UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

NOEMI MARISA BRUNET ROGENSKI

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR
PRESSÃO**

São Paulo
2011

NOEMI MARISA BRUNET ROGENSKI

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR
PRESSÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração:

Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Paulina Kurcgant

**São Paulo
2011**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rogenski, Noemi Marisa Brunet
Avaliação da implementação de um protocolo de
prevenção de úlceras por pressão / Noemi Marisa Brunet
Rogenski. – São Paulo, 2011.
132 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Paulina Kurcgant

1. Administração em enfermagem 2. Úlcera - Prevalência
3. Úlcera - Incidência 4. Protocolos clínicos I. Título.

*Ao meu marido Benjamim
e aos meus filhos Benjamim Junior e Karin Emilia,
minha inspiração e fonte inesgotável de amor.*

AGRADECIMENTOS

*Tudo tem o seu tempo determinado e há tempo para todo
o propósito debaixo do céu.*

Há tempo de nascer e tempo de morrer,

Tempo de plantar e tempo de colher o que se plantou,

Tempo de chorar e tempo de rir,

Tempo de calar e tempo de falar

Tempo de pedir e tempo de agradecer...

(Eclesiastes 3:1-8)

Primeiramente, agradeço ao meu Deus, por ter me ajudado a superar todos os obstáculos e pela certeza de que é Ele quem realiza os nossos sonhos.

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis...”

(Fernando Pessoa)

À Profa. Dra. Paulina Kurcgant, ser humano incomparável, orientadora e amiga, mais que meu agradecimento, minha gratidão pela generosidade, pelas “horas de terapia”, apoio e por tem me ensinado que é possível crescer sem sofrimento.

Ao Benjamim, meu marido, e aos meus filhos Benjamim Junior, Karin Emilia e norinha Débora, minha inspiração e minha vida, pelo amor incondicional e apoio irrestrito.

Aos meus pais (*in memoriam*) por terem me ensinado que “onde há fé, há amor; onde há amor, há paz; onde há paz, há Deus e onde há Deus, nada falta.”

À Profa. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski e Profa Dra. Daisy Maria Rizzatto Tronchin pelas inestimáveis contribuições no exame de qualificação e pela amizade de sempre.

Às minhas queridas Cleide, Karin Emilia, Tereza Cristina, Marta, Fátima Aline, Cristiane de Lion e Claudia, pelo auxílio inestimável durante a árdua tarefa de coleta de dados do primeiro momento da pesquisa, pela amizade e manifestações de carinho.

Às queridas, Cleide, Fátima, Flavia, Felícia, Luciana, Nélia, Nívia e Tatiana, que gentilmente concederam as entrevistas e participaram do Grupo Focal com sugestões e contribuições valiosas.

À Tânia Regina, Alda Valéria e Flavia, diretoras do Departamento de Enfermagem, por terem suavizado o meu caminho.

A Prof.^a Dra. Maria Julia Paes Silva, pela sensibilidade e apoio.

Ao Dr. Pedro Alcântara de Oliveira, amigo fiel, pelo carinho e apoio de sempre e por todas as comidinhas preparadas com esmero para aquietar minha ansiedade.

À Juracy Faccioli, minha amada JURA, amiga com muito de mãe, pelo amor, apoio, carinho e colinho nos momentos difíceis.

À Jane M. Ribeiro Prado pela atenção, disponibilidade, paciência e inestimável auxílio na elaboração gráfica desse estudo e à Elisabete Bueno de Melo, pela torcida e colaboração diária.

Ao Prof. Dr. Antonio Fernandes Costa Lima, pela amizade, apoio, disponibilidade e principalmente pelas cantigas de acalanto nos momentos mais inusitados.

Às chefes de seção da Divisão de Enfermagem Cirúrgica: Cleide M. Caetano Baptista, Cristiane de Lion Botero Couto Lopes e Andréa Tamancoldi Couto pelo apoio, compreensão e amizade.

À Maria Alice, pela inestimável ajuda na revisão bibliográfica.

À Rejane Figueiredo pela orientação estatística.

Ao HU, por possibilitar a realização deste estudo e aos pacientes e seus familiares, que mesmo enfrentando momentos difíceis contribuíram para a realização deste estudo, o meu agradecimento especial e minha gratidão.

Finalmente, à minha grande família pelos momentos de encantamento, ternura e por todo amor que nos une.

Rogenski NMB. Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Esta pesquisa é um estudo de caso com os objetivos de: avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de Úlcera por Pressão (UP) por meio do estudo da Prevalência e da Incidência de UP nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Terapia Intensiva Adulto, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; apreender a percepção das enfermeiras multiplicadoras no processo de implementação do protocolo e propor um processo de avaliação, sistematizado e contínuo da adoção do protocolo de UP. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU, procedeu-se à coleta de dados. Optou-se, na metodologia, pelo desenvolvimento da pesquisa em dois momentos. O primeiro, na abordagem quantitativa, realizado em duas etapas, para o levantamento da prevalência e da incidência de UP nas unidades do estudo. A avaliação de risco para o desenvolvimento de UP foi feita por meio da Escala de Braden, tendo como nota de corte o escore inferior ou igual a 16. No estudo da prevalência, dos 87 pacientes avaliados, 17 desenvolveram UP, acarretando prevalência de 19,5%. No estudo da incidência, dos 190 pacientes de risco acompanhados, 35 desenvolveram um total de 51 úlceras, acarretando incidência de 18,4%. Para o segundo momento, na abordagem qualitativa, os dados foram coletados por meio das técnicas de Entrevista e Grupo Focal, realizadas com as enfermeiras que participaram, como multiplicadoras, do processo de implementação do protocolo. Adotou-se a análise de conteúdo de Bardin como referencial de análise do conteúdo das Entrevistas e do Grupo Focal. A análise interpretativa dos dados qualitativos das entrevistas possibilitou o resgate de Unidades de Significado e conseqüente construção de três Categorias e respectivas Subcategorias. Na Categoria Gerenciamento da Assistência, constituída pelas subcategorias Protocolo assistencial e Protocolo na dinâmica de trabalho, as enfermeiras abordaram o protocolo como instrumento de trabalho adotado e avaliado segundo as experiências vividas no desempenho da assistência de enfermagem. A categoria Gerenciamento de Recursos Humanos composta pelas subcategorias Profissionais com restrição física; Quantitativo de pessoal e Capacitação de pessoal apontou como dificuldades encontradas para a adoção do protocolo, os problemas relativos aos profissionais com restrição física, as vagas não repostas no quadro de pessoal e a necessidade de capacitação do pessoal. Na Categoria Gerenciamento de Materiais, as enfermeiras discutiram sobre os materiais disponíveis nas unidades para a implementação do protocolo. Nas reuniões do Grupo Focal foram sugeridas estratégias e medidas facilitadoras para a continuidade da adoção do protocolo. Para a concretização das estratégias sugeridas neste estudo e, para que as enfermeiras se apoderem efetivamente desta proposta é imprescindível a realização de reuniões com a participação das enfermeiras e das chefes das unidades, a fim de tornar o protocolo cada vez mais compatível com as necessidades dos pacientes, dos profissionais e da instituição.

Descritores: Administração em Enfermagem; Úlcera - Prevalência; Úlcera-Incidência; Protocolo.

Rogenski NMB. Evaluation of the implementation of pressure ulcer prevention protocol [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2010.

ABSTRACT

This research is a case study with the following objectives: to evaluate the implementation of pressure ulcer prevention protocol (PU) by means of studying the Prevalence and Incidence of PU in the units of Medical Clinic, Surgical Clinic and Intensive Adult Care of the University Hospital, at the University of São Paulo; to apprehend nurses' perceptions as multiplier agents in the implementation process of the protocol and to propose a systematic and continuous evaluation process in the applicability of the PU protocol. After approval by the Ethics Committee in Research of the University Hospital, collect of data was preceded. The research was performed in two moments. The first, in a quantitative approach, carried out in two phases, to survey the prevalence and incidence of PU in the units of study. The evaluation of risk to develop PU was performed by means of the Braden scale, with a cutoff score of less than or equal to 16. In the Prevalence study, 17 out of the 87 patients developed PU, resulting in a prevalence of 19.5%. In the Incidence study, 35 out of the 190 patients developed a total of 51 ulcers, leading to an incidence of 18.4%. In the second moment, a qualitative approach, data were collected using the techniques of interviews and focus group conducted with the nurses who participated as multiplier agents, in the process to implement the protocol. Content analysis of Bardin was used as a reference for analysis of the Interviews content and Focus group. The interpretative analysis of qualitative data from interviews allowed rescuing the Units of Meaning and consequent construction of three categories and their subcategories. In the Management Assistance category, consisting of the sub-categories Assistance Protocol and Protocol in work dynamics, in which nurses approached the protocol as an adopted working instrument and evaluated it according to their experiences in nursing care. The Human Resource Management Category consisted of the subcategories Professionals with physical restraint; Quantitative of staff and Personnel Training as difficulties found in the adoption of the protocol, problems related to professionals with physical restraint, job postings not fulfilled and the need to training personnel. Regarding the Material Management Category, nurses mentioned about the materials available in the units to implement the protocol. In the Focus Group, strategies and measures were suggested to facilitate the continuous adoption of the protocol. For the implementation of the strategies suggested in this study, and for nurses to effectively take hold of this proposal, it is imperative to perform meetings with the participation of nurses and unit heads in order to make the protocol more compatible with the needs of patients, professionals and the institution.

Descriptors: Nursing Administration; Pressure Sore; Prevalence; Incidence; Protocol

Rogenski NMB. Evaluación de la aplicación de un protocolo para la prevención de úlceras por presión [tesis]. São Paulo: la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, 2010.

RESUMEN

Esta pesquisa es un estudio de caso con los siguientes objetivos: evaluar la aplicación de un protocolo para la prevención de úlceras por presión (UP) mediante el estudio de Prevalencia y de Incidencia de UP en las unidades de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Terapia de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo; apreender la percepción de las enfermeras multiplicadoras en el proceso de aplicación del protocolo y proponer un proceso de evaluación, sistematizado y continuo del protocolo UP. Después de la aprobación por el Comité de Ética en Pesquisa del HU, se procedió a la colecta de datos. En la metodología se ha decidido por la investigación en dos momentos. El primer, en un enfoque cuantitativo, llevado a cabo en dos etapas, para estudiar la prevalencia y la incidencia de UP en las unidades del estudio. La evaluación de riesgo para el desarrollo de la UP fue hecha con la escala de Braden, con puntuación de corte menor o igual a 16. En el estudio de la prevalencia de los 87 pacientes, 17 desarrollaron UP, resultando en una prevalencia de 19,5%. En el estudio de la incidencia, de los 190 pacientes de riesgo que fueron acompañados, 35 desarrollaron un total de 51 úlceras, lo que lleva a la incidencia del 18,4%. Para el segundo momento, en un enfoque cualitativo, los datos fueron recolectados a través de las técnicas de entrevista y grupo focal realizado con las enfermeras que participaron como multiplicadoras, del proceso de aplicación del protocolo. Hemos adoptado el análisis de contenido de Bardin como referencial para analizar el contenido de las entrevistas y grupos focales. El análisis interpretativo de los datos cualitativos de las entrevistas permitió el rescate de las unidades de significado y la consiguiente construcción de tres Categorías y sus Subcategorías. En la categoría de Gestión de Asistencia, que consiste en las subcategorías de Protocolo de Asistencia y de Protocolo en la dinámica de trabajo, las enfermeras discutieron el protocolo adoptado como una herramienta de trabajo adoptada y evaluada de acuerdo a sus experiencias en el desempeño de los cuidados de enfermería. La Categoría Gestión de Recursos Humanos está formada por las subcategorías Profesionales con limitaciones físicas; Cuantitativo de personal y de Formación de personal donde se ha señalado las dificultades encontradas en la adopción del protocolo, los problemas relativos a los profesionales con limitaciones físicas, posiciones de empleo vacíos en el cuadro de personal y la necesidad de la formación del personal. En la categoría de Gestión de Materiales, las enfermeras discurren acerca de los materiales disponibles en las unidades para la aplicación del protocolo. En las reuniones del Grupo Focal se sugirieron estrategias y medidas para facilitar la continua adopción del protocolo. Para la concretización de las estrategias sugeridas aquí, y para que las enfermeras se apoderen efectivamente de esta propuesta, es esencial la realización de reuniones con la participación de las enfermeras y jefes de unidad para que el protocolo sea más compatible con las necesidades de los pacientes, profesionales y de la institución.

Descriptor: Administración de Enfermería; Úlceras - Prevalencia, Úlceras-Incidencia; Protocolo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Estrutura organizacional do Departamento de Enfermagem do HU-USP	51
Figura 2 - Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) do HU-USP.	52
Figura 3 - Tempo médio para o desenvolvimento de UP, por unidade. São Paulo, 2010.....	77
Figura 4 - Tempo médio para o desenvolvimento de UP, por unidade em relação à ordem de importância das subescalas. São Paulo, 2010.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pacientes com UP, segundo as variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2010.....	61
Tabela 2 - Pacientes com UP, segundo as variáveis clínicas. São Paulo, 2010.	62
Tabela 3 - Doenças associadas e medicamentos nos pacientes com UP. São Paulo, 2010.....	64
Tabela 4 - Pacientes de acordo com número, localização e estadiamento das UP. São Paulo, 2010.	65
Tabela 5 - Escores totais e médios da Escala de Braden em pacientes com UP. São Paulo, 2010.	66
Tabela 6 - Prevalências totais e parciais e de acordo com as unidades estudadas. São Paulo, 2010.	66
Tabela 7 - Pacientes de risco com e sem UP, segundo as variáveis sócio demográficas. São Paulo, 2010.	67
Tabela 8 - Pacientes de risco com e sem UP, segundo as variáveis clínicas. São Paulo, 2010.	69
Tabela 9 - Doenças associadas e medicamentos segundo os pacientes com e sem UP. São Paulo, 2010.....	71
Tabela 10 - Pacientes de acordo com número de UP, localização e estadiamento. São Paulo, 2010.	72
Tabela 11 - Escores da Escala de Braden de acordo com o nível de risco para os pacientes com e sem UP. São Paulo, 2010.....	73
Tabela 12 - Distribuição dos pacientes com e sem UP segundo as unidades e o nível de risco para o desenvolvimento de UP. São Paulo, 2010.....	74

Tabela 13 - Pacientes com e sem UP segundo a unidade e o nível de risco para o desenvolvimento de UP. São Paulo, 2010.	75
Tabela 14 - Regressão Logística da pontuação da Escala de Braden para o desenvolvimento de UP nos pacientes da Cl.Cir. São Paulo, 2010.	75
Tabela 15 - Regressão Logística da pontuação da Escala de Braden para o desenvolvimento de UP nos pacientes da UTI. São Paulo, 2010.	76
Tabela 16 - Número de avaliações até o surgimento da UP, nas unidades como um todo. São Paulo, 2010.	76
Tabela 17 - Subescalas de Braden na incidência, por ordem de importância para o escore total, segundo as clínicas e geral do Hospital. São Paulo, 2010.	78
Tabela 18 - Incidência total e parcial no hospital de acordo com as unidades estudadas. São Paulo, 2010.	79
Tabela 19 - Índice total e parciais de incidência no Hospital de acordo com as unidades, excluindo-se UP em estágio I. São Paulo, 2010.	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Acompanhar (paciente de risco)
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
AH	Alta hospitalar
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AMB	Ambulatório
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
BCP	Broncopneumonia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CD	Conselho Deliberativo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CL.CIR	Clinica Cirúrgica
CL.MED	Clínica Médica
COMEP	Comissão de Ensino e Pesquisa
D	Direito
DE	Departamento de Enfermagem
DEC	Divisão de Enfermagem Cirúrgica
DECLI	Divisão de Enfermagem Clínica
DEMI	Divisão de Enfermagem Materno-Infantil
DEPE	Divisão de Pacientes Externos
DP	Desvio padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
E	Esquerdo
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
F	Teste Exato de Fischer
GE	Grupo de Estomatoterapia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IAM	Infarto agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal

INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ITU	Infecção do Trato Urinário
JCAHO	Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization
N	Não pertinente (paciente sem risco)
NANDA-I	North American Nursing Association International
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
O	Observar (paciente com apenas um fator de risco)
ÓB	Óbito
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSA	Pronto Socorro Adulto
SEd	Serviço de Apoio Educacional
“S”	Superintendência
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SLTP	Suspeita de lesão tissular profunda
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Transferido para outra unidade ou instituição
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UP	Úlceras por Pressão
US	Unidades de Significado
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
V	Ver (paciente novo)

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Aprovação da Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP)	125
Anexo 2 - Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa	126

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento de Pacientes Portadores de Úlcera de Pressão (UP) e dos Pacientes com Risco para Desenvolvimento de UP	128
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
Apêndice 3 - Instrumento para Coleta de Dados -	130
Apêndice 4 - Pacientes de Risco (Incidência).....	131
Apêndice 5 - Ficha de Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa-Qualitativa	132

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ANEXOS

LISTA DE APÊNDICES

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO	24
2 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UP NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	33
3 OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo geral	41
3.2 Objetivos específicos.....	41
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 Aspectos éticos	49
4.2 Cenário do estudo	50
4.3 População do estudo	54
4.3.1 População - 1º momento da pesquisa	54
4.3.2 População - 2º momento da pesquisa	55
4.4 Coleta de dados	55
4.4.1 Coleta de dados - 1º momento da pesquisa	55
4.4.2 Coleta de dados - 1ª fase do segundo momento da pesquisa	57
4.4.3 Coleta de dados - 2º fase do segundo momento da pesquisa	57

5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
5.1	Apresentação e análise dos dados do 1º momento da pesquisa	60
5.2	Apresentação e análise dos dados do 2º momento da pesquisa	86
5.3	Apresentação e análise dos dados da 2ª fase do segundo momento da pesquisa	97
6	RESULTADOS	111
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
8	REFERÊNCIAS	116
	ANEXOS	1164
	APÊNDICES	1247

APRESENTAÇÃO

Aos 23 de janeiro de 1947, vim ao mundo pelas mãos de dona Anita, parteira e comadre de mamãe. Nasci em casa; neta de italianos e caçula de cinco irmãos. Cresci cercada de amor, mimos e muita polenta com leite.

