**, Piauí, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

SILVA, A. J. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 971-976, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400971&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de maio 2014.

SILVA, E.W.N.L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. v. 22, n. 2, p. 175-185. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000200012&script=sci_arttext> Acesso em: 05 maio 2015.

SILVA, R.A; BORGES, E.L; DONOSO, M.T.V. Risco para desenvolvimento e prevalência de úlcera por pressão de uma unidade de internação de um hospital universitário. **Nursing**. São Paulo. v. 13, n. 156, p. 248-252. Maio. 2011.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. v. 48, n. 2, 2014, p. 335-345.

SOLDEVILLA AGREDA, J. J.; NAVARRO RODRIGUEZ, S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. **Gerokomos**, Madrid, v. 17, n. 4, p. 203-224, 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000400005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 de jun. 2014.

SOUZA, N. et al. Avaliar para melhorar: perspectiva de discentes na avaliação do curso de extensão sobre estomias. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, 2012. Disponível em:<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4071/2863>>. Acesso em: 17 de maio 2014.

STEPHEN-HAYNES, J. National Institute For Health And Chnical Excellence - NICE pressure ulcer guideline: summary and implications for practice. **British Journal Community Nursing**. v. 11, n. 6, p. 20-24. Jun. 2006.

STILLWELL, S. B. et al. Searching for the Evidence. **AJN on-line**. v. 10. n. 5, Maio, 2010. Disponível em: <http://download.lww.com/wolters_kluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SA_DFJO_165_SDC216.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.

URBANETTO, J. S. et al. Relação entre a dependência de cuidados, risco e úlcera por pressão. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 198-201, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/384>>. Acesso em: 29 de maio 2014.

VALENÇA, M.P. et al. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do Recife. **Revista de enfermagem UFPE**. São Paulo. v. 4, n.2, p. 673-682. Abr.-Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/852>>. Acesso em: 05 maio 2015.

VANDENKERKHOF, E. G.; FRIEDBERG, E.; HARRISON, M. B. Prevalence and risk of pressure ulcers in acute care following implementation of practice guidelines: annual pressure ulcer prevalence census 1994-2008. **Journal for Healthcare Quality**. v. 33, n. 5, p. 58-67, Set. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1945-1474.2011.00127.x/abstract;jsessionid=23476FA1862BDF599BFAB251D547E023.f04t04>>. Acesso em: 05 maio 2015.

VIVACQUA, S. A. **Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: um estudo avaliativo do cuidado de enfermagem**. 2011. 86 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação) Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2011.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Ed. ARTMED. Porto Alegre, RS. 2010. 320p.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

WILBORN, D.; HALFENS, R.; DASSEN, T. Pressure Ulcer: prevention protocols and prevalence. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. v. 12, n. 6, p. 630-638. Dez. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-17100862>>. Acesso em: 05 maio 2015.

WIMPENNY, P.; VAN ZELM, R. Appraising and comparing pressure ulcer guidelines. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. v. 4, n. 1, p. 40-50. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17355409>>. Acesso em: 05 maio 2015.

XAKELLIS, G.S. et al. Translating pressure ulcer guidelines into practice: it's harder than it sounds. **Advances in Skin e Wound Care**. v. 14, n. 5, p. 249-256. Set.-Out. 2001. Disponível em: <<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi>>. Acesso em: 05 maio 2015.

ZABALA BLANCO, J. et al. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. **Gerokomos**, Madrid, v. 22, n. 4, p. 184-190, 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-28X2011000400006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 de maio 2014.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *EXPERTISES*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: “Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos”

Pesquisadora: Alyne G. Stuque NºUSP 9179034; COREN–SP 256.560

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe NºUSP 844502; COREN–SP 50353.

PREZADO (A) ESTOMATERAPEUTA,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa que tem por objetivos: Validar o protocolo com Enfermeiros assistenciais e Enfermeiros especialistas; e proposição final do protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa. Caso aceite, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o sua atuação profissional. A sua participação no estudo será voluntária, você não terá nenhum tipo de remuneração, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a sua participação na pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores. Seu nome não aparecerá em nenhum momento do estudo, pois você será identificado por meio um de número, que corresponderá a sequência de entrevistas realizadas pelo pesquisador.

O tempo previsto para a sua participação será de no máximo 30 minutos. Para validar o conteúdo do protocolo proposto neste estudo, será necessária utilização de questionário online, ao qual você receberá um *link* por email. Nesta plataforma de acesso, você fornecerá informações sobre a sua experiência profissional; na segunda parte você responderá um instrumento que consta de quatro partes totalizando 77 itens: diagnóstico situacional e caracterização da clientela; definição das opções terapêuticas e implementação do protocolo; implantação; parecer final em relação ao protocolo.

Caso não se sinta confortável em responder o instrumento, você poderá encerrar sua participação imediatamente. Quando isso for verificado pelo pesquisador, via plataforma, este entrará em contato para possíveis esclarecimentos e sanar o desconforto. Os riscos previstos são mínimos e estão relacionados com surgimento de desconforto durante a coleta de dados. Se você se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, você poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Os dados coletados serão analisados em conjunto, apresentados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área.

Os resultados desta pesquisa serão importantes para melhorar a assistência às pessoas internadas em unidades clínicas de instituições hospitalares.

Qualquer dúvida ou informação que necessitar, poderá entrar em contato conosco pelo telefone: (16)981698392; e-mail: alyne-2014@usp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovou o projeto. O CEP é um órgão de caráter consultivo, normativo, deliberativo e educativo, com instituído de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos.

Assim, se por acaso você tiver alguma dúvida ética, poderá entrar em contato com este Comitê de Ética de segunda a sexta-feira das 8 às 17h no endereço Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP ou pelo telefone (16) 3315 9197.

Você deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma lhe será entregue, devidamente assinada pela pesquisadora responsável, e a outra será arquivada.

Agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Alyne Gonçalves Stuke - RG 11.073.964

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa, afirmo estar recebendo uma cópia deste documento e autorizo a utilização dos dados para este estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

_____, de _____ de 20__.

Entrevistado

APENDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão para Pacientes Clínicos

Caro colega,

Leia atentamente as instruções a seguir para o preenchimento do instrumento do presente estudo.

O instrumento está dividido em cinco partes:

Primeira: se refere à caracterização dos participantes do estudo.

A segunda e terceira partes contemplam os tópicos: diagnóstico situacional e caracterização da clientela; definição das opções terapêuticas e implementação do protocolo, e correspondem a itens específicos do protocolo que subsidiarão o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos disponíveis. Estão elencadas as intervenções de enfermagem preventivas em relação à UP fundamentadas nas evidências científicas de uma Revisão Integrativa. Vocês determinarão sua concordância quanto à manutenção dos aspectos que irão compor o protocolo.

A Quarta são as ações multiprofissionais para implantação do protocolo.

Quinta parte se refere a sua opinião em relação ao protocolo.

Caso sua resposta seja de discordância total ou parcial, deixe sua sugestão sobre o item.

O tempo previsto para preenchimento deste instrumento é de 30 minutos.

Todos os aspectos identificados com * são de preenchimento obrigatório.

Ressaltamos que a pesquisa servirá como base para a construção do Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão (UP) para Pacientes Clínicos hospitalizados.

Sua participação é muito importante.

Agradecemos sua contribuição.

*Obrigatório

Parte 1 - CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Por favor, preencha os seus dados profissionais

1. 1 - Idade *

em anos

2. 2 - Formação profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermeiro graduação
- ☐ Enfermeiro especialização, especifique abaixo
- ☐ Enfermeiro mestrado, especifique abaixo
- ☐ Enfermeiro doutorado, especifique abaixo
- ☐ Outro: _____

3. Especifique a formação profissional

4. 3 - Setor de trabalho atual (possibilidade de mais de uma alternativa) *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Clínica médica
- ☐ Clínica cirúrgica
- ☐ Ambulatório
- ☐ UTI
- ☐ Educação
- ☐ Pesquisa
- ☐ Outro: _____

5. 4 - Tempo de experiência profissional na assistência aos pacientes hospitalizados em clínica médica com risco de UP ou com UP instalada *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Menor que 1 ano
- ☐ De 1 a 2 anos
- ☐ De 2 a 3 anos
- ☐ Mais de 3 anos
- ☐ Não atua com assistência direta a pacientes
- ☐ Outro: _____

6. 6 - Considera importante a capacitação de profissionais para a Prevenção de UP? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. 8 - Sente-se capacitado para atuar na prevenção de UP? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. 7 - Se sim, como adquiriu esta capacitação? (possibilidade de mais de uma alternativa)

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Atualização/ Capacitação por interesse próprio
- ☐ Atualização/ Capacitação institucional
- ☐ Especialização
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Prática profissional
- ☐ Outro: _____

Parte 2 - PROTOCOLO: Diagnóstico Situacional e Caracterização da Clientela

A. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A. 1 Identificação do paciente