Meu pai, homem trabalhador e apaixonado pela família, ao ouvir que o oeste paranaense vivia um progresso assombroso cujo solo era tão fértil que a colheita de um pé de mandioca bastava para sustentar a família por uma semana, resolveu vender seu negócio em Tinguí, no estado do Paraná e partir em busca do ouro.

Fomos parar em Araruna, cidadezinha há 700 km de Curitiba. Ao saber que na cidade escolhida por papai havia um único grupo escolar cujos professores escreviam açúcar com dois esses, mamãe entrou em pânico. Mas não houve alternativa, eu era muito novinha para ficar com meus irmãos no colégio interno em Curitiba, e então fiz o curso primário lá mesmo, porém, sob a mais rigorosa supervisão de mamãe.

Papai progredia a olhos vistos. Comprou uma serraria com um pomar maravilhoso, uma fazenda de café e construiu uma linda casa em Curitiba, onde passávamos as férias.

Ao terminar o primário, fui comunicada que seria enviada ao colégio interno para continuar os estudos. Chorei, gritei, berrei e esperneei, pois não queria deixar o convívio de meus pais e amigos, nem tão pouco a vida maravilhosa e despreocupada que levava. Não adiantou espernear. Fui para o colégio interno.

Terminei o ginásio em 1963. No final desse ano o Diretor do colégio procurou meus pais afirmando que eu possuía grande potencial para o ensino recomendando que eu fizesse o curso normal em São Paulo. Naturalmente, fui enviada para São Paulo e matriculada no curso normal do Instituto Adventista de Ensino, em regime de internato.

No início de 1964, em um encontro de jovens Adventistas de Curitiba, conheci meu futuro marido, Benjamim Rogenski, cirurgião dentista e homem feito, disposto a casar imediatamente. Embora meu futuro marido residisse em São Paulo, pediu a minha mãe que não me enviasse mais para o colégio interno pois, acreditava que teria maior oportunidade de convívio comigo, se eu permanecesse em Curitiba. O regime de internato era muito

rigoroso e não me permitia sair para namorar. Obviamente não retornei para o colégio interno. Fiz o segundo ano normal em Curitiba, onde meu namorado me visitava todos os finais de semana. Nos casamos em fevereiro de 1966 e conclui o curso normal em São Paulo, já casada.

Meu primeiro filho, Benjamim Junior, nasceu em 1967 e minha filha Karin Emilia em 1970. Assim, substitui o sonho de ingressar na faculdade pela encantadora missão de educar e curtir os filhos.

Em 1972 meu pai adoeceu. Câncer de reto, estomia, fim do mundo... Fiquei horrorizada com o desencadear dos acontecimentos. A falta de informações e de dispositivos para suprir as necessidades de meu pai era desoladora. Diante de tanto sofrimento e frustração por não possuir os conhecimentos necessários para intervir e ajudar como gostaria, pensei em retomar os estudos e fazer Faculdade de Enfermagem. No entanto, os anos foram passando, papai faleceu após cinco anos de sofrimento atroz, a vida continuou, embora com muito menos encanto e o desejo de fazer Enfermagem foi ficando, a cada dia, mais distante.

Finalmente, quando minha filha caçula estava preste a iniciar o segundo grau, decidi voltar aos estudos. Faria enfermagem a qualquer custo!

Fiz minha matrícula no cursinho do Colégio Objetivo, no período noturno. No primeiro dia de aula, meu marido e filhos foram me levar até a porta do colégio. Ao entrar na sala de aula, quase não conseguia caminhar pois, minhas pernas tremiam loucamente. No fundo da sala, vi uma carteira vaga e me dirigi para lá. O único barulho que se ouvia na sala, era do salto do meu sapato. Eu era a única aluna trajando vestido e calçando sapato de salto alto. Sentei-me e permaneci imóvel por mais de vinte minutos, até que uma garota me disse para não me preocupar, pois o pessoal era legal. Amei a turma, fiz bons amigos e depois de seis meses ingressei na Faculdade Adventista de Enfermagem, conseguindo a 12ª classificação, numa turma de 70 alunos. Minha filha faria o segundo grau no mesmo colégio e assim, iríamos juntas para a escola. MARAVILHA!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Durante o curso de graduação, comecei a perceber que realmente eu gostava de cuidar de pacientes estomizados e com feridas complicadas. Sempre que possível, eu escolhia unidades cirúrgicas para estagiar, afim de

permanecer a maior parte do tempo em contato com pacientes que exigiam cuidados de maior complexidade nessa área.

Me formei no final de 1988 e no início de 1989, prestei concurso para trabalhar no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Felizmente a vaga era para a Unidade de Clínica Cirúrgica (Cl.CIR). Trabalhei nessa Unidade como enfermeira assistencial, durante três anos.

Iniciar a carreira profissional aos 41 anos não foi fácil, embora eu estivesse extremamente motivada, estava também preocupada e muito insegura.

Aos poucos, fui me tornando mais confiante e em 1991, buscando a aquisição de novos conhecimentos, decidi fazer o Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Em 1992, fui convidada, pela Diretora do Departamento de Enfermagem (DE) para assumir a Chefia da Cl.CIR. Aceitei o desafio por estar absolutamente apaixonada pela profissão e muito motivada com o meu trabalho.

A partir daí, além de continuar a prestar assistência à pacientes com estomias e feridas complicadas, assumi as atividades gerenciais da unidade.

Em 1996, quando já me sentia segura como chefe da unidade, fui novamente desafiada. Desta feita, para assumir a Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC). Esse convite colocou-me frente a um dilema: aceitar o novo desafio, onde teria a oportunidade de ampliar meus conhecimentos e meu âmbito de atuação ou permanecer na Chefia da Cl.CIR onde me sentia segura e completamente à vontade para desenvolver minhas atividades.

Após algumas noites insones e muita reflexão, resolvi aceitar mais esse desafio e oportunidade de crescimento profissional.

Em 2002 conclui o mestrado na área de concentração Saúde do Adulto, com a dissertação “Prevalência e a Incidência de Úlceras por Pressão no HU-USP”. Os resultados do estudo me impulsionaram a elaborar e implementar um programa para a prevenção de UP na instituição.

Nesses anos de atividade o HU-USP tem recebido inúmeras visitas de enfermeiras da capital, de outras cidades e estados, para conhecer o

trabalho desenvolvido na instituição e os Protocolos de Avaliação de Risco e de Prevenção de Úlceras por Pressão, bem como os equipamentos de prevenção, confeccionados sob nossa orientação.

Ciente de meu papel de enfermeira e membro integrante de uma equipe comprometida com a qualidade assistencial, tenho buscado aprimoramento profissional ao participar de congressos nacionais e internacionais e de outros eventos científicos relacionados à minha área de atuação e contribuído com a produção científica e publicações em revistas nacionais e internacionais de enfermagem.

Assim, o passar dos anos, o amadurecimento profissional e o convívio com profissionais extremamente capacitados, fizeram-me, gradualmente, perceber a lacuna de minha formação gerencial ingressando em 2007 no curso de doutorado na área de Administração de Enfermagem, entendendo que além das competências técnicas específicas, o adicional de competências gerenciais precisa ser melhor desenvolvido. É com esta perspectiva que estou desenvolvendo a tese “Avaliação da implementação de um protocolo para a prevenção de úlceras por pressão”.

A transformação demográfica sem precedentes na história da humanidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), mostra que até o ano de 2050 o número de idosos no mundo, aumentará de 600 milhões para dois bilhões. Assim, em menos de 50 anos, pela primeira vez na história, teremos no mundo mais pessoas acima de 60 anos do que pessoas com menos de 15 anos. Segundo o United States Census Bureau o número de pessoas com 65 anos ou mais, no ano 2000, representava 7% da população mundial. Uma projeção realizada para 2030 indica que o número de idosos no mundo deverá aumentar para mais de 70% da população (He et al., 2007) e que o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (OMS, 2002).

Somado a este fato, registram-se em todas as partes do mundo, uma transição epidemiológica importante. As enfermidades infecciosas e parasitárias predominantes até há alguns anos, cedem lugar às enfermidades crônicas e degenerativas. Dessa forma, aumenta a necessidade de cuidados e tratamentos específicos para uma população que envelhece, em número crescente, e exige uma política adequada de prevenção sem a qual, os custos com os tratamentos, aumentam abusiva e assustadoramente (Pessini, 2002).

Neste cenário, as úlceras por pressão (UP) vêm despertando maior interesse e preocupação por parte dos enfermeiros, serviços de saúde e da população em geral, à medida que tem aumentado seus índices de prevalência e incidência, particularmente em determinadas populações de risco, a despeito de todo avanço tecnológico e científico para preveni-las e tratá-las.

Agravando ainda mais esse problema, é importante lembrar que a população de risco não se restringe aos idosos, mas a todo paciente cuja percepção sensorial esteja comprometida, ou seja, aqueles com dificuldade para detectar sensações que indiquem a necessidade de mudança de posição, como os indivíduos com paraplegia, em coma, submetidos a cirurgias de grande porte, com trações ortopédicas, em sedação ou sob restrição mecânica com aparelhos gessados. Todos esses fatores desencadeiam acentuada restrição da mobilidade corporal, favorecendo o aparecimento das UP.

De acordo com Bryant (2000), aproximadamente 60 mil pessoas morrem, anualmente, nos EUA devido a complicações com UP. Segundo Beckrich; Aranovitch citado por Pieper (2000) US 2,2 a 3,6 bilhões de dólares são consumidos anualmente do orçamento do sistema de saúde americano por cerca de 1,6 milhões de pacientes que desenvolveram UP em hospitais e em casas de saúde para idosos e doentes crônicos.

Quanto mais avançado o estágio da UP, maior o custo com o tratamento. As UP nos estágios I, II e III têm um custo estimado entre 2.000 e 30.000 dólares, enquanto as do estágio IV podem ultrapassar 70.000 dólares (Moody; Gonzales; Cureton, 2004).

No Brasil esses dados não são ainda conhecidos, mas se ressalta que, além das graves complicações das UP em estágios mais avançados, com o aumento dos índices de mortalidade e de custos, essas lesões representam um acréscimo ao sofrimento físico e emocional do paciente. Como consequência há o agravamento de seu estado geral, reduzindo sua independência e interferindo no processo de cura, além de representar um desafio constante para os profissionais de saúde.

A Incidência de UP foi estabelecida como um dos indicadores¹ de qualidade do cuidado, a partir de 1987 por determinação da *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). Este órgão foi criado pelo Governo americano para avaliar e credenciar os serviços de saúde, tendo em vista a precária qualidade dos mesmos no país devido à falta de embasamento científico no cuidado prestado, alto custo da assistência, e consumidores exigindo maior participação nas decisões relacionadas aos cuidados de saúde.

¹ Segundo o manual da JCAHO, indicador pode ser descrito como a medição do desempenho de funções, sistemas ou processos ao longo do tempo; como valor estatístico que indica a condição ou direção do desempenho de um processo ou alcance de uma meta ao longo do tempo e Indicadores Clínicos são uma "medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados importantes ao paciente

Nesse mesmo ano, também nos Estados Unidos, foi criado o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), organização interdisciplinar da área da saúde, com a finalidade de estabelecer diretrizes para a prevenção e tratamento de UP visando à diminuição da sua incidência. Essas diretrizes são baseadas em pesquisas e opinião de especialistas e têm sido adotadas em vários países para nortear a criação de padrões de qualidade para a prática clínica. A partir daí, as diversas Organizações de Saúde Americanas, passaram a focar o problema de forma mais crítica, adotando indicadores de qualidade, como sinalizadores para pontuar problemas específicos que necessitam ser revistos e modificados (Maklebust; Magnan, 1994).

Na literatura, encontram-se várias definições para UP. De acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel (1989, 1994, 2007) elas são definidas como “lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes ou fatores de confusão podem também estar associados às úlceras por pressão; o significado desses fatores, no entanto, ainda deve ser elucidado”.

Embora as UP possam ser classificadas de diferentes maneiras, em 1989, o NPUAP estabeleceu um estadiamento baseado no comprometimento tecidual, ou seja, em quatro estágios e recomendado posteriormente, em 1992, pela Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) para identificação e classificação dessas lesões, o que permitiu uniformidade de informações para uso universal (Bates-Jensen, 1998). Essa classificação, foi revista e atualizada em 2007 (NPUAP, 2007) e acrescida de mais dois estágios, é descrita a seguir:

Suspeita de lesão tissular profunda

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

Descrição adicional

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

Estágio I

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.

Descrição adicional

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

Estágio II

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

Descrição adicional

Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxamento (aspecto de equimose)². Este estágio não deve ser usado para descrever skin tears, abrasões por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação.

² indica suspeita de lesão tissular profunda

Estágio III

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

Descrição adicional

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

Estágio IV

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

Descrição adicional

A profundidade da úlcera por pressão em estágio IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. As úlceras em estágio IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/ tendão é visível ou diretamente palpável.

Úlceras que não podem ser classificadas

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

Descrição adicional

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

Embora a prevalência e a incidência da UP varie de acordo com o país, a população de pacientes, a instituição de saúde e as metodologias utilizadas nos estudos e conseqüentes dificuldades e limitações de comparação entre os estudos disponíveis, a NPUAP reporta prevalência de 3 a 14%, em hospitais gerais (NPUAP, 1989) e, mais recentemente, Oot Giromini, (1993) e Bergstron et al. (1994) mencionam incidências de 2 a 29% em pacientes hospitalizados em geral.

Cabe ressaltar que a incidência de UP, como indicador de qualidade, permite quantificar os resultados do desempenho dos profissionais em relação à assistência prestada e serve de alerta para que o processo gerencial e assistencial possa ser revisado quando o resultado esperado não for atingido. Em um levantamento bibliográfico realizado no período de 1994 a 1998, sobre o tema, a autora verificou que a adoção de protocolos para a prevenção de UP nas instituições evidenciou a redução dos valores de incidência, mostrando a importância da prevenção em todos os aspectos, inclusive naqueles relativos à redução de custos, uma vez que protocolos de prevenção perseguem a melhora da qualidade do cuidado e mediante o uso de recursos adequados, diminuem a variabilidade da prática assistencial, os gastos desnecessários e os equívocos nas condutas indicadas (Fernandes, 2000).

Nessa direção, Silva (2003) afirma que a adoção de indicadores na área da enfermagem reflete uma nova tendência da prática, e possibilita o estabelecimento de cuidados dirigidos para resultados de qualidade e humanização.

Para Waterlow (1988) e Gunningberg (1999) até 95% das UP são evitáveis quando medidas de prevenção consistentes são instituídas levando a inferir que, embora as medidas de prevenção não evitem sua ocorrência na totalidade, podem dificultar seu desenvolvimento para estágios mais

avanzados. O VHA Mid-American Organization menciona que a taxa de incidência de até 4% é aceitável para hospitais que prestam assistência a pacientes agudos (Robinson, 2003). Em relação aos pacientes críticos (neurológicos, com paraplegia ou outras doenças que impossibilitam a movimentação), não há consenso na literatura em relação a índices aceitáveis.

Diante do exposto fica evidente que a melhor estratégia para evitar as UP é o investimento na prevenção. No entanto, outros estudos apontam que medidas preventivas não têm sido incorporadas à prática das enfermeiras na medida necessária, e enfatizam que apenas 40% do conhecimento referente ao tema é utilizado por esses profissionais. São descritos como fatores causais, a falta de recursos materiais, a elevada carga de trabalho e a desmotivação, explicitando que o conhecimento, por si só, não é suficiente para provocar mudanças de comportamento (Olshansky, 2003; Zamora, 2006).

Em pacientes hospitalizados a maioria das UP ocorre porque não houve a diligência necessária na implementação de cuidados e o paciente permaneceu muito tempo numa mesma posição. Assim, a incidência de UP é diretamente proporcional ao nível de conhecimento, motivação e compromisso dos cuidadores, bem como dos administradores, e da avaliação constante dos programas de prevenção (Olshansky, 2003).

Até há poucos anos a sociedade em geral, entendia as UP como inerentes à idade avançada, a situações de terminalidade e à imobilidade dos pacientes, ou seja, a algo inevitável ou um mal menor. Contudo, no Brasil e no mundo, vem ocorrendo uma mudança significativa nessa situação, uma vez que a população está deixando de considerar as falhas ou negligências médicas e de enfermagem como inerentes à vida ou devido a procedimentos de risco aos quais o paciente foi submetido. Os pacientes e seus familiares exigem, cada vez mais, esclarecimentos e atitudes para minimizar o problema em todas as instituições de saúde (Olshansky, 2003; Zamora, 2006).

Assim, considerando que a assistência efetivada nas instituições, interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas e das populações as instituições hospitalares vêm passando por transformações no que tange à gestão profissional e de serviços.

Vale destacar que a assistência oferecida aos pacientes internados depende da conjugação de vários profissionais, ou seja, o cuidado em saúde é o produto de um grande número de cuidados parciais, que se complementam a partir da interação entre os vários cuidadores. Dessa forma, uma complexa rede de atos, fluxos, rotinas, procedimentos e saberes, em um processo de complementação, compõem a forma como se articulam as práticas dos trabalhadores, conferindo melhor ou pior qualidade à assistência prestada. O grande desafio do processo gerencial nas instituições hospitalares é coordenar de forma coerente e apropriada, esse conjunto de atos cuidadores individuais e fragmentados, em cuidado coordenado e diligente de qualidade (Merhy, 2003).

2 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UP NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Após a realização de um estudo no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), para diagnosticar e avaliar a prevalência e incidência de UP, nas Unidades de Clínica Médica (Cl.Med), Clínica Cirúrgica (Cl.Cir) e Terapia Intensiva Adulto (UTIA) foram encontrados índices de prevalência de 18,63% e incidência de 39,81% (Rogenski, 2002; Rogenski, Santos, 2005), considerados elevados quando comparados aos índices internacionais, que apontam incidências entre 2 a 29%, também em pacientes internados em hospitais gerais como anteriormente mencionado (Oot Giromini, 1993; Bergstron; Braden; Kemp, 1998).

A relação com as variáveis sócio-demográficas e clínicas da população estudada revelou um panorama institucional que sinalizava a necessidade urgente do estabelecimento de um programa educacional abrangente de prevenção e tratamento de UP, direcionado aos profissionais de enfermagem, no sentido de gradativa resolução do problema (Rogenski 2002; Rogenski; Santos, 2005).

Nesta perspectiva, enfermeiras integrantes do Grupo de Estomaterapia (GE)³ do Departamento de Enfermagem (DE), elaboraram um protocolo para a prevenção de UP. Para tanto, fundamentaram-se em diretrizes internacionais propostas pelo NPUAP (1989), vigentes na Agency for Health Care Policy and Research - AHCPR (AHCPR, 1994) e adequadas à realidade Institucional.

As enfermeiras desenvolveram o protocolo estabelecendo a finalidade, os objetivos, a definição de UP e as intervenções de enfermagem conforme detalhamento a seguir:

³ O Grupo de Estomaterapia foi constituído em 1994 pelo DE com a finalidade de desenvolvimento técnico - científico de seus membros, em relação ao cuidado com estomias, feridas e incontinência, visando a melhoria da qualidade assistencial, sendo composto por enfermeiras representantes de todas as Unidades do HU-USP.

Protocolo para a prevenção de UP

O protocolo para prevenção de UP tem como finalidade uniformizar ações de enfermagem (intervenções/atividades) apropriadas aos pacientes que apresentem escore, obtido por meio da Escala de Braden, menor ou igual a 16 visando assegurar atendimento rápido e efetivo e, conseqüentemente, contribuir com a diminuição dos custos hospitalares.

Objetivos:

- Identificar os pacientes de risco para o desenvolvimento de UP;
- Instituir ações preventivas uniformizadas na assistência de enfermagem aos pacientes com risco de desenvolvimento de UP.

Definição de UP: é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (NPUAP, 2007).

A enfermeira deverá aplicar a Escala de Braden a todos os pacientes no momento da admissão hospitalar. Pacientes com escore menor ou igual a 11 são considerados de alto risco para o desenvolvimento de UP (possuem de 90% a 100% de possibilidade de desenvolver UP); pacientes com escore 12 a 14 são considerados de risco moderado (65% a 90% de possibilidade de desenvolver UP em estágio I ou II) e pacientes com escore 15 e 16 são considerados de risco leve para o desenvolvimento de UP (50 a 60% de possibilidade de desenvolver UP no estágio I) (Bates - Jensen, 1998).

Se o escore de Braden for menor ou igual a 16, a enfermeira deverá implementar todas as ações preventivas especificadas neste protocolo:

Protocolo de Prevenção de Úlceras Por Pressão

- Avaliar diariamente a pele do paciente. Em presença de hiperemia, mudar o decúbito e reavaliar após 30 minutos. Não desaparecendo a hiperemia, precionar a área com o dedo indicador para verificar se o tecido embranquece. Se não embranquecer, constatar UP Estágio 1;
- Promover mudança de decúbito de 2/2 horas ou mais frequentemente se necessário;
- Manter colchão tipo caixa de ovo no leito dos pacientes de baixo risco, escore de Braden 15 e 16 (Densidade $33 \leq 90\text{Kg}$ e Densidade $45 \geq 90\text{Kg}$);
- Manter colchão pneumático no leito dos pacientes de médio e alto risco - escore de Braden 11 a 14;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre os trocânteres. Mantê-lo a 30° (posição lateral) com auxílio de travesseiros e coxins;
- Mudar a posição do paciente com cuidado (p.ex. evitar atrito), para prevenir lesões à pele fragilizada;

- Elevar a cabeceira da cama no máximo até 30° , se a condição clínica do paciente permitir e pelo menor tempo possível;
- Solicitar, à nutricionista, suporte nutricional para os pacientes identificados como "alto risco" escore de Braden menor ou igual a 11;
- Proteger as áreas de proeminências ósseas com travesseiros ou coxins (ex. joelhos e tornozelos);
- Manter o calcâneo elevado, evitando encostá-lo no colchão, com auxílio de coxim próprio;

- Minimizar a exposição da pele à umidade causada por incontinência, perspiração ou drenagem de fluidos;
- Limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina;
- Utilizar emoliente suave imediatamente após o banho, para a proteção e hidratação da pele (Ácidos Graxos Essenciais - AGE), nos pacientes idosos e/ou com pele ressecada;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre os trocânteres. Mantê-lo a 30° (posição lateral) com auxílio de travesseiros e coxins;
- Evitar uso de água quente e excessiva fricção durante o banho;
- Evitar massagear área de proeminências ósseas;
- Evitar o uso de fita adesiva sobre pele frágil;
- Usar protetor de pele (Cavilon® ou hidrocolóide extra fino) antes de colocar a fita adesiva;
- Não massagear áreas com hiperemia, devido ao risco de rompimento de vasos nos tecidos subjacentes;
- Não fazer uso de almofadas tipo "donuts" ou anel, que poderão aumentar a área de isquemia;
- Reposicionar o paciente a cada hora quando estiver sentado em poltrona ou cadeira;
- Proteger o assento da cadeira com almofada redutora de pressão;
- Observar e considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso e estabilidade quando posicionar o paciente em cadeira de rodas;
- Orientar os pacientes usuários de cadeiras de rodas a realizar alívio da pressão a cada 15 minutos;
- Orientar o paciente e familiares sobre as medidas preventivas de cuidado.

A partir da elaboração do protocolo, a coordenadora do GE, pesquisou os produtos, acessórios e equipamentos necessários para a sua viabilização e solicitou a compra dos mesmos à gerência do DE. Em virtude da falta de acessórios adequados no mercado para o posicionamento correto dos pacientes em risco de desenvolver UP, a coordenadora e algumas colaboradoras desenharam acessórios que julgaram necessários e providenciaram a confecção junto a empresas especializadas.

Após a aquisição dos produtos, acessórios e equipamentos, os integrantes do GE, em parceria com as enfermeiras do Serviço de Apoio Educacional (SEd), convidaram duas enfermeiras das Unidades de Clínica Médica (Cl.Med), Clínica Cirúrgica (Cl.Cir) e Unidade de Terapia Intensiva (UTIA) (cuidados intensivos e semi intensivos) para compor o grupo de agentes multiplicadores do protocolo junto aos profissionais de enfermagem das respectivas Unidades.

Para tanto, foi realizada uma reunião com essas enfermeiras e com todas as enfermeiras chefes das Unidades do HU-USP, objetivando compartilhar a importância da atuação das enfermeiras assistenciais no reconhecimento das UP, em seus vários estágios, e da efetiva participação dos profissionais da equipe de enfermagem no processo de implementação do protocolo para a prevenção das UP.

Após essa reunião, a coordenadora do GE ministrou treinamento teórico-prático de oito horas às enfermeiras multiplicadoras abrangendo a definição, fisiopatologia, fatores de risco, estadiamento, avaliação de risco de desenvolvimento de UP, mediante a aplicação da Escala de Braden na realidade assistencial de cada Unidade e discussão das medidas preventivas adequadas. Ao final desse treinamento, as enfermeiras multiplicadoras, com o apoio das enfermeiras do GE e do SEd, realizaram vinte e três treinamentos teórico-práticos, com duração de quatro horas, dos quais participaram 33 enfermeiros (71%) e 134 (78,4%) técnicos/auxiliares de enfermagem das Unidades Cl.Med, Cl.Cir e UTIA.

O protocolo para prevenção de UP foi, então, implementado nas referidas unidades, a partir de julho de 2005. Em setembro desse mesmo ano

foi realizada reunião com as enfermeiras multiplicadoras para avaliação da implementação do protocolo e realizados ajustes visando seu aprimoramento.

Estudos sobre programas de prevenção de UP destacam que a chave do sucesso, para a sua implementação e manutenção é a motivação, a educação e o aprimoramento contínuo da equipe, aliados à avaliação sistematizada desses programas (Ratliff; Fletcher, 2007).

Todavia, após a implementação do protocolo de prevenção de UP no HU-USP, não foram realizadas avaliações sistematizadas para verificar a efetividade do mesmo. Assim, com a finalidade de dar continuidade a este processo, propõe-se a realização do presente estudo com os seguintes objetivos.

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de UP em Unidades do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência e a incidência de UP nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva Adultos após a implementação de um protocolo de prevenção de UP.
- Apreender a percepção das enfermeiras multiplicadoras no processo de implementação de um protocolo de prevenção de UP.
- Propor um processo de avaliação, sistematizada e continua, da adoção do protocolo de UP.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo foi conduzido segundo as vertentes quantitativa e qualitativa.

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório. Descritivo porque visa descrever as características de determinada população e exploratório uma vez que pretende proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a explicitá-lo ou a construir hipóteses. Envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 1991).

Em um primeiro momento na vertente quantitativa foi realizado o estudo de prevalência e de Incidência de UP visando a avaliação do protocolo de prevenção de UP implementado nas unidades de internação desde 2005. Para o cálculo da prevalência e da incidência da UP foram adotadas as fórmulas preconizadas por Frantz (1997). Para a avaliação de risco dos pacientes, foi utilizada a Escala de Braden.

A Escala de Braden é composta de seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento, e se destinam à avaliação dos diferentes fatores de risco para o desenvolvimento das UP.

Todas essas subescalas são pontuadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de 1 a 3. Os escores totais têm variação de 6 a 23. Índices altos correspondem a um baixo risco para a formação de UP e quanto menores forem os escores, maiores serão os riscos. Escores equivalentes ou abaixo de 16 são, genericamente, identificados como críticos, ou seja, indicativos de risco para o desenvolvimento de UP (Bergstrom et al., 1987; Bryant, 1992, 2000). Essa escala foi adaptada para a língua portuguesa por Paranhos, Santos em 1999.

Atualmente, o escore 18 tem sido recomendado como escore de corte para pacientes idosos. No entanto, optou-se por manter o escore 16 neste estudo, por duas razões distintas. Primeira por ter sido o escore de corte utilizado no primeiro estudo e segunda porque desde 2005 a Escala de Braden tem sido utilizada para avaliação de risco na instituição e nenhum paciente, com escore maior do que 16 desenvolveu UP. Desta forma, visando evitar

gastos desnecessários, mantivemos o escore 16 para o corte dos pacientes de risco para UP.

A prevalência de UP é definida como o número ou porcentagem de pessoas com UP, em um determinado período de tempo, em uma determinada população. Sua definição possibilita o cálculo, por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{número de pacientes com UP no dia da coleta de dados}}{\text{número de pacientes no serviço}} \times 100$$

A prevalência pode ser medida em um período (ano, mês) ou em determinado momento (dia) (Rouquayol, 1986; Laurenti et al., 1987; Frantz, 1997).

Quanto a incidência da UP, esta é definida como o número ou porcentagem de casos novos de pessoas com UP, num determinado período, em uma população de risco (Rouquayol, 1986; Laurenti et al., 1987; Frantz, 1997).

Para o estudo da incidência, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Incidência} = \frac{\text{número de casos novos de UP em determinada comunidade em certo período de tempo}}{\text{número de pessoas expostas ao risco de adquirir UP no referido período}} \times 100$$

Em um segundo momento, como método de investigação qualitativo optou-se pela adoção do Estudo de Caso, para apreensão da percepção das enfermeiras multiplicadoras em relação à adoção do protocolo. Foram adotadas as técnicas de entrevista e do grupo focal na operacionalização do método.

A abordagem Qualitativa constitui-se em um método de pesquisa que se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e hábitos dos homens, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos em determinações de hipóteses e controle de variáveis uma vez que

o problema vai sendo definido e delimitado no próprio contexto onde se realiza a pesquisa (Minayo, 2002).

Ainda na perspectiva dessa autora, a escolha da metodologia qualitativa permite a visualização do que se encontra nos meandros das relações sociais, que são substâncias e resultados da atividade humana, as quais podem ser apreendidas por meio da vivência e do cotidiano, ou seja, permite compreender o que pensam os sujeitos sobre suas experiências em determinadas situações e oferece a oportunidade de discussão de temas que devem ser explorados de modo profundo (Minayo, 2002).

No entanto, considerando que, em muitas circunstâncias, para a realização de uma pesquisa, uma abordagem isolada, seja ela qualitativa ou quantitativa, é insuficiente para abarcar a realidade observada, estas podem ser utilizadas em complementaridade (Minayo; Sanches, 1993).

Estudo de Caso

Trata-se de uma abordagem metodológica de natureza qualitativa que representa um momento da investigação, guiada por uma epistemologia interpretativa, onde o sujeito, considerado o objeto de estudo, é concebido como um ser individual e concreto, único em sua existência, que desenvolve suas atividades com criatividade, em espaço e tempo determinados, dentro de um sistema sociocultural estruturado (Blasco, 1995).

Essa modalidade de pesquisa é escolhida quando se quer estudar algo singular que tenha valor em si mesmo. Propõe-se à descoberta e dá ênfase à interpretação do problema no contexto em que está inserido. Além disso, o estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar pesquisas que coletam, registram e organizam relatório ordenado e crítico de uma experiência, com o objetivo de tomar decisões a respeito ou propor uma ação transformadora (Chizzotti, 2001).

O estudo de caso requer uma atitude reflexiva e o pesquisador deve deixar sua mente aberta e passar a maior parte do tempo no local onde desenvolve o seu estudo, em contato com as atividades e operações, refletindo, revisando significados e verificando o que acontece (Stake, 1994).

Na perspectiva de Stake (1994) identificam-se três tipos de estudos de caso:

- Intrínseco: busca compreender uma situação particular em profundidade, onde a escolha do caso ocorre em virtude do interesse pelo próprio caso, reforçado pela sua particularidade, e por fazer parte do cotidiano daquela situação;
- Instrumental: o interesse pelo caso é secundário, pois ele tem a função de apoio e, ao mesmo tempo, proporciona maior facilidade para a compreensão de algo mais. Geralmente um caso particular é avaliado com a finalidade de proporcionar um maior conhecimento sobre um tema ou a explanação de uma teoria. O caso é tratado em profundidade, delimitando-se o seu contexto, detalhando-se as atividades comuns, porém sem perder o objetivo de satisfazer interesses externos;
- Coletivo: trata-se de um estudo instrumental ampliado a vários casos, onde os investigadores podem estudar conjuntamente um determinado número de casos com a intenção de indagar sobre determinado fenômeno, população ou condição geral.

Tendo em vista que a presente pesquisa busca apreender a percepção das enfermeiras multiplicadoras acerca do processo de implementação de um protocolo de prevenção de UP em Unidades de internação do HU-USP, considerou-se o estudo de caso intrínseco como o mais adequado para a obtenção dos dados.

A entrevista

A entrevista tem sido a estratégia básica na coleta de dados qualitativos. Essa técnica “parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo, espontaneamente, a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa” (Trivinos, 1987).

Ludke e André (1986) afirmam que a entrevista tem vantagem sobre outras técnicas utilizadas na pesquisa qualitativa, por permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com todo tipo de informante. A entrevista ganha vida, ao se iniciar o diálogo, além de permitir correções, esclarecimentos e adaptações, o que a torna eficaz na obtenção das informações desejada.

O Grupo Focal

A escolha do Grupo Focal visa complementar a coleta de dados qualitativos, por favorecer a interação e a intervenção dos sujeitos na realidade a ser estudada, com sua participação efetiva e co-responsabilidade no processo.

É uma técnica na qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante certo período, determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar - a partir do diálogo e do debate - informações acerca de um tema específico (Cruz Neto; Moreira; Sucena, 2002). Tem por finalidade a aprendizagem, a reflexão e o pensar para a resolução de dificuldades criadas e manifestadas coletivamente.

Os grupos focais utilizam a interação grupal para obter dados que dificilmente seriam conseguidos individualmente. Assim, esta técnica torna-se complementar a entrevista.

Em síntese, as situações propícias para a aplicação do Grupo Focal são aquelas nas quais os objetivos da pesquisa necessitam de levantamento, por meio de debate, das impressões, visões e concepções de mundo de seu público alvo. Para sua operacionalização o passo mais importante é estabelecer o propósito da sessão com objetivos bem definidos, para que o grupo possa concentrar-se nas questões mais importantes e para que as pessoas sintam-se dispostas a participar do processo até o final. Os participantes devem ser selecionados dentro de um grupo de pessoas que tenham familiaridade ou convivam com o assunto a ser discutido e devem conhecer profundamente os fatores que afetam os dados mais importantes (Barbour; Kitzinger, 1999).

Não há consenso quanto ao número ideal de participantes. Alguns autores preconizam de seis a 15 pessoas (Sena; Duarte, 1999; Chiesa; Ciampone, 1999; Kind, 2004). Outros sugerem oito a dez participantes por grupo, apontando cinco a sete como o número ideal (Debus, 1988; Roso, 1997). Krueger (2002) refere que o número de participantes deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias e grande o bastante para que os participantes possam fornecer consistente diversidade de opiniões. Assim, considerou-se entre cinco e 10 enfermeiras multiplicadoras o adequado para a condução do estudo.

Para a realização do grupo é necessária a presença de um moderador e de um ou dois relatores ou observadores, com papéis e funções específicas.

Ao moderador compete orientar e coordenar o debate, facilitar a participação da discussão, bem como evitar a monopolização da fala por parte de alguns participantes em detrimento de outros, estimular a discussão para obter dos participantes relatos de suas percepções, sentimentos e experiência ou mesmo suas preferências, criar um ambiente facilitador e propício para que diferentes pontos de vista venham à tona, evitar constrangimentos, exaltação ou arrefecimento de ânimos sem, contudo, exercer qualquer tipo de pressão, para que os participantes estabeleçam algum plano conclusivo. Deve ainda, ser flexível, expressar-se com clareza, ter senso de humor e não expor suas opiniões ou fazer críticas aos comentários dos participantes. Precisa permanecer atento às expressões não verbais procurando interpretá-las para intervir e enriquecer a reunião. Compete a ele, inclusive, estabelecer parâmetros a serem adotados nos encontros, como elementos fixos a serem mantidos e munir-se de um “roteiro de debate” para nortear e auxiliar no desenvolvimento do grupo focal (Chiesa; Ciampone, 1999; Cruz Neto; Moreira; Sucena, 2002).

Ao relator ou observador, cabe a tarefa de “captar e registrar as informações expressas pelos participantes e, ao final, auxiliar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão” (Wheshthal; Bogus; Faria, 1996).

Para Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002) a atribuição do relator ou observador é “anotar as falas, nominando-as, associando-as aos motivos que as incitaram e enfatizando as idéias nelas contidas. Deve registrar também, a linguagem não verbal dos participantes, como exemplo, tons de voz, expressões faciais e gesticulação. O material produzido não precisa ser a transcrição literal das falas, mas sim, um rol de posturas, idéias e pontos de vista que subsidiarão as análises posteriores.

O local para a realização do grupo focal deve ser uma sala confortável, clara, sem ruídos, afastada da interferência de terceiros e de fácil acesso a todos. Preferencialmente, que possua assentos organizados de forma circular, para que os participantes fiquem voltados uns para os outros, a fim de facilitar a discussão (Lervolino; Pelicioni, 2001).

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP-Registro CEP-HU/USP; 881/09-SISNEP CAAE: 0002.0.198.196-09.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação por esses órgãos (Anexo 1) e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), os pacientes foram examinados pela pesquisadora ou por uma das enfermeiras colaboradoras para a constatação do risco de desenvolvimento de UP, mediante aplicação da escala de Braden (Anexo 2).

As enfermeiras que participaram das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) elaborado de acordo com as normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1996). De maneira similar ao procedimento adotado nas entrevistas, foi formalizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do Grupo Focal, bem como a permissão para gravação para posterior transcrição e análise.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no HU-USP, nas Unidades de Cl.Med, Cl.Cir e UTIA. O HU-USP é uma unidade complementar da USP, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e inserido na Supervisão de Saúde do Butantã, da Coordenadoria de Saúde da Região Centro Oeste e tem seus objetivos consolidados por meio do ensino, da pesquisa e da extensão de serviços à comunidade. Localiza-se no campus da USP, na zona oeste da cidade de São Paulo, ocupando uma área física de 39.000m². É um hospital geral de atenção secundária, que dispõe de 247 leitos distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Constitui o campo de estágio das faculdades de Medicina, Saúde Pública, Enfermagem, Farmácia e Odontologia. Presta assistência de saúde tanto à comunidade USP, que engloba os corpos docente, discente e de funcionários, como aos moradores do Distrito do Butantã, servindo de referência às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região. Os recursos financeiros são provenientes de dotação orçamentária da USP e de serviços prestados ao SUS.

Os órgãos da Administração Superior do HU são o Conselho Deliberativo (CD) e a Superintendência ("S"). O CD é constituído pelos diretores da Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia, pelo superintendente do HU-USP, pela representação discente e por um representante da comunidade. Uma das principais funções do CD é definir as diretrizes básicas da assistência médico-hospitalar, da pesquisa, da cooperação didática e da prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade.

A "S" é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do HU-USP.

O DE está ligado diretamente à "S" e tem participação efetiva no desenvolvimento e na consecução dos objetivos institucionais. Sua estrutura organizacional é composta por quatro divisões e um serviço: Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI), Divisão

de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI), Divisão de Pacientes Externos (DEPE) e o SEd. Essas quatro divisões congregam treze seções e três setores. O Serviço de Apoio Educacional é responsável pela seleção, treinamento, desenvolvimento e avaliação de desempenho de pessoal. O DE conta, também, com uma Comissão de Ética de Enfermagem. A estrutura organizacional do DE é apresentada na figura 1.

Fonte: Manual Administrativo do Departamento de Enfermagem do HU-USP, 2000.

FIGURA 1 - Estrutura organizacional do Departamento de Enfermagem do HU-USP

A equipe de enfermagem é composta por 667 membros sendo, 188 enfermeiros e 479 auxiliares/técnicos de enfermagem, representando 40% do total de funcionários do hospital. Desde 1981 o DE adota como proposta assistencial o Processo de Enfermagem de Wanda Aguiar Horta como um importante norteador da assistência, do ensino e da pesquisa, contemplando as fases do Histórico de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem e a partir de 2003 implantou o Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Association

International - NANDA-I (NANDA, 2001) em todas as unidades do HU-USP, conforme esquema a seguir.

FIGURA 2 - Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) do HU-USP.

O DE tem promovido ajustes para adequar o modelo operacional proposto, mantidos os princípios que norteiam o trabalho, como a manutenção da SAE, a integração docente assistencial, a coordenação das atividades para o desenvolvimento individual e grupal da equipe de enfermagem e o preparo do campo para alunos de graduação e pós-graduação.

A Unidade de Cl.Med

Possui 41 leitos para o atendimento de pacientes provenientes das Unidades de Pronto Socorro Adulto (PSA), Ambulatório (Amb), UTIA e demais Unidades do HU-USP sendo, a maioria, pacientes idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas. No período de janeiro a dezembro de 2007 apresentou média mensal de 111,5 internações e taxa de ocupação de 88,6%, com media de permanência de 9,8 dias.

A Cl.Med. tem implementado, desde 1990, o Sistema de Classificação de Pacientes segundo o grau de dependência de enfermagem, que classifica os pacientes em “Cuidados de Alta Dependência e Cuidados Intermediários” (Fugulin et al., 1994; Fugulin, 2002).

- **Cuidados Alta Dependência (14 leitos):** pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;
- **Cuidados Intermediários (27 leitos):** pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas. Estes pacientes são alocados em áreas físicas distintas para facilitar a assistência de enfermagem e a adequação do quadro de pessoal.

A Unidade de Cl.Cir

Destina-se ao atendimento integral, contínuo e individualizado dos pacientes cirúrgicos, no período pré e pós-operatório, favorecendo o ensino e a pesquisa. Dispõe de 44 leitos (36 leitos para cirurgia geral e 8 para cirurgias ortopédicas) para atendimento de pacientes de ambos sexos, com idade a partir de 15 anos completos que necessitam de cirurgia geral ou ortopédica.

Na Unidade são admitidos pacientes provenientes do PSA, geralmente para a realização de cirurgias de urgência/emergência e do Amb para cirurgias eletivas. São admitidos também, pacientes transferidos de outras Unidades do HU-USP, quando estes, além de cuidados clínicos necessitam de procedimentos cirúrgicos.

A taxa média de ocupação da Cl.Cir é de 80%, com aproximadamente 270 internações/mês. O índice de rotatividade dos leitos da cirurgia geral é de 5,75 e das cirurgias ortopédicas 6,63 por mês. A média de permanência dos pacientes de cirurgia geral e ortopédica é de 5 e 6 dias respectivamente. A alta hospitalar é dada o mais precocemente possível, a fim de diminuir os riscos de infecção e aumentar a disponibilidade de leitos para o atendimento da população.

Embora os pacientes cirúrgicos sejam também classificados de acordo com o Sistema de Classificação de Pacientes preconizado por Fugulin et al. (1994), na prática, não é possível agrupá-los em áreas físicas distintas

conforme essa classificação, devido à alta rotatividade de pacientes na Unidade. No entanto essa classificação é utilizada para o planejamento do quadro de profissionais e distribuição das atividades para prevenir sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem.

A UTIA

É composta por 20 leitos, sendo 12 destinados aos Cuidados Intensivos e 8 leitos aos Cuidados Semi Intensivos. Atende pacientes com idade superior a 15 anos, na maioria idosos, portadores de doenças crônicas agudizadas, provenientes das diversas Unidades do HU-USP e de outras instituições hospitalares. No ano de 2009 apresentou taxa de ocupação de 94,1% e media de permanência de 12,4 dias.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

4.3.1 População - 1º momento da pesquisa

A prevalência, foi verificada a partir da avaliação de todos os pacientes internados nas Unidades de Cl.Med, Cl.Cir, e UTIA em um único dia, selecionados através de sorteio, com exclusão prévia dos sábados e domingos, devido à diminuição do número de internações na Unidade de Cl.Cir. nesses dias.

A identificação da incidência teve inicio após o levantamento da prevalência. Os dados foram coletados a partir da avaliação de todos os pacientes das unidades de abrangência do estudo, às segundas, quartas e sextas feiras, durante três meses consecutivos, para verificar o surgimento de novos casos de UP. Para tanto, foi utilizada a Escala de Braden (Anexo 2), além do instrumento de coleta de dados, para avaliação de risco de desenvolvimento das UP (Apêndice 3).

4.3.2 População - 2º momento da pesquisa

Para a 1ª fase do segundo momento, foram convidadas oito enfermeiras que atuaram como multiplicadoras no processo de implementação do protocolo de prevenção de UP no HU-USP, para participarem concedendo uma entrevista e participando do grupo focal, não havendo recusas quanto à participação.

Para a 2ª fase do segundo momento, foram convidadas as 8 enfermeiras, que participaram das entrevistas, para compor o grupo focal.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Coleta de dados - 1º momento da pesquisa

Os dados demográficos e clínicos de todos os pacientes internados nas unidades citadas anteriormente foram coletados, pela pesquisadora e cinco enfermeiras colaboradoras, a partir de consulta aos prontuários. As avaliações de risco foram coletadas a partir da aplicação clínica da Escala de Braden e as UP quando existentes, por meio do exame físico dos pacientes.

Para o estudo da prevalência e da incidência, foi utilizado um instrumento único (Apêndice 3) composto de quatro partes. A primeira para obtenção dos dados sócio-demográficos (idade, sexo, raça, procedência dos pacientes); a segunda, para a obtenção de dados clínicos sobre a doença de base, doença associada, tempo de internação, tabagismo, índice de massa corporal (IMC) e medicamentos de uso contínuo; a terceira parte, visando a avaliação dos pacientes de risco, mediante escala de Braden e a quarta parte, referente às características das úlceras como, número, localização, estadiamento e mensuração, quando presentes. Para a incidência, foi utilizado, ainda, um segundo instrumento (Apêndice 4) para avaliação e acompanhamento dos pacientes de risco.

As variáveis clínicas: índice de Massa Corporal (IMC) e estadiamento das UP foram padronizadas, segundo modelos internacionais. O IMC foi baseado nos índices propostos pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) 2002 e o estadiamento, na classificação internacional proposta pelo NPUAP (1989; 2007).

Para a avaliação de risco de UP e seguimento da clientela foi utilizado o escore 16 da Escala de Braden, como nota de corte; além da classificação proposta por Braden (1997), para as associações estatísticas a serem realizadas.

Assim, como para o estudo da prevalência, a pesquisadora contou com a colaboração de cinco enfermeiras colaboradoras, que visitaram todos os pacientes para avaliação do surgimento de novos casos de UP, às segundas, quartas e sextas-feiras, durante três meses consecutivos, com início após a identificação do cálculo da prevalência. Após esse período, o acompanhamento dos pacientes de risco foi estendido por mais duas semanas visando a avaliação final de todos os pacientes envolvidos.

Os impressos para a coleta de dados foram colocados em pastas identificadas por Unidade. Essas pastas foram entregues, pela pesquisadora, às enfermeiras colaboradoras em cada dia de coleta, juntamente com a lista dos pacientes internados. Para facilitar o acompanhamento dos pacientes de risco e o controle das novas admissões, altas, óbitos ou transferências, a pesquisadora e as enfermeiras colaboradoras usaram uma sigla correspondente à condição de cada paciente sendo: **A** = acompanhar (paciente de risco); **N** = não pertinente (paciente sem risco); **O** = observar (paciente com apenas um fator de risco); **V** = ver (paciente novo); **T** = transferido para outra unidade ou instituição; **ÓB** = óbito; **AH** = alta hospitalar.

A coleta foi realizada sempre no período da manhã e cada Unidade ficou sob a incumbência de duas enfermeiras colaboradoras, sendo uma responsável pelo preenchimento dos dados demográficos, clínicos (Apêndice 3) e aplicação da Escala de Braden (Anexo 2), e a outra, pelo exame físico dos pacientes.

Na presença de UP, foram coletados os respectivos dados específicos (Apêndice 4) e ao ser detectada a presença de UP, o paciente era incluído na amostra para o cálculo da incidência de UP.

4.4.2 Coleta de dados - 1ª fase do segundo momento da pesquisa

As entrevistas com as oito enfermeiras foram agendadas previamente, de acordo com a preferência e disponibilidade das colaboradoras, e realizadas no período de 24 de setembro a 30 de outubro de 2010, em uma sala localizada na própria Instituição. Tiveram a duração entre 25 e 40 minutos. Cada entrevista foi transcrita pela própria pesquisadora e analisada, para evidenciar as possíveis Unidades de Significado (US).

Nas entrevistas foram coletados dados referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa: idade, sexo, cargo ou função, unidade de trabalho, tempo de atuação na área, tempo de formação e especialização. Para condução de cada entrevista foram adotadas as seguintes questões norteadoras: “De acordo com sua vivência, qual é a sua percepção em relação à implementação e utilização do protocolo de prevenção de UP? e Quais as facilidades e dificuldades para sua operacionalização?” (Apêndice 5).

A análise dos conteúdos das entrevistas permitiu a elaboração de um “Relatório Síntese”.

4.4.3 Coleta de dados - 2ª fase do segundo momento da pesquisa

As oito enfermeiras entrevistadas, foram convidadas para participar do Grupo Focal. Para o total mapeamento do tema da pesquisa, foram realizados dois encontros: o primeiro com duração de duas horas e o segundo com duração de uma hora e 30 minutos.

No primeiro encontro, cada colaboradora recebeu o Relatório Síntese das entrevistas e os dados do Levantamento dos Índices de Prevalência e Incidência obtidos na 1ª fase do estudo. Após a leitura coletiva, foram informados sobre as seguintes dinâmicas do Grupo Focal: duração máxima da reunião - 120 minutos; só uma pessoa deverá falar de cada vez; devem ser evitadas discussões paralelas para que todos participem; nenhum dos participantes poderá dominar a discussão; todos terão o direito de dizer o que pensam. Foi também, enfatizado que não se buscava consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectivas e experiências era muito bem vinda. Para o início das discussões foi feita a seguinte pergunta:

Com a vivência de vocês nesse processo e considerando as informações contidas no Relatório Síntese resultante da análise das entrevistas realizadas, que elementos deverão ser considerados em uma proposta de revisão para a continuidade do uso do protocolo de UP?

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO 1º MOMENTO DA PESQUISA

No primeiro momento do estudo a análise estatística descritiva foi realizada junto às variáveis sócio-demográficas, clínicas e referentes às UP especificamente. Nessa análise, foram adotadas distribuições e frequências, medidas descritivas médias, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo na produção de estimativas pontuais e Intervalos de Confiança de 95%, na produção de estimativas intervalares de algumas características populacionais de interesse.