9. A.1.1 Nome: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

10. Sugestões

11. A.1.2 Registro/ Matrícula Institucional *

Identificação numérica do cliente

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

12. Sugestões

13. A.1.3 Tipo de convênio de saúde (público ou privado) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

14. Sugestões

A.2 Dados sociodemográficos

15. A.2.1 Idade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

16. Sugestões

17. A.2.2 Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente
- ☐ Opção 6

18. Sugestões

19. A.2.3 Cor da pele *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

20. Sugestões

21. A.2.4 Local de residência (domicílio ou instituição de longa permanência) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

22. Sugestões

A.3 Dados clínicos

23. A.3.1 Hipótese Diagnóstica de Internação *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

24. Sugestões

25. A.3.2 Procedência do paciente na atual Internação *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

26. A.3.3 Tempo de Internação *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

27. Sugestões

28. A.3.4 Doenças de Base *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

29. Sugestões

30. A.3.6 Medicamentos em uso **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

31. Sugestões

32. A.3.8 Índice de Massa Corporal (IMC) **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

33. Sugestões

34. A.3.7 Tabagismo **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

35. Sugestões

36. A.3.8 Presença de Incontinências (urinária ou feçal) **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

37. Sugestões

38. A.3.9 Antecedentes de UP **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

39. Sugestões**40. A.3.10 Valores de hemoglobina ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

41. Sugestões**42. A.3.11 Grau de dependência (Fugulin) ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

43. Sugestões

Parte 3 - PROTOCOLO: Definição das Opções Terapêuticas e Implementação do Protocolo

B. DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS

B.1 Avaliação de Risco de UP

44. B.1.1 Utilização da Escala de Braden **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

45. Sugestões

B.2 Avaliação da UP

46. B.2.1 Número de Lesões: **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

47. Sugestões

48. B.2.2 Estadiamento: **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

49. Sugestões

50. B.2.3 Localização: **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

51. Sugestões

52. B.2.4 Dimensões: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

53. Sugestões

54. B.2.5 Tipo de tecido: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

55. Sugestões

56. B.2.6 Tipo e quantidade de exsudato: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

57. Sugestões

58. B.2.7 Margens (tunelização/descolamentos): *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

59. Sugestões

60. B.2.8 Dor: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

61. Sugestões

C. IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO

C.1 Utilização da Escala de Braden

62. C.1.1 Realizar uma avaliação do risco após a admissão, nas primeiras 24 horas. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

63. Sugestões

64. C.1.2 Reavaliar periodicamente e sempre que houver alterações significativas na condição de saúde do cliente. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

65. Sugestões

66. C.1.3 Documentar todas as avaliações do risco. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

67. Sugestões

C.2 Avaliação da Pele

68. C.2.1 Realizar a avaliação completa da pele simultânea à avaliação do risco, após admissão do paciente, nas primeiras 24 horas. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

69. Sugestões

70. C.2.2 Reavaliar a pele periodicamente e sempre que houver alterações significativas na condição de saúde do paciente. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

71. Sugestões

72. C.2.3 Reavaliar áreas cutâneas de proeminências ósseas a cada reposicionamento. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

73. Sugestões

74. C.2.4 Inspeccionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, buscando sinais de lesão por pressão. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

75. Sugestões

76. C.2.6 Documentar os resultados de todas as avaliações da pele. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

77. Sugestões

C.3 Cuidados com a Pele

78. C.3.1 Evitar posicionar o cliente sobre a pele com hiperemia não reativa. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

79. Sugestões

80. C.3.2 Manter a pele limpa e seca para proteção da umidade por meio de produtos barreira. *

+

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

81. Sugestões

82. C.3.3 Não massagear nem friccionar a pele com hiperemia. *

+

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

83. Sugestões

84. C.3.4 Manter a pele hidratada. *

+

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

85. Sugestões

C.4 Acompanhamento Nutricional dos pacientes com risco para UP

86. C.4.1 Calcular o Índice de Massa Corporal - IMC *

+

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

87. Sugestões

88. C.4.2 Solicitar avaliação nutricional para pacientes em risco de UP. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

89. Sugestões

C.5 Reposicionamento

90. C.5.1 Reposicionar os clientes em risco de desenvolver ou com UP, a menos que contra-indicado. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

91. Sugestões

92. C.5.2 Considerar a superfície de apoio de redistribuição da pressão em uso para determinar a frequência do reposicionamento. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

93. Sugestões

94. C.6.3 Reposicionar o cliente independentemente da superfície de apoio em uso. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

95. Sugestões

96. C.6.4 Estabelecer planos de reposicionamento decorrendo a frequência e tempo dos posicionamentos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

97. Sugestões

98. C.6.5 Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

99. Sugestões

100. C.6.6 Evitar a pressão ou forças de torção (olcamento) na pele, não arrastar, levantar o cliente enquanto o reposiciona, usando lençol móvel. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

101. Sugestões

102. C.6.7 O reposicionamento deve ser feito a 30° na posição de semi-Fowler e para posições laterais (alternando lado direito, dorsal e lado esquerdo). Evitar o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado. Em todos os casos, considerar a tolerância do cliente e sua condição clínica. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

103. Sugestões

104. C.6.8 Quando sentado (na vertical) garantir que os pés estejam apoiados diretamente no chão ou em uma superfície de apoio para os pés. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

105. Sugestões

106. C.6.9 Quando o cliente já desenvolveu uma UP, minimizar o tempo de permanência sentado e avaliar riscos e benefícios desta posição. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

107. Sugestões

108. C.6.10 Os calcanhares devem ser mantidos afastados da superfície da cama, livres de pressão. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

109. Sugestões

110. C.6.11 Não utilizar para elevar os calcanhares, dispositivos em forma de anel ou argola, embalagem de fluidos intravenosos ou luvas onhelas de água. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

111. Sugestões

112. C.6.12 Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcanhares e mantê-los flutuantes, o joelho deve permanecer ligeiramente fletido. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

113. Sugestões

114. C.6.13 Documentar os reposicionamentos, especificando frequência e posição, bem como os resultados observados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
☐ 2. Discordo parcialmente
☐ 3. Nem concordo e nem discordo
☐ 4. Concordo parcialmente
☐ 5. Concordo totalmente

115. Sugestões

C.6 Dispositivos para alívio da pressão

116. C.8.1 Não utilizar dispositivos em forma de anel ou argola. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

117. Sugestões

118. C.8.2 Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UP. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

119. Sugestões

120. C.8.3 Utilizar um assento de redistribuição de pressão em clientes com risco de UP quando na posição sentada. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

121. Sugestões

Parte 4 - PROTOCOLO: Implantação

D. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO

D.1 Educação permanente

122. D.1.1 Treinamento admissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

123. Sugestões

124. D.1.2 Treinamentos periódicos para equipe multiprofissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

125. Sugestões

126. D.1.3 Utilização de estratégias e materiais para capacitação profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

127. Sugestões

128. D.1.4 Sinalizador visual do paciente com risco e "relógio de mudança de decúbito" *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

129. Sugestões

D.2 Provisão de recursos humanos e materiais

130. D.2.1 Prever e prover recursos humanos capacitados para a implementação das ações previstas no protocolo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

131. Sugestões

132. D.2.2 Prever e prover recursos materiais suficientes *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

133. Sugestões

134. D.2.3 Avaliar novos recursos tecnológicos para possível adoção como medida preventiva *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

135. Sugestões

136. D.2.4 Avaliar periodicamente a provisão e previsão de recursos humanos e materiais mediante análise do perfil da clientela *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

137. Sugestões

D.3 Apoio da gestão

138. D.3.1 Incentivar implementação de medidas preventivas *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

139. Sugestões

140. D.3.2 Divulgar e utilizar os resultados alcançados na avaliação da assistência de enfermagem e da assistência à saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

141. Sugestões

142. D.3.3 Utilização dos resultados alcançados para avaliação da qualidade da assistência prestada *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

143. Sugestões

D.4 Liderança dos Enfermeiros

144. D.4.1 Equipe de multiprofissionais *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

145. Sugestões

146. D.4.2 Garantir a Implantação e Implementação do protocolo de prevenção de UP *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

147. Sugestões

148. D.4.3 Avaliar e revisar periodicamente o protocolo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

149. Sugestões

Parte 5: PARECER FINAL

E - PARECER FINAL EM RELAÇÃO AO PROTOCOLO

150. E.1 O protocolo é relevante *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

151. Sugestões

152. E.2 O protocolo atende a finalidade proposta *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

153. Sugestões

154. E.3 O protocolo apresenta clareza de conteúdo e de fácil compreensão *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

155. Sugestões

156. E.4 O protocolo é viável na prática clínica *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

157. Sugestões

158. E.6 As partes (A,B,C,D) que constituem são fundamentais para este protocolo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

159. Sugestões

160. E.8 Os aspectos atendem a necessidade da prática assistencial *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1. Discordo totalmente
- ☐ 2. Discordo parcialmente
- ☐ 3. Nem concordo e nem discordo
- ☐ 4. Concordo parcialmente
- ☐ 5. Concordo totalmente

161. Sugestões

162. E.7 Baseando-se nas respostas deste questionário, dê um parecer final sobre o protocolo

Muito Obrigada

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIROS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: “Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos”

Pesquisadora: Alyne G. Stuque N^oUSP 9179034; COREN–SP 256.560

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe N^oUSP 844502; COREN–SP 50353.