A análise inferencial foi constituída pelas avaliações de correlação/associação e comparações entre variáveis de interesse. Para tanto, foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos:

- Intervalos de confiança de 95%, usados para estimar o valor médio real das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo;
- *Teste Qui-Quadrado ou exato de Fisher (F), para a comparação das variáveis qualitativas. Para estes testes, foi considerado um nível de significância de 5%;*
- *Teste t-Student, para a comparação das variáveis quantitativas.*
- Análise de regressão logística para verificar a influencia da pontuação da Escala de Braden (baixo/ moderado e alto risco) na presença de UP.
- *Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman e Coeficiente de Correlação Linear de Pearson*, usados nas análises de correlação e,
- *Teste de Mann-Whitney*, usado na comparação de populações independentes com distribuição não-normal.

Prevalência

Em 15 de abril de 2009, havia 93 pacientes internados nas Unidades de Cl.Med, Cl.Cir e UTIA, dos quais seis não foram examinados por se encontrarem na Unidade de Centro Cirúrgico no momento da coleta de dados. Os 87 pacientes examinados apresentaram idade média de 56,6 (DP=19,2) anos e mediana de 58,0 com variação de 16 a 92 anos. Verificou-se

predomínio de pacientes do sexo masculino (46 ou 52,9%), da raça branca (56 ou 64,4%) e maioria pertencente à comunidade Butantã (59 ou 67,8%). Quanto às características clínicas, 69 (70,1%) pacientes eram não-fumantes; 36 (41,4%) estavam internados na Cl.Med; 32 (36,8%) na Cl. Cir e 19 (21,8%) na UTIA, sendo 11(12,6%) pacientes em cuidados intensivos e oito (9,2%) em cuidados semi-intensivos. O tempo médio de internação foi de 10,8 (DP=13,5), mediana de seis, com variação de um a 102 dias.

Dos 87 pacientes examinados, constatou-se que 17 possuíam UP e suas características sócio-demográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Pacientes com UP, segundo as variáveis sócio-demográficas. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS		DISTRIBUIÇÃO	
Idade	n	%	p-valor
16 a 30	-	-	0,047
31 a 45	1	5,9	
46 a 60	4	23,5	
61 a 75	8	47,1	
76 a 90	3	17,6	
> 91	1	5,9	
Média (DP)	67 (13,9)		
Mediana	68		
Variação	45 a 92		
Sexo			
Masculino	10	58,8	0,584
Feminino	7	41,2	
Raça			
Branca	13	76,5	0,245
Não Branca	4	23,5	
Procedência			
Comunidade Butantã	10	58,8	0,331
Comunidade USP	2	11,8	
Outros	5	29,4	

Os dados da Tabela 1 indicam que a idade dos pacientes com UP variou de 45 a 92 anos, com média de 67,0 (DP=13,9) e mediana de 68 anos, havendo predomínio da faixa etária acima de 61 anos, com 12 (70,6%)

pacientes. Observa-se discreto predomínio do sexo masculino com 10 ou 58,8% do total de pacientes. Com relação à etnia, 13 (76,5%) eram da raça branca e quatro não branca e, quanto à procedência, 10 (58,8%) pertenciam à comunidade Butantã.

A distribuição dos pacientes com UP segundo as variáveis clínicas é evidenciada a seguir:

Tabela 2 - Pacientes com UP, segundo as variáveis clínicas. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO	
Doença de Base (sistemas)*	n	%
Cardio vascular e respiratório	9	52,9
Digestório	2	11,8
Músculo esquelético	3	17,6
Nervoso	-	-
Urinário	1	5,9
Outros	2	11,8
IMC		
16 a 16,99	-	-
17 a 18,49	3	17,6
18,50 a 24,99	6	35,3
25 a 29,99	5	29,4
30 a 34,99	1	5,9
35 a 39,99	2	11,8
40 ou mais	-	-
Tabagismo		
Não	10	62,5
Sim	7	37,5
Clínica		
Cl. Cir	5	29,4
Cl.Med	5	29,4
UTIA (cuidados intensivos)	7	41,2
UTIA (cuidados semi-intensivos)	-	-

Continua...

Continuação

Continuação

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO	
Doença de Base (sistemas)*	n	%
Tempo de Internação (dias)		
≤ 5	4	23,5
5 a 10	3	17,6
>10	10	58,8
Média (DP)	21,1 (24,2)	
Variação	2 a 102 dias	

* As doenças de base foram categorizadas, conforme o sistema orgânico comprometido e incluíram doenças como AVCH, Síndromes coronarianas, HAS, DPOC, BCP, entre outros.

Os dados da tabela 2 mostram que, nove (52,9%) dos 17 pacientes com UP apresentavam doença de base que comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório; três (17,6%) o sistema músculo esquelético, por fratura de fêmur, dois (11,8%) com doença no sistema digestório e três (17,6%) com doenças que comprometiam os sistemas urinário, imunológico e nervoso. Clinicamente, verifica-se que 10 ou 62,5% dos pacientes eram não tabagistas, conferindo-lhes, neste aspecto menor risco para a formação de UP.

Quanto ao IMC, observa-se que a maioria dos pacientes encontrava-se na faixa considerada normal.

Dos pacientes com UP, sete (41,2%) encontravam-se internados na UTIA em cuidados intensivos, cinco (29,4%) na CI Méd e cinco (29,4%) na CI. Cir. O tempo médio de internação dos pacientes com UP foi de 21,1 dias, com mínimo de dois e máximo de 102 dias.

As variáveis clínicas “Doenças Associadas” e “Medicamentos” são descritas na tabela 3.

Tabela 3 - Doenças associadas e medicamentos nos pacientes com UP. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS		DISTRIBUIÇÃO	
Doenças Associadas (sistemas)*		n	%
Cardio vascular e respiratório		12	70,6
Digestório		2	11,8
Músculo esquelético		-	-
Nervoso		-	-
Urinário		1	5,9
Endócrino		9	52,9
Outros**		1	5,9
Medicamentos			
Analgésico/Antiinflamatório esteróide e não esteróide		5	29,4
Antidepressivo		1	5,9
Antihipertensivo		8	47,1
Diurético		2	11,8
Hipoglicêmico		6	35,4

* Bronquite, Polirradiculoneurite, ICC, HAS, DPOC, IAM, ITU, Arritmias, Fratura de fêmur, entre outras. ** Imunológico

A grande maioria, 12 (70,6%) das doenças associadas, verificadas nos pacientes com UP, comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório, repetindo o que ocorreu com as doenças de base. Com relação aos medicamentos, verificou-se grande diversificação, com predominância dos antihipertensivos (47,1%), hipoglicemiantes (35,3%) e analgésicos e antiinflamatórios esteróides e não esteróides (29,4%).

A tabela 4 mostra a distribuição dos pacientes, de acordo com o número, localização e estadiamento das UP.

**Tabela 4 - Pacientes de acordo com número, localização e estadiamento das UP.
São Paulo, 2010.**

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
Número de UP		
1	9	52,9
2	2	11,8
3	5	29,4
5	1	5,9
Localização		
Calcâneo	13	39,5
Sacro	9	27,0
Maléolo	3	9,0
Glúteo	3	9,0
Braço/Cotovelo/Lateral do pé	5	15,5
Estadiamento		
I	10	30,3
II	13	39,3
III	2	6,6
Suspeita de lesão tissular profunda (SLTP)	5	15,5
Necrose	3	9,1

A tabela 4 evidencia que os 17 pacientes apresentaram um total de 33 UP, variando de uma a cinco lesões por paciente. Das 33 úlceras observadas, 13 (39,3%) estavam localizadas no calcâneo; nove (27,3%) na região sacra, três (9,1%) no glúteo, três (9,1%) no maléolo e cinco (15,5%) em outras regiões do corpo como braço, cotovelo e lateral do pé.

Quanto ao estadiamento, verificou-se que 13 (39,3%) UP encontravam-se no estágio II, 10 (30,3%) no estágio I, duas (6,6%) no estágio III, cinco (15,5%) eram SLTP e três (9,1%) apresentavam necrose. Não foi encontrada nenhuma UP no estágio IV.

A tabela 5 apresenta os escores totais e médios da Escala de Braden em pacientes com UP.

**Tabela 5 - Escores totais e médios da Escala de Braden em pacientes com UP.
São Paulo, 2010.**

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO	
Escores	n	%
≤ 11 (alto risco)	10	58,7
12 a 14 (moderado)	2	11,8
15 a 16 (leve)	2	11,8
≥ 17 (sem risco)	3	17,7
Média (DP)	12,6 (3,4)	
Variação	8 a 19	
Mediana	11,0	

Em relação à Escala de Braden, verificou-se escore médio de 12,6, com variação de oito a 19 pontos. Verificou-se ainda, que dez dos pacientes com UP, possuíam escore entre oito e 11, significando alto risco para o desenvolvimento de UP.

A prevalência total do HU-USP e parcial de acordo com as Unidades estudadas são apresentadas a seguir.

**Tabela 6 - Prevalências totais e parciais e de acordo com as unidades estudadas.
São Paulo, 2010.**

Unidades	Pacientes com UP	Pacientes internados	Prevalências (%)
CI Méd*	5	36	13,9
CI Cir*	5	32	15,6
UTIA**	7	19	63,6
Unidades Abertas*	10	68	14,7
Unidade Fechada**	7	19	36,8
HU-USP	17	70	19,5

Os dados do estudo permitem constatar prevalência geral de 19,5% no HU-USP e prevalência de 63,6% na UTIA, onde ficam internados os pacientes mais graves e conseqüentemente com maior risco para o desenvolvimento de UP. Ressalta-se que não foram encontrados pacientes com UP na UTIA em cuidados semi intensivos.

Incidência

Para o estudo da incidência, foram avaliados 190 pacientes considerados de risco para o desenvolvimento de UP, ou seja, apresentavam escore total igual ou menor que 16, durante três meses consecutivos. Destes, 35 desenvolveram UP e, ambos grupos, têm as características demográficas e clínicas apresentadas na forma de tabelas e figuras, com dados absolutos e relativos, médias, medianas e desvios padrão.

Esses resultados são analisados, conforme a caracterização sócio demográfica e clínica da população e análise da incidência de UP.

Caracterização sócio demográfica e clínica dos pacientes de risco, com e sem UP

As variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes de risco com e sem UP são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7 - Pacientes de risco com e sem UP, segundo as variáveis sócio demográficas. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO				p-valor
	com UP		sem UP		
Idade	N	%	N	%	
16 a 30	5	14,3	18	11,6	0,911
31 a 45	2	5,7	18	11,6	
46 a 60	7	20,0	36	23,2	
61 a 75	8	22,9	32	20,6	
76 a 90	12	34,3	46	29,7	
> 91	1	2,9	5	3,2	
Média (DP)	63,1(20,2)		60,8(20,8)		0,531
Mediana	68,0		65,0		
Variação	24 a 92		19 a 99		
Sexo					
Masculino	18	51,4	85	54,8	0,715
Feminino	17	48,6	70	45,2	
					Continuação

Continuação

Continuação

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO				p-valor
	com UP		sem UP		
Idade	N	%	N	%	
Raça					
Branca	29	82,9	122	78,7	0,583
Não Branca	6	17,1	33	21,3	
Procedência					
Comunidade Butantã	29	82,9	125	80,6	0,577
Comunidade USP	2	5,7	13	8,4	
Outros	4	11,4	17	11,0	

Os dados da tabela 7 indicam que a idade dos pacientes com UP variou de 24 a 92 anos, com media de 63,1 (DP= 20,2), mediana de 68,0 e predomínio de pacientes com idade acima de 61 anos (60,1%). No grupo de pacientes sem UP, verifica-se variação de 16 a 99 anos, com media de 60 anos (DP=20,8), novamente predominando a idade acima de 61 anos (53,5%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a idade media dos dois grupos. Observa-se também que em ambos os grupos, houve predomínio do sexo masculino (85 ou 54,8% no grupo sem UP e 18 ou 51,4% no grupo com UP) e da raça branca (29 ou 82,9% e 122 ou 78,7%, respectivamente para pacientes com e sem UP).

Com relação à procedência, nota-se maior número de pacientes pertencentes à comunidade Butantã, em ambos grupos, com 29 (82,9%) e 125 (80,6%) pacientes com e sem UP, respectivamente.

As variáveis clínicas dos pacientes com e sem UP são mostradas na tabela 8.

Tabela 8 - Pacientes de risco com e sem UP, segundo as variáveis clínicas. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS Doença de Base (sistemas)*	DISTRIBUIÇÃO				p-valor
	Com UP		Sem UP		
	n	%	n	%	
Cardiovascular e respiratório	9	25,7	52	33,5	0,370
Digestório	14	40,0	46	29,7	0,235
Músculo esquelético	6	17,1	32	20,6	0,640
Nervoso	1	2,9	7	4,5	0,999 (F)
Urinário	4	11,4	12	7,7	0,501 (F)
Outros	-	-	8	5,2	
IMC					
16 a 16,99	2	5,9	5	3,3	0,635
17 a 18,49	-	-	4	2,6	
18,50 a 24,99	17	50,0	78	51,0	
25 a 29,99	13	38,2	40	26,1	
30 a 34,99	1	2,9	14	9,2	
35 a 39,99	-	-	8	5,2	
40 ou mais	1	2,9	4	2,6	
Média (DP)	25 (6,6)		25,6 (5,9)		
Variação	16,3 a 54,7		14,9 a 54,1		
Tabagismo					
Não	23	65,7	107	69,0	0,703
Sim	12	34,3	48	31,0	
Clínica					
Cl. Cir	8	22,9	43	27,7	0,421
Cl.Med	6	17,1	25	16,1	
Semi	3	8,6	27	17,4	
UTI	18	51,4	60	38,7	

Continua

Continuação

Continuação

VARIÁVEIS Doença de Base (sistemas)*	DISTRIBUIÇÃO				p-valor
	Com UP		Sem UP		
	n	%	n	%	
Tempo de Internação (dias)					
≤ 5	13	37,1	74	47,7	0,197
5 a 10	9	25,7	46	29,7	
>10	13	37,1	35	22,6	
Média (DP)	10,3 (8,3)		9,1 (9,5)		
Mediana	8		6		
Variação	2 a 37		2 a 54		

*As doenças de base foram categorizadas, conforme o sistema orgânico comprometido e incluíram doenças como AVCH, Síndromes coronarianas, HAS, DPOC, BCP, entre outros.

Os dados da tabela 8 mostram que 14 (40,0 %) pacientes do grupo com UP, tinham doença de base que comprometia o sistema digestório e nove (25,7%) o sistema cardiovascular ou respiratório. Com relação ao IMC, verifica-se similaridade entre os grupos, com médias de 25,6 para o grupo sem UP e 25,0 para o grupo com UP, predominando em ambos grupos a faixa de pré obesidade. Em relação ao tabagismo observa-se, em ambos grupos, maioria de pacientes não tabagistas com 107 (69,0%) e 23 (65,7%) pacientes dos grupos com e sem UP, respectivamente. Com relação à unidade, nota-se que 51,4% dos pacientes com UP encontravam-se internados na ITU enquanto apenas 38,7 % estavam no grupo sem UP. Quanto ao tempo de internação, os pacientes com UP apresentavam variação de dois a 37 dias, com tempo médio de internação de 10,3 (DP=8,3) dias e mediana de oito, estando 37,1% (13) dos pacientes com menos de cinco dias de internação e a mesma porcentagem deles com mais de dez dias de internação. No grupo sem UP, a variação foi maior, de dois a 54 dias, com tempo médio de internação de 9,1, mediana de seis (DP=9,5) e 74 pacientes (47,7%) possuía tempo de internação inferior a cinco dias.

As doenças associadas e medicamentos dos pacientes com e sem UP são mostrados na tabela 9.

Tabela 9 - Doenças associadas e medicamentos segundo os pacientes com e sem UP. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS Doenças Associadas (sistemas)*	DISTRIBUIÇÃO				
	Com UP		Sem UP		p-valor
	n	%	n	%	
Cardio vascular e respiratório	23	65,7	97	62,5	0,728
Endócrino	16	45,7	44	28,4	0,046
Músculo esquelético	1	2,9	8	5,2	0,999 (F)
Nervoso	4	11,4	16	10,3	0,768 (F)
Urinário	1	2,9	13	8,4	0,473 (F)
Digestório	6	17,1	21	13,5	0,595 (F)
Outros**	1	2,9	5	3,2	0,999 (F)
Medicamentos					
Analgésico/Antiinflamatório esteróide e não esteróide	6	17,1	24	15,55	0,808
Cardiotônicos	21	60,0	81	52,3	0,407
neurolépticos	3	8,6	22	14,2	0,374(F)
Diurético	5	14,3	26	16,8	0,719
Hipoglicemiantes	8	22,9	23	14,8	0,246
Outros	7	20,0	17	11,0	0,162(F)

* Bronquite, ICC, HAS, DPOC, IAM, ITU, Arritmias, Fratura de fêmur, entre outras.

** Imunológico

Os dados da tabela 9 mostram que a maioria dos pacientes, em ambos grupos (97 ou 62,5% e 23 ou 65,7% respectivamente, para os pacientes com e sem UP) possuía doença associada que comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório. Verifica-se também, que houve associação estatisticamente significativa de doenças do sistema endócrino nos pacientes com UP, evidenciando que há um maior percentual de pacientes com doenças endocrinológicas no grupo de pacientes com UP (45,7%) do que nos pacientes sem UP (28,4%).

Quanto aos medicamentos, observa-se predomínio da utilização de drogas cardiotônicas em ambos grupos (81 ou 52,3% e 21 ou 60,0% para os pacientes com e sem UP respectivamente) seguidos de hipoglicemiantes, analgésicos /antiinflamatórios esteróide e não esteróide e diuréticos para o grupo de pacientes com UP e de diuréticos, analgésicos/antiinflamatórios esteróide e não esteróide e hipoglicemiantes para os pacientes sem UP, nessas ordens.

Na tabela 10 são apresentados os pacientes de acordo com o numero, localização e estadiamento das UP.

Tabela 10 - Pacientes de acordo com número de UP, localização e estadiamento. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS		DISTRIBUIÇÃO	
Número de UP		n	%
1		23	63,8
2		11	30,5
3		2	5,5
Media (DP)		1,4 (0,6)	Mediana:1,00
Localização			
Calcâneo		15	29,4
Sacro		11	21,6
Glúteo		7	13,7
Trocânter		5	9,8
Cotovelo		4	7,8
Maléolo		3	5,9
Ísquio		2	3,9
Orelha		2	3,9
Escapula		2	3,9
Estadiamento			
I		15	29,4
II		27	52,9
SLTP *		7	13,7
Necrose		2	3,9

* Suspeita de lesão tissular profunda

Os dados da tabela 10 mostram a presença de 51 úlceras, perfazendo a média de 1,4 (DP=0,6) e mediana de uma úlcera, com variação de uma a três úlceras por paciente. A maioria dos pacientes apresentou (23 ou 63,8%) apenas uma úlcera, seguido de 11 (30,5%) pacientes que apresentaram duas úlceras e apenas dois (5,5%) apresentaram três úlceras.

Das 51 úlceras observadas nos 36 pacientes, 15(29,4%) estavam localizadas na região do calcâneo, 11(21,6%) na região sacra, sete (13,7%) no glúteo e as demais, em outras regiões do corpo. Em relação ao estadiamento dessas lesões, 27 UP (52,9%) classificaram-se como estágio II e 11 (29,4%) em estágio I, sete (13,7%) como suspeita de lesão tissular profunda e duas (3,9%) apresentavam necrose em todo o leito da lesão.

A tabela a seguir, apresenta a distribuição dos escores da Escala de Braden para pacientes com e sem UP, de acordo com os níveis de risco propostos por Braden (1997).

Tabela 11 - Escores da Escala de Braden de acordo com o nível de risco para os pacientes com e sem UP. São Paulo, 2010.

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO			
	Com UP		Sem UP	
Escores	n	%	n	%
≤ 11 (alto risco)	28	80,0	44	28,4
12 a 14 (moderado)	2	5,7	27	17,4
15 a 16 (leve)	5	14,3	84	54,2
Média (DP)	10,7(2,6)		14,1(3,3)	
Variação	6-16		6-23	
Mediana	10,0		15,0	

Observa-se na tabela 11, escore médio de 10,7 (DP=2,6) e mediana 10,0 para os pacientes com UP, coerentes com o predomínio de (28 ou 80,0%) pacientes com alto risco para o desenvolvimento de UP. No grupo de pacientes sem UP, observa-se escore médio 14,1 (DP=3,3) e mediana (15) mais elevados, com distribuição maior de pacientes com risco leve (84 ou 54,2%) para o desenvolvimento de UP.

A tabela 12 apresenta a distribuição dos pacientes com e sem UP segundo a unidade e o nível de risco para o desenvolvimento de UP.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes com e sem UP segundo as unidades e o nível de risco para o desenvolvimento de UP. São Paulo, 2010.

		Presença de UP				p-valor
		sim		não		
		n	%	n	%	
Clínica Cirúrgica	baixo risco	2	25,0%	24	55,8%	0,013
	risco moderado			9	20,9%	
	alto risco	6	75,0%	10	23,3%	
Clínica médica	baixo risco	2	33,3%	10	40,0%	0,289
	risco moderado	1	16,7%	10	40,0%	
	alto risco	3	50,0%	5	20,0%	
SEMI	baixo risco	1	33,3%	19	70,4%	0,168
	risco moderado			3	11,1%	
	alto risco	2	66,7%	5	18,5%	
UTI	baixo risco			31	51,7%	0,001
	risco moderado	1	5,6%	5	8,3%	
	alto risco	17	94,4%	24	40,0%	

Na tabela 12 pode-se observar que houve associação, estatisticamente significativa, entre nível de risco e presença de UP nas unidades de Cl. Cir e UTI ($p < 0,05$), evidenciando que há um maior percentual de pacientes com alto risco no grupo de pacientes com UP (75% e 94,4% respectivamente) do que no grupo sem UP (23,3% e 40% respectivamente) em ambas unidades.

A análise agrupando as categorias -baixo risco e risco moderado é apresentada na tabela 13.

Tabela 13 - Pacientes com e sem UP segundo a unidade e o nível de risco para o desenvolvimento de UP. São Paulo, 2010.

Unidades	Nível de risco	Presença de UP				p-valor
		sim		não		
		n	%	n	%	
Clínica Cirúrgica	risco					
	baixo/moderado	2	25,0%	33	76,7%	0,008 (F)
	alto risco	6	75,0%	10	23,3%	
Clínica médica	risco					
	baixo/moderado	3	50,0%	20	80,0%	0,161 (F)
	alto risco	3	50,0%	5	20,0%	
SEMI	risco					
	baixo/moderado	1	33,3%	22	81,5%	0,128 (F)
	alto risco	2	66,7%	5	18,5%	
UTI	risco					
	baixo/moderado	1	5,6%	36	60,0%	0,001
	alto risco	17	94,4%	24	40,0%	

Confirmando os dados da tabela 13, observa-se que houve associação estatisticamente significativa, entre risco e presença de UP nas unidades de Cl.Cir. e UTI ($p < 0,05$), evidenciando que há um maior percentual de pacientes com alto risco no grupo de pacientes com UP (75% e 94,4% respectivamente) do que no grupo sem UP (23,3% e 40% respectivamente) em ambas unidades.

Tabela 14 - Regressão Logística da pontuação da Escala de Braden para o desenvolvimento de UP nos pacientes da Cl.Cir. São Paulo, 2010.

Variável	Coeficiente	Nível descritivo (p-valor)	Odds ratio (Exp(coef))	Limite Inferior	Limite Superior
Pontuação total da escala (alto risco)	2,29	0,010	9,90	1,72	56,95

Na análise de regressão logística para verificar a influência da pontuação da Escala de Braden (baixo / moderado e alto risco) na presença de UP, verifica-se que na Cl.Cir, os pacientes com alto risco têm aproximadamente 10 vezes (9,9) mais chances de desenvolver UP do que pacientes de baixo/ moderado risco.

Tabela 15 - Regressão Logística da pontuação da Escala de Braden para o desenvolvimento de UP nos pacientes da UTI. São Paulo, 2010.

Variável	Coeficiente	Nível descritivo (p-valor)	Odds ratio (Exp(coef))	Limite Inferior	Limite Superior
Pontuação total da escala (alto risco)	3,24	0,002	25,50	3,18	204,50

Na análise de regressão logística para verificar a influencia da pontuação da Escala de Braden (baixo / moderado e alto risco) na presença de UP, verifica-se na UTI, que os pacientes com alto risco, têm 25,5 vezes mais chances de desenvolver UP do que os pacientes de baixo / moderado risco.

A tabela 16 apresenta o numero de avaliações realizadas até o surgimento da UP, nas unidades do estudo como um todo.

Tabela 16 - Número de avaliações até o surgimento da UP, nas unidades como um todo. São Paulo, 2010.

Número de avaliações	n	%
1º	1	2,9
2º	14	40,0
3º	6	17,1
4º	3	8,6
5º	2	5,7
6º	2	5,7
7º	4	11,4
8º	1	2,9
10º	1	2,9
16º	1	2,9
Total	35	100,0

Na tabela 16 nota-se que a grande maioria das UP (40%) surgiram na segunda avaliação, ou seja, após quatro dias de internação.

A figura 3 apresenta o tempo médio para o desenvolvimento da UP, por unidade.

FIGURA 3 - Tempo médio para o desenvolvimento de UP, por unidade. São Paulo, 2010.

Observa-se na figura 3 que o tempo médio para o desenvolvimento de UP na Cl.Cir, UTIA e Semi girou em torno de quatro dias enquanto que na Cl.Med., apenas dois dias.

A tabela 17 exhibe a ordenação das subescalas de Braden, segundo a importância para o escore total obtido pelos pacientes que desenvolveram UP, sugerida pela regressão múltipla (método stepwise).

Tabela 17 - Subescalas de Braden na incidência, por ordem de importância para o escore total, segundo as clinicas e geral do Hospital. São Paulo, 2010.

Ordem	CL.CIR	CL.MED	SEMI	UTI	Hospital
1	Percepção	Percepção	Percepção	Umidade	Percepção
2	Umidade	Umidade	Umidade	Percepção	Umidade
3	Mobilidade	Mobilidade	Nutrição	Mobilidade	Mobilidade
4	Nutrição	Nutrição	Mobilidade	Fricção/ Atividade Física	Nutrição
5	Fricção	Fricção/ Atividade	Fricção	Nutrição	Fricção
6	Atividade		Atividade		Atividade

A figura 4 mostra que as subescalas apresentam similaridade quanto à ordem de importância, nas diferentes clinicas e no hospital como um todo excetuando-se a UTI. As subescalas Percepção Sensorial e Umidade ocuparam o primeiro e segundo lugar por ordem de importância para o desenvolvimento de UP nas unidades de Cl.Cir, Cl.Med e SEMI, invertendo-se a ordem na UTI, quando a Umidade passa a ser a subescala de maior importância, seguida pela Percepção Sensorial.

FIGURA 4 - Tempo médio para o desenvolvimento de UP, por unidade em relação à ordem de importância das subescalas. São Paulo, 2010.

A tabela 18 apresenta os índices gerais e parciais de incidência no Hospital e de acordo com as unidades estudadas.

Tabela 18 - Incidência total e parcial no hospital de acordo com as unidades estudadas. São Paulo, 2010.

Unidades	Pacientes com UP	Pacientes de Risco	Incidência (%)
Clínica Cirúrgica	8	51	15,7
Clínica Médica	6	31	19,4
UTIA-Semi Intensiva	3	30	10,0
UTIA	18	78	23,1
Unidades Abertas	14	82	17,1
Unidades Fechadas	21	108	19,4
Hospital	35	190	18,4

A tabela 18 permite constatar incidência de 18,4 % para o Hospital e parciais de 15,7%, 19,4%, 10,0% e 23,1%, respectivamente, para a Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Semi Intensiva e UTI, sem diferenças estatisticamente significantes entre si. Índices similares também foram obtidos, quando agregadas as unidades abertas e fechadas, com incidências de 17,1% e 19,4% respectivamente, também sem diferenças estatisticamente significantes entre ambas.

Reconhecendo-se a sub-notificação das úlceras em estágio I mencionada na literatura internacional, ao serem excluídas neste estudo, obtém-se os resultados apresentados na tabela 19.

Tabela 19 - Índice total e parciais de incidência no Hospital de acordo com as unidades, excluindo-se UP em estágio I. São Paulo, 2010.

Unidades	Pacientes com UP	Pacientes de Risco	Incidência (%)
Clínica Cirúrgica	5	51	9,8
Clínica Médica	2	31	6,4
Semi Intensiva	3	30	10,0
UTI	15	78	19,2
Unidades Abertas	7	82	9,3
Unidades Fechadas	18	108	16,6
Hospital	25	190	13,2

Com a exclusão das UP em estágio I, verifica-se importante redução na incidência geral e parcial, variando de 6,4% (Clínica Médica) a 19,2 (UTI).

Embora muito tenha sido discutido e se conheça sobre as causas, fisiopatologia e conseqüências, as UP continuam sendo um sério problema para os pacientes institucionalizados bem como para a própria instituição e comunidade.

Atualmente, está claro que esse fenômeno extrapola os cuidados de enfermagem. A etiologia é multifatorial, incluindo fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo como idade, comorbidades, condições de mobilidade, estado nutricional, nível de consciência entre outros. No entanto, os profissionais de enfermagem têm se responsabilizado, em virtude de prestarem cuidados diretos aos pacientes e permanecerem ao seu lado 24 horas, pela implementação de medidas preventivas e sistematizadas de cuidado, por meio da adoção de protocolos baseados em diretrizes internacionais, com vistas a evitar tão fatídico evento. Nesta perspectiva, este estudo buscou avaliar a implementação de um protocolo de prevenção de UP nas unidades de internação do HU-USP.

Dos 87 pacientes, avaliados nas unidades de Cl. Cir, Cl.Med e UTIA, 17 apresentaram 33 UP representando prevalência global de 19,5%. Estes pacientes foram caracterizados com idade média de 67 anos, sendo 70,6% dos pacientes acima de 60 anos, de ambos os sexos; com IMC médio de 24,8

dentro da faixa de normalidade; maioria não fumantes e com tempo médio de internação acima de vinte dias, principalmente por doenças de base e associadas que comprometiam o sistema cardiovascular ou respiratório. Quanto às UP, verificou-se media de 1,8%, com mínimo de uma e máximo de cinco UP por paciente localizadas, principalmente, no calcâneo e na região sacra, nos estágios I e II.

Estudos realizados para verificar a prevalência de UP, em diferentes instituições e com diversos tipos de clientela apontam prevalências que variam de 1,4% a 30% mostrando que os resultados variam com o método adotado no estudo, a população envolvida, e inclusão ou exclusão das UP em estágio I (Blanes et al., 2004; Rogenski; Santos, 2005; Souza; Santos, 2007).

Estudo desenvolvido na Alemanha (Lahmann; Halfens; Dassen, 2005), com pacientes cirúrgicos (cuidados agudos) apresenta prevalência de 21,1% incluindo UP em estágio I e 10,2% excluindo-a. Vale ressaltar que alguns autores excluem, de seus estudos, as UP em estágio I, por entenderem que a avaliação nem sempre é realizada por enfermeiros treinados para esse fim e, as UP, nesse estágio, podem ser confundidas com hiperemia reativa e assim, serem sub notificadas ou super estimadas, dificultando a comparação com outros estudos.

No presente estudo ao serem excluídas as UP estágio I, verificou-se prevalência geral para o hospital de 8%, portanto, prevalência menor que a encontrada no estudo acima citado.

A elevada idade media dos pacientes com UP, vem corroborar estudos que afirmam ser esse o grupo de maior risco para o desenvolvimento de UP, ou seja, pacientes com idade acima de 65 anos (Cardoso; Caliri; Hass, 2004; Souza; Santos, 2007). Os extremos de idade são considerados indicadores de risco para UP na literatura internacional e nacional (Maklebust; Siegreeen, 1996; Fernandes, 2000). Neste estudo, o aumento do risco se deve, provavelmente, às alterações próprias do processo de envelhecimento da pele e do tecido subcutâneo do idoso, cujas mudanças a tornam mais frágil e susceptível às forças mecânicas como pressão, fricção e cisalhamento.

A presença de UP associada ao maior período de hospitalização, também, tem sido relatada na literatura como outro fator importante na gênese

da UP. Seu desenvolvimento resulta do tempo de exposição e da intensidade da pressão, em combinação com fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, a presença de doença que prolongue a permanência do indivíduo na instituição e exija repouso prolongado no leito, deve ser um sinalizador para que medidas preventivas sejam instituídas a fim de evitar a formação de UP. Neste estudo o tempo médio de internação foi significativamente superior para os pacientes com UP, corroborando mais uma vez os dados da literatura.

Verifica-se também, que a maioria (10 ou 62,5%) dos pacientes eram não tabagistas, conferindo-lhes, neste aspecto, menor risco para a formação de UP. A nicotina, embora considerada um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento de UP, por provocar vaso constrição e interferir no fluxo sanguíneo, na oxigenação e nutrição dos tecidos (Maklebust; Siegreen, 1996), não apresentou nenhuma significância no presente estudo.

As doenças que comprometem o sistema cardiovascular e/ou respiratório sejam elas de base ou associadas e a utilização de drogas de uso contínuo como os anti hipertensivos, os analgésicos/antiinflamatórios esteróides e não esteróides, também são apontados como fatores que influenciam o desenvolvimento de UP. As doenças cardiovasculares e respiratórias existentes em 12 (70,6%) dos pacientes com UP foram citadas por vários autores como fatores que tornam as pessoas mais suscetíveis ao desenvolvimento de UP (Cardoso; Caliri; Hass, 2004; Rogenski; Santos, 2005).

Em relação à localização e ao estadiamento das UP encontradas, inúmeros são os autores que as corroboram, (Blanes et al., 2004; Cardoso; Caliri; Hass, 2004) desde que em populações similares. Estudos nacionais e internacionais também apontam predomínio de úlceras, em região sacral, calcânea e trocântérica, locais de apoio quando o paciente encontra-se em decúbito dorsal, lateral ou posição sentada (Frantz, 1997, Diccini; Camaduro; lida, 2009).

Quanto ao estadiamento, verificou-se predomínio do estágio II, diferente de estudo desenvolvido em hospital geral público da grande São Paulo, onde predominaram UP no estágio I (Blanes et al., 2004). Como evidenciado nesse estudo, as UP em estágio II são encontradas,

principalmente, em pacientes com doenças de base e associadas que afetam a perfusão, como as doenças respiratórias e o diabetes.

Ao serem avaliados os escores totais de risco obtidos a partir da aplicação da Escala de Braden, constatou-se que 10 (58,8%) dos pacientes com UP nas Unidades estudadas eram de alto risco. Portanto, pacientes mais suscetíveis ao desenvolvimento de UP. O escore médio dos pacientes com UP foi de 12,6% enquanto o dos pacientes sem UP foi de 19,1%, ou seja, sem risco de desenvolver UP. Os fatores que mais contribuíram para o desenvolvimento das UP foram fricção/cisalhamento, falta de atividade e falta de mobilidade nos quais 94,5%, 82,4%, 76,5% respectivamente, dos pacientes foram avaliados com pontuação 1 e 2.

Incidência

No estudo da Incidência, 190 pacientes de risco, foram acompanhados durante três meses consecutivos. Destes, 35 desenvolveram um total de 51 úlceras, representando incidência global de 18,4%. A incidência variou conforme a unidade, apresentando a UTIA o maior índice (23,1%) com os pacientes em cuidados intensivos, seguida pela Cl.Med (19,4%), Cl. Cir (15,7%) e pacientes em cuidado semi-intensivo (10,0%) Embora a incidência de UP na UTIA tenha sido discretamente mais elevada que outras unidades, não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre as unidades, nem quando agrupadas quanto ao tipo abertas e fechadas. Segundo a literatura nacional e internacional, a internação em UTI aumenta o risco para o desenvolvimento de UP, quando comparada a outras unidades de internação, devido ao maior numero de fatores de risco a que o paciente está exposto quando nessa unidade (Silva, 2003; Cardoso; Caliri; Hass, 2004).

Estudos internacionais apresentam incidências de 0,4% a 38%, atingindo índices mais elevados (66%) quando se trata de pacientes provenientes de clinicas especializadas (Versluis, 1985; Gunningberg et al., 2000; Cuddigan et al., 2001; Fernandes; Torres, 2008). Na ultima década, no Brasil, vários estudos sobre incidência foram desenvolvidos com pacientes hospitalizados, e as incidências apresentadas variam entre 10,6% e 55%,

mostrando-se maiores ou menores, de acordo com a população estudada, a inclusão ou exclusão de UP em estágio I e a metodologia utilizada.

Os pacientes que compuseram a amostra do estudo, por se encontrarem em risco para desenvolver UP, apresentaram características sócio demográficas e clínicas similar. Verificou-se discreto predomínio de pacientes do sexo masculino em ambos os grupos, com e sem UP, da raça branca, com idade média em torno de 60 anos, moradores da região do Butantã, com IMC médio considerado normal (18,50 a 24,99) maioria de não fumantes, com tempo médio de internação em torno de nove dias, principalmente por doenças nos sistemas digestório, cardiovascular e respiratório e endócrino (de base e/ou associada). Quanto às úlceras, constatou-se a média de 1,4 por paciente, localizadas principalmente em calcâneo (15 ou 29,4%), sacro (11 ou 21,6%) e glúteo (7 ou 13,7%) áreas que correspondem aos pontos de maior pressão em paciente na posição dorsal. Esses achados corroboram Maklebust e Siegreen (1996) quando referem que a maior parte das úlceras ocorre na metade inferior do corpo, devido à presença de grandes proeminências ósseas e distribuição desigual do peso corporal nessas áreas.

O predomínio de UP no estágio II (52%) apontados aqui, coincidem com estudo internacional realizado em hospitais americanos de cuidados agudos, no qual 90% das úlceras eram de estágio I e II (Whittington; Patrick; Roberts, 2000). Estudos nacionais desenvolvidos por Costa, Caliri (2005) e Rogenski, Santos (2005), em hospitais universitários, também mostraram predomínio de UP nos estágios I e II.

Assim como no estudo de Rogenski e Santos (2005) não foi observada nenhuma UP no estágio três ou quatro nesse estudo. Vale ressaltar que nenhuma das UP encontradas nos pacientes (estágio I e II), progrediu para estágios mais avançados, provavelmente, pelo empenho da equipe de enfermagem na utilização das medidas preventivas estabelecidas no protocolo, que direcionam o cuidado e impedem a evolução das mesmas.

A literatura mostra que os idosos compõem o grupo de maior risco para o desenvolvimento de UP (Margolis et al., 2002). A pele do idoso reflete transformações próprias do processo fisiológico de envelhecimento, pela redução na elasticidade, na textura da pele, diminuição da massa muscular e

na frequência de reposição celular, tornando-a mais frágil. Essas mudanças podem predispor a lesões, induzidas por fatores externos como pressão, fricção, cisalhamento e umidade. Corroborando os dados da literatura, também, nesse estudo, observou-se que 60,1% (21) dos pacientes com UP possuía idade acima de 60 anos e destes, 34,3% (12) encontravam-se com idade acima de 76 anos, portanto, indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento de UP, principalmente, se considerando que a maioria deles, possuía doença associada que comprometia o sistema cardiovascular ou respiratório (65,7%) e endócrino (45,7%) e faziam uso de medicamentos cardiotônicos (60,0%), hipoglicemiantes (22,9%) analgésicos/antiinflamatórios esteróides e não esteróides. É sabido que pacientes sob o efeito de drogas que os colocam em baixa percepção sensorial e, conseqüentemente, com dificuldade de mobilização, estão mais sujeitos ao desenvolvimento de UP (Smith,1995). Nesse sentido, salienta-se a importância da atuação da equipe de enfermagem, na aplicação de estratégias de prevenção sistematizadas e rotineiras, no auxílio dos pacientes para as mudanças de decúbito, colocação de colchões adequados para alívio da pressão e demais medidas preconizadas em protocolos pré estabelecidos.

A análise dos dados mostra que 80% dos pacientes com UP possuía alto risco para o desenvolvimento de UP. De acordo com a interpretação dos coeficientes da regressão logística, na Cl. Cir. os pacientes com alto risco na pontuação total da Escala de Braden, possuíam 10 vezes mais chances de desenvolver UP do que os pacientes de baixo risco, enquanto que, na UTI, esse risco aumentava para 25 vezes, devido às co-morbidades e gravidade dos pacientes. Observou-se que 40% das UP, se desenvolveram no quarto dia de internação e 90,4% do total das UP, dentro dos primeiros 15 dias de internação, corroborando mais uma vez a literatura, que estabelece os 15 primeiros dias de internação como determinantes para o desenvolvimento das UP (O'Neil, 2004; Esperón et al., 2005).

Ao se buscar os fatores de risco mais importantes no estabelecimento dos escores médios totais obtidos na Escala de Braden, nos pacientes com UP, constata-se Percepção Sensorial e Umidade em primeiro e segundo lugares na ordem de importância para três unidades dentre as quatro

analisadas e geral para o hospital. Na UTI, mantiveram-se as mesmas subescalas, havendo apenas uma inversão na ordem de importância. A percepção sensorial diminuída, obviamente, reduz a sensação de dor ou desconforto e resulta na falta de estímulo para que o paciente se mova em busca de alívio. Esses resultados são importantes ao serem analisados de acordo com cada clínica, para reforçar orientações específicas, com vistas à priorização de cuidados e otimização de recursos. Ao serem excluídas deste estudo as UP no estágio I, verifica-se diminuição acentuada na incidência geral do Hospital e também por unidades.

5.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO 2º MOMENTO DA PESQUISA

O material obtido nas entrevistas com as oito enfermeiras, foi analisado segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (2000).

Para Bardin, “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça..., é uma busca de outras realidades através das mensagens.”

A análise de conteúdo objetiva evidenciar elementos que permitam inferir sobre outra realidade que não a dá mensagem. Portanto, permite extrapolar a realidade, que no presente estudo, é a avaliação da implementação do protocolo de prevenção de UP, bem como, os conteúdos e mensagens que demonstrem a percepção dos enfermeiros e o que os incomoda e preocupa na realização dessa atividade (Minayo, 2002).

Ainda segundo Bardin (2000) a técnica de análise de conteúdo, compõe as seguintes etapas que assim foram adotadas neste estudo:

Pré-análise - Fase na qual são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. São realizadas inúmeras leituras flutuantes das entrevistas para organização e sistematização das primeiras idéias para a identificação dos principais indicadores. A leitura flutuante, intuitiva, implica a leitura exaustiva das entrevistas a serem analisadas, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes como se

flutuasse sobre o texto, ou seja, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura.

Exploração do material ou codificação - Essa fase marca a codificação do material que é a transformação sistemática dos dados brutos em unidades que caracterizam o conteúdo. Para Bardin (2000) a análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ da comunicação, com um significado para o objetivo analítico.

As entrevistas foram identificadas em ordem cronológica de realização, transcritas, analisadas individualmente e interpretadas, buscando as unidades de significados e em seguida agrupadas de acordo com os temas que emergiram. Essa análise serve para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, bem como de material discursivo, auxiliando a reinterpretar as mensagens e a atingir a compreensão de significados para além da leitura do senso comum (Minayo, 2002).

A análise interpretativa dos dados qualitativos das entrevistas, possibilitou o resgate de Unidades de Significado (US) e conseqüente construção de categorias e sub-categorias conforme apresentado a seguir.

Na categoria - Gerenciamento da Assistência - constituída pelas subcategorias - Protocolo Assistencial e Protocolo na Dinâmica de Trabalho Assistencial - as enfermeiras abordam o protocolo na sua funcionalidade e objetividade, como instrumento de trabalho adotado e avaliado segundo as experiências vividas no desempenho da assistência de enfermagem.

Sub categoria-Protocolo Assistencial

A UP é um dos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem, estabelecidos pela American Nurse Association (ANA) desde 1996. Frente à complexidade do tema e ressaltando que as UP são evitáveis em aproximadamente 95% dos casos, sua prevenção é fundamental e exige uma reavaliação dos processos de cuidado prestados pela equipe de enfermagem (Gunningberg, 1999).

Segundo Menegon et al “uma forma de sistematizar o cuidado é o estabelecimento de protocolos que incluam avaliação de risco, medidas preventivas e terapêuticas” tendo em vista que a qualidade é um requisito indispensável à sobrevivência econômica das instituições, além de ser uma responsabilidade inerente à ética profissional (Adami, 2000).

De acordo com as participantes, o protocolo de prevenção implementado na instituição é um instrumento de trabalho que tem contribuído para suprir lacunas referentes a cuidados específicos para pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UP. Segundo as falas das enfermeiras E1, E4, E5 e E7 o protocolo é de fácil utilização e direciona as ações de enfermagem ao proporcionar uma visão abrangente do paciente, alertando para a necessidade de prevenção:

Eu acho o protocolo fácil de utilizar. Com ele ficou muito mais fácil ter uma visão geral do paciente. (E1)

O protocolo em si foi muito bom. O paciente com UP no estágio I, não evolui para UP estágio II ou III, por que ficamos muito mais alertas para a prevenção. (E4)

..O protocolo é adequado... é simples e fácil de implementar. (E5)

O protocolo é fácil de usar e abrange todas as necessidades do paciente. (E7)

Observa-se também que as enfermeiras da Instituição, percebiam o número elevado de pacientes com UP nas diversas unidades, porém, apesar do empenho da equipe de enfermagem, as ações realizadas não geravam resultados efetivos, como é explicitado pela fala da E2,

O protocolo veio num momento necessário, tanto pelas elevadas taxas de incidência, quanto pela percepção das enfermeiras... A sensação que tínhamos era que por mais que fizéssemos e cuidássemos do paciente, não existia um controle efetivo, principalmente nos casos de maior gravidade... (E2)

Sub categoria - Protocolo na dinâmica de trabalho assistencial

A implementação de programas educacionais, com o objetivo de identificar os pacientes de risco para prevenir as UP, é recomendada pela Agency of HealthCare Policy and Research e autores ressaltam que as orientações contidas nos protocolos devem ser disponibilizadas a todos os

prestadores de serviços de saúde, pacientes, familiares e cuidadores (Maklebust; Siegreen, 1996).

Esta subcategoria retrata a experiência das enfermeiras do estudo, com o uso do protocolo de prevenção e o seu impacto na dinâmica do trabalho assistencial e educacional como mostram as falas das enfermeiras E2, E6 e E8:

O protocolo é abrangente, direciona o cuidado, nos dá todas as diretrizes para a prática assistencial. (E2)

Deu para ver nitidamente a diminuição da incidência de UP. Conseguimos nos organizar... direcionar nossas ações. Não há necessidade de os funcionários ficarem sob supervisão direta, eles sabem o que deve ser feito. (E6)

Ter o protocolo para mostrar aos alunos que chegam, é rico. Tem tudo o que a gente precisa saber para recorrer em caso de dúvida, para transmitir as orientações e também para orientar a família quando o paciente vai para casa. (E8)

As falas das enfermeiras, descritas acima, corroboram os dados da literatura ao considerar a utilização de protocolos de avaliação de risco e de prevenção de UP, como ferramentas importantes para a assistência de enfermagem de qualidade. Autores vêm propondo instrumentos de medida ou escalas de avaliação de risco com o intuito de subsidiar a avaliação clínica do enfermeiro e sistematizar o cuidado. Referem que a identificação, dos pacientes de risco, permite a implementação de medidas preventivas precocemente, fato esse que pode reduzir a incidência de UP em até 60% (Bergstrom; Braden; Kemp, 1996; Kanj; Wilking; Phillips, 1998; Bispo et al., 2002; Menegon et al., 2007; Lima e Silva et al., 2010).

Embora as participantes da pesquisa verbalizem que a utilização do protocolo é fácil, abrangente e facilita o trabalho por direcionar as ações de enfermagem, destacam aspectos que consideram negativos em relação à dinâmica de trabalho, como por exemplo, a falta de tempo para implementar todas as medidas preventivas necessárias.

Muitas vezes, devido à intensa dinâmica do trabalho, provocada pelo agravamento da complexidade dos pacientes (uso de respiradores, dispositivos mensurados com frequência, deslocamento de profissionais para encaminhamento de pacientes para a realização de exames fora da unidade,

realização de tarefas não pertinentes à enfermagem como limpeza de leitos entre outros) somada às precárias condições físicas dos trabalhadores, deixam de implementar ou esquecem de realizar todas as ações preconizadas no protocolo. No final de cada mês, é difícil fazer a coleta dos dados da incidência de UP, uma vez que as enfermeiras, pela própria intensidade do trabalho, algumas vezes, esquecem de fazer as anotações relacionadas às UP, como explicitado nas falas das enfermeiras E2, E5, E6 e E7:

A maior dificuldade é a falta de tempo. (E2)

A dinâmica de trabalho é intensa, corrida e a gente acaba esquecendo algumas coisas... fica difícil a coleta de dados para verificar a incidência mensal de UP. (E5)

...temos dificuldade na hora de coletar os dados da incidência, as enfermeiras esquecem de anotar. Então precisamos de uma estratégia para resgatar essas questões. (E6)

...devido a dinâmica da unidade não dá tempo de fazer tudo o que é preciso... (E7)

As falas dessas enfermeiras corroboram Pedreira (2009) quando afirma que no contexto assistencial do país, poucos são os enfermeiros que atuam ou realizam ações baseados em evidências científicas:

Muitos passam seu dia de trabalho corrigindo falhas no sistema, procurando materiais, buscando prescrições, trocando equipamentos quebrados, falhas da lavanderia, farmácia, manutenção e no final do dia de trabalho, percebem que não conseguiram realizar cuidados de enfermagem diretos ao paciente e nem tão pouco supervisionar, de modo eficiente, os cuidados prestados por técnicos e auxiliares de enfermagem.

A categoria - Gerenciamento de Recursos Humanos

Esta categoria é composta por três subcategorias: Profissionais com restrição física, Quantitativo de pessoal e Capacitação de pessoal.

As enfermeiras referem como dificuldades encontradas para a implementação do protocolo, problemas relativos aos recursos humanos, tanto em relação aos profissionais com restrição física, quanto ao quadro de pessoal ou seja, quanto às vagas existentes no quadro de pessoal e quanto à capacitação do pessoal.

Sub categoria - Profissionais com Restrição Física

Na subcategoria - Profissionais com Restrição - as enfermeiras evidenciam dificuldades na implementação do protocolo devido à existência de profissionais de enfermagem com restrição física, que inviabiliza o desenvolvimento de parte das atividades de enfermagem e, entre elas as ações de prevenção realizadas por esses profissionais.

As enfermeiras do estudo apontam, ainda, que as restrições físicas por determinação médica, estabelecem que o funcionário não pode erguer ou carregar mais de dois quilos de peso, o que dificulta, sobremaneira, a implementação de medidas preventivas como exemplo, as mudanças de decúbito dos pacientes de duas em duas horas. As falas a seguir mostram:

... temos funcionários com restrições, é difícil promover a mudança de decúbito nos pacientes a cada 2 horas, se eles não podem erguer mais de dois quilos. É a nossa realidade... (E1)

O quadro de pessoal, é adequado, mas quando você analisa em relação às restrições, faltas e intercorrências, fica extremamente complicado. (E3)

... o quadro de pessoal, está complicado temos na Unidade vários funcionários com restrição... o pessoal da noite faz o estritamente necessário. Temos liberado os acompanhantes dos pacientes para ajudar. (E4)

Como mencionado anteriormente, é sabido que o mundo está passando por uma transição epidemiológica importante e isso é claramente observado nas instituições, ao se verificar que os pacientes encontram-se mais gravemente enfermos e com doenças crônicas degenerativas, o que demanda mais horas de assistência e exige maior esforço físico da equipe para realizar as atividades de enfermagem, como mudanças de decúbito, higienização no leito e auxílio nas deambulações entre outras.

Diante desse quadro, surge o seguinte questionamento: como gerenciar a unidade, com um quadro de pessoal com estas características e implementar ações para a prevenção de UP, sem prejudicar ainda mais a saúde dos profissionais e, contudo obter os resultados almejados?

Uma das enfermeiras entrevistadas (E5), diferentemente das demais, referiu que, mesmo tendo um quadro de pessoal com profissionais com restrição física, é possível implementar as atividades preconizadas no protocolo, uma vez que os mesmos são envolvidos e participativos e solicitam auxílio aos demais, para realizar as atividades necessárias.

O quadro de pessoal é adequado para a implementação do protocolo, as pessoas com restrição são envolvidas e participativas. Quando não conseguem fazer as atividades necessárias, elas pedem ajuda.
(E5)

Sub categoria - Quantitativo de Pessoal

A sub categoria - Quantitativo de Pessoal - está diretamente relacionada à implementação das medidas preventivas de cuidado preconizadas no protocolo. Quatro das enfermeiras entrevistadas, E2, E6, E7 e E8, referem sérias dificuldades para implementar o protocolo quando o quadro de pessoal está incompleto. Esta situação apresenta-se ainda mais grave, tendo em vista que, além do quadro incompleto, há também aqueles com restrição física, como referido na subcategoria descrita, colaborando para que “a qualidade e a quantidade de assistência direcionada aos clientes seja prejudicada por falhas na organização do trabalho como consequência das ausências dos profissionais” (Vieira; Kurcgant, 2010).

No estudo desenvolvido por Hanzelmann e Passos (2010) acerca do estresse e sua influencia na atividade laboral, foi verificado que os poucos recursos humanos, associados a profissionais não treinados e excesso de carga de trabalho, podem potencializar o estresse nesses profissionais. Segundo Lunardi (1997) o excesso de trabalho decorrente da insuficiência de pessoal, inviabiliza a realização de muitas atividades, tornando, além de angustiante, praticamente impossível a realização de um trabalho de qualidade. Este fato é apontado também nesse estudo, na fala das enfermeiras E2, E6, E7 e E8:

...tenho muitas ausências, fica difícil adotar todas as medidas preventivas exigidas pelo protocolo. Quando eu tenho menos pessoas não consigo implementar todas as atividades (do protocolo) o quadro de pessoal tem diminuído...com pouca gente é inviável. Hoje é um problema. (E2)

...hoje, estamos com um quadro de pessoal bom e poucos funcionários com restrição. Quando o quadro está ruim, interfere bastante. (E6)

o quadro de pessoal influencia na utilização do protocolo. O número de funcionários pequeno, dificulta... (E7)

quando temos poucos funcionários, interfere nas mudanças de decúbito. (E8)

Estudos indicam que a qualidade da assistência é influenciada pela precariedade no quantitativo de pessoal de enfermagem, pela ausência de supervisão e processos de educação continuada (Anselmi; Peduzzi; França Junior, 2003).

De acordo com Pedreira (2009), é importante que profissionais de enfermagem que atuam nas áreas de ensino, assistência e pesquisa, somem esforços para demonstrar que no país, esses profissionais, não trabalham em numero suficiente e com recursos que lhes permitem desenvolver práticas de enfermagem eficazes e seguras, tendo em vista que a assistência à saúde se caracteriza como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas por seres humanos.

Sub categoria - Capacitação de Pessoal

O sucesso da implementação de programas de prevenção de UP, se deve, em muito, à motivação e educação da equipe, sendo o processo de educação o primeiro passo para a qualidade da assistência e redução da incidência de UP (O'Neil, 2004; Fernandes, 2000).

A OMS (Brasil,1990) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde e entende que ela faz parte do desenvolvimento dos seres humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços, por meio do desenvolvimento de seu pessoal. O papel do processo educativo deve ser o da formação de trabalhadores com visão mais crítica e reflexiva de suas ações, afim de que possam construir sua realidade, aliando teoria e pratica (Silva; Conceição; Leite, 2008).

Desta forma, o processo educacional deve ser compreendido de modo amplo integrador, que ajuda a formar profissionais comprometidos com a garantia da saúde da população, de maneira crítica. Profissionais com capacidade de diálogo, solidariedade, valores e critérios éticos. A prática educativa deve contribuir para a crescente autonomia de todos diante da saúde e da vida (Soares, 2009).

Na subcategoria - Capacitação de Pessoal - as enfermeiras pesquisadas foram unânimes ao referir que faltou treinamento e desenvolvimento sistematizado contínuo, em relação ao tema UP. Referiram, também, dificuldade para posicionar os pacientes com os equipamentos preconizados no protocolo, especificamente com o uso dos coxins. Consideram que faltou treinamento, principalmente, tendo em vista as demissões e admissões de novos funcionários e a necessidade de atualização dos demais, como explicitado nas falas das enfermeiras E1, E2, E3, E4, E6, E7 e E8:

faltou treinamento... Há dificuldade em utilizar os materiais... não temos tempo para discutir e refletir... A gente se preocupa com outras coisas e acaba deixando o protocolo de lado. (E1)

é necessário atualização. Com a quantidade de pessoas que estão saindo e entrando... a reciclagem tem que acontecer periodicamente. (E2)

o treinamento realizado nos vários turnos, facilitou a participação dos profissionais, pois no horário de trabalho fica difícil liberá-los. (E3)

o treinamento precisa ser feito com mais frequência... para as multiplicadoras reforçarem as orientações. (E4)

a maior dificuldade, era fazer o estadiamento da UP, principalmente a partir do estágio II. (E5)

tem de haver treinamento com mais frequência, porque pessoas vão saindo e novos funcionários vão entrando e as coisas vão sendo esquecidas. Acho legal ter treinamento periodicamente....as multiplicadoras são importantes, elas fazem falta no período noturno. (E6)

o ideal é ter mais treinamento, vai abrir a mente de alguns, vão colaborar melhor. (E7)

...o treinamento foi falho, faltou o treinamento prático... Ter enfermeiras multiplicadoras ajuda muito. Ter multiplicadoras em cada plantão é fundamental. (E8).

Categoria - Gerenciamento de Materiais

Nessa categoria, as enfermeiras discorrem sobre os materiais disponíveis nas unidades para a implementação do protocolo.

No estudo desenvolvido em dois hospitais públicos de Florianópolis-Santa Catarina (Coronetti et al., 2006), a escassez de materiais emerge como um dos maiores problemas no trabalho, senão o maior, podendo gerar estresse na equipe de enfermagem uma vez que, a carência de material implica na necessidade de busca ou improviso, o que demanda perda do tempo que poderia ser destinado a assistência, gerando sentimentos de irritação e cansaço do profissional.

A fala das entrevistadas, em relação aos materiais, evidencia que embora se trate de hospital público, após a implementação do protocolo, os materiais, necessários para atender à demanda de pacientes de risco, encontram-se sempre disponíveis nas unidades.

o protocolo direciona o trabalho e os equipamentos estão disponíveis para serem utilizados. (E3)

... aqui no HU temos facilidade para adquirir os materiais, temos sempre à disposição os materiais necessários... (E3)

...temos os materiais necessários para atender os pacientes. (E7)

A enfermeira E4 referiu que um fator dificultador foi o fato de que os materiais para a prevenção, não chegaram ao mesmo tempo nas unidades, dificultando o treinamento.

Os materiais necessários para a implementação do protocolo não chegaram ao mesmo tempo'. (E4)

Após a análise foi elaborado o Relatório Síntese que contemplou o conteúdo das entrevistas realizadas e serviu de subsidio para a primeira discussão do Grupo Focal e conseqüente reflexão coletiva.

Relatório Síntese das Entrevistas

Participaram da pesquisa oito enfermeiras que vivenciaram a implementação do protocolo de UP nas Unidades de Cl.Med, Cl. Cir, UTIA e Semi, respondendo às seguintes questões norteadoras:

De acordo com sua vivência, qual é a sua percepção em relação à implementação e utilização do protocolo de prevenção de UP? Quais as facilidades e dificuldades para sua operacionalização?

Após a análise das entrevistas, verificou-se unanimidade nas falas, em relação à importância do uso do protocolo no direcionamento das ações de enfermagem. As enfermeiras referiram, também, que o protocolo é fácil de utilizar, direciona o cuidado e facilita as ações da enfermagem uma vez que abrange todas as necessidades do paciente. Consideram que o protocolo foi implementado em tempo oportuno e necessário e que há materiais suficientes, nas unidades, para suprir as necessidades dos pacientes e facilidades para adquirir materiais novos e necessários.

Referiram, ainda, que conseguiram se organizar melhor uma vez que o protocolo dá as diretrizes para o cuidado sendo utilizado, também, para transmitir orientações para alunos e familiares.

Entretanto, referem que devido à intensa dinâmica de trabalho desenvolvida nas unidades, algumas atividades são esquecidas pelo fato das enfermeiras não terem tempo suficiente para desenvolver todas as atividades propostas. Consideram que realizar a coleta de dados sobre a incidência de UP apresenta dificuldades, uma vez que fica sob a responsabilidade, única, das enfermeiras multiplicadoras.

Referem que, mesmo com quadro de pessoal completo, torna-se difícil implementar o protocolo devido à grande quantidade de funcionários com restrições tornando-se necessário, liberar os acompanhantes para ajudar. Consideram que o quadro de pessoal interfere na utilização do protocolo e que quando há muitas ausências, fica inviável sua utilização.

Explicitam que o pessoal da noite faz o estritamente necessário, confirmando o fato de que com poucos funcionários no quadro de pessoal, fica inviável a utilização do protocolo.

As enfermeiras foram unânimes em considerar a falta de tempo para discutir e refletir sobre o uso do protocolo e que, a preocupação com outras tarefas, faz com que esta atividade fique em segundo plano. Referiram, ainda, que faltou capacitação profissional e atualização, devido ao número alto de funcionários novos que chegam às unidades, apontando para a necessidade de: treinamentos periódicos, enfermeiras multiplicadoras em cada plantão e treinamento prático com os equipamentos e coxins.

5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA 2ª FASE DO SEGUNDO MOMENTO DA PESQUISA

O Grupo focal

A análise e interpretação dos dados obtidos no Grupo Focal foram trabalhados, também, segundo as proposições de Bardin (2000).

Grupo Focal - 1º encontro

O primeiro encontro do grupo focal, ocorreu no dia 22 de julho de 2010. A reunião estava agendada para as 9 horas, porém, teve início com pequeno atraso, às 9:15 minutos, para a chegada de todas as participantes. Uma das participantes não pode comparecer, por problemas pessoais, porém, justificou a ausência, um dia antes da reunião, colocando-se à disposição para colaborar em outros momentos, se necessário. Portanto, participaram do primeiro grupo, sete das oito enfermeiras convidadas.

O local utilizado para o encontro foi o anfiteatro da ginecologia, localizado no 4º andar do hospital. Embora não fosse o mais apropriado para tal, devido à disposição de assentos fixos, era a única alternativa disponível, mesmo para um grupo pequeno de pessoas. A reunião teve início com os

agradecimentos da pesquisadora, coordenadora do grupo, pela presença das participantes e apresentação das duas observadoras. A seguir, foram informadas sobre as regras do grupo focal e mais uma vez, foi solicitada autorização para que a reunião fosse gravada. Todas concordaram. Não houve necessidade de fazer a apresentação das presentes, uma vez que todas se conheciam de longa data.

Para subsidiar a discussão, cada participante recebeu um relatório síntese das entrevistas, juntamente com os dados do levantamento da prevalência e incidência, obtidos na primeira fase do estudo e a seguinte questão norteadora foi colocada no quadro negro:

Com estas informações, que elementos deverão ser considerados em uma proposta de revisão na implementação do protocolo de UP?

O grupo ficou em silêncio por alguns minutos para a leitura do material. Imediatamente após a leitura, uma das participantes, que esteve de licença médica no período da coleta de dados, perguntou qual foi o período da coleta de dados e se a metodologia utilizada nesse estudo foi a mesma do estudo anterior. Após esclarecimentos, a coordenadora do grupo leu novamente a questão a ser discutida e solicitou a manifestação de todas.

A primeira questão a emergir do grupo foi “a necessidade de confecção de pôsteres, com fotos ilustrativas, sobre o posicionamento adequado de pacientes com a utilização dos coxins, para orientação dos funcionários e dos próprios acompanhantes”. Sugeriram que os pôsteres “sejam colocados em cada unidade de internação, inclusive na emergência para facilitar as manobras de posicionamento”. A questão dos coxins foi amplamente discutida pelo grupo. Algumas colaboradoras referiram que “os mesmos são grandes e desconfortáveis e outras, que atende as necessidades e são muito utilizados”. No entanto, foram unânimes ao referir que há “a necessidade de treinamento prático sistematizado para todos os funcionários”, em relação a essa questão. Outra das colaboradoras referiu que “ao se fazer o treinamento prático, se percebe como os coxins são confortáveis”. A coordenadora perguntou qual seria o período de tempo ideal para a realização

do treinamento. Todas concordaram que “os treinamentos com os equipamentos e novas tecnologias deverão ser realizados a cada seis meses enquanto que o treinamento teórico sobre UP, anualmente”. Neste momento, uma das colaboradoras entregou um documento, enviado pela colaboradora que não pode comparecer, com a sugestão de novas medidas para a confecção dos coxins. A coordenadora agradeceu a iniciativa.

Outro aspecto acrescentado por uma das participantes foi “a demora na aquisição dos equipamentos”. Refere que “o processo de compras é lento e em decorrência, muitas vezes ficam mais de um mês sem os mesmos nas unidades”. O grupo confirmou esse fato.

Outra colaboradora referiu que “a falta dos equipamentos dificulta a adesão dos funcionários ao uso dos mesmos”. A coordenadora perguntou se os pedidos de compra estavam sendo feitos em tempo hábil e qual a sugestão de tempo para a reposição. A maioria das colaboradoras referiu que a “durabilidade gira em torno de 90 dias”. Depois de alguma discussão, foi sugerido por duas colaboradoras, “reposição automática dos coxins, a cada três meses”. O grupo todo concordou, tanto verbalmente quanto por meio da linguagem não verbal, assentindo com a cabeça. Foi sugerido, também, que “os diferentes tamanhos de coxins, sejam identificados por cores diversas para facilitar o uso e que ao chegar nova compra, sejam retirados das unidades os não adequados”.

Outro aspecto acrescentado por uma participante foi a questão dos colchões pneumáticos. Refere que as “UP diminuíram muito com o uso desses colchões”. A coordenadora pergunta o que o grupo pensa sobre abolir a compra de colchões piramidais e solicitar colchões pneumáticos para todos os pacientes de risco. O grupo se entusiasma, referindo “que seria muito importante, assim não teriam que escolher qual o paciente deveria ficar no colchão pneumático”, uma vez que não dispõem desses colchões para todos os pacientes de risco.

Uma das participantes argumentou que

atualmente os pacientes são recebidos na unidade em piores condições físicas, muitos já sobem do PS com UP e embora o protocolo seja importante fica absurdamente difícil implementá-lo quando o quadro de pessoal está incompleto ou com muitos profissionais com restrição física.

Argumentou, também, que a reposição dos profissionais é muito demorada.

A coordenadora parabenizou o grupo, dizendo que mesmo com todas as dificuldades referidas, a incidência de UP, diminuiu em todas as unidades, demonstrando esforço e comprometimento de toda a equipe. Uma das participantes relatou que “em 2002 a UTIA tinha apenas um profissional com restrição e atualmente possui 20% dos funcionários com restrição”. Reforçando essa questão, emergiu do grupo um exemplo: “para a mudança de decúbito de um paciente, são necessários dois funcionários. Quando os mesmos têm restrição física, é necessário um número maior de funcionários”. A coordenadora pergunta o que poderia ser feito para diminuir esse problema. O grupo sugere que “deveria ter alguém, na instituição, constantemente, em busca de novos equipamentos, novas tecnologias para diminuir o esforço físico dos profissionais e que a reposição das vagas deveria ser imediata”. Ressaltam, ainda, que “a compra das camas elétricas favoreceu o trabalho dos profissionais, assim como a compra do Jack-(transferidor de pacientes)”.

Outra questão levantada pelo grupo foi em relação às enfermeiras multiplicadoras. Acreditam que ter multiplicadoras em todos os plantões é importante, porém, referem “que as multiplicadoras acabam se cansando, pois o grupo transfere toda a responsabilidade da prevenção e do controle da incidência para elas”. Uma das participantes foi bastante enfática ao referir que

O SEd. está muito distante das unidades e participa pouco dos treinamentos. Deveria participar mais