PREZADO (A) ENFERMEIRO (A),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa que tem por objetivos: Validar o protocolo com Enfermeiros assistenciais e Enfermeiros especialistas; e proposição final do protocolo de prevenção de UP para pacientes clínicos hospitalizados.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa. Caso aceite, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu vínculo empregatício. A sua participação no estudo será voluntária, você não terá nenhum tipo de remuneração, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a sua participação na pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores. Seu nome não aparecerá em nenhum momento do estudo, pois você será identificado por meio um de número, que corresponderá a sequência de entrevistas realizadas pelo pesquisador.

O tempo previsto para a sua participação será de no máximo 30 minutos. Para a validação do protocolo proposto neste estudo, será necessária utilização de questionário online, ao qual você receberá um *link* por email. Nesta plataforma de acesso, você fornecerá informações sobre a sua experiência profissional; na segunda parte você responderá um instrumento que consta de quatro partes totalizando 77 itens: diagnóstico situacional e caracterização da clientela; definição das opções terapêuticas e implementação do protocolo; implantação; parecer final em relação ao protocolo.

Caso não se sinta confortável em responder o instrumento, você poderá encerrar sua participação imediatamente. Quando isso for verificado pelo pesquisador, via plataforma, este entrará em contato para possíveis esclarecimentos e sanar o desconforto. Os riscos previstos são mínimos e estão relacionados com surgimento de desconforto durante a coleta de dados. Se você se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, você poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Ao final da coleta de dados você poderá obter todas as informações e esclarecimentos que quiser sobre protocolos de prevenção de úlcera por pressão com o próprio pesquisador.

Os dados coletados serão analisados em conjunto, apresentados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área.

Os resultados desta pesquisa serão importantes para melhorar a assistência às pessoas internadas em unidades clínicas de instituições hospitalares.

Qualquer dúvida ou informação que necessitar, poderá entrar em contato conosco pelo telefone: (16) 982698392; e-mail: alyne-2014@usp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprovou o projeto. O CEP é um órgão de caráter consultivo, normativo, deliberativo e educativo, com instituído de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos.

Assim, se por acaso você tiver alguma dúvida ética, poderá entrar em contato com este Comitê de Ética de segunda a sexta-feira das 8 às 17h no endereço Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP ou pelo telefone (16) 3315 9197.

Você deverá assinar duas vias deste documento, sendo que uma lhe será entregue, devidamente assinada pela pesquisadora responsável, e a outra será arquivada.

Agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Alyne Gonçalves Stuque - RG 11.073.964

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa, afirmo estar recebendo uma cópia deste documento e autorizo a utilização dos dados para este estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

_____, de _____ de 20__.

Entrevistado

ANEXO A – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos

Pesquisador: Aylene Gonçalves Stuque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53863716.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.564.471

Apresentação do Projeto:

Não se aplica.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As inadequações do TCLE foram resolvidas, assim como apresentado o TCLE para os especialistas,

Recomendações:

Retirar do TCLE dos especialistas o parágrafo: Ao final da coleta de dados você poderá obter todas as informações e esclarecimentos que quiser sobre protocolos de prevenção de úlcera por pressão com o próprio pesquisador.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.564.471

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências e inadequações foram resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_440999.pdf	05/05/2016 20:01:22		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Versao2Projeto.pdf	05/05/2016 20:00:27	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversao2Enfermeiros.pdf	05/05/2016 19:59:17	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
Outros	Oficioresposta.pdf	05/05/2016 19:57:46	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
Outros	TCLEversao1Estomaterapeutas.pdf	05/05/2016 19:56:45	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
Outros	ENCAMINHAMENTOCOMITEETICA.pdf	05/03/2016 11:29:42	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	29/01/2016 20:49:23	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
D Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOHOSPITAL.pdf	29/01/2016 20:42:01	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/01/2016 13:02:27	Alyne Gonçalves Stuque	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/01/2016 10:55:52	Alyne	Acelto
Outros	APENDICE1.pdf	22/01/2016 10:54:47	Alyne	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3600

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.045-002

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@erp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.564.471

RIBEIRÃO PRETO, 30 de Maio de 2016

Assinado por:
Angellita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.045-002

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@enep.usp.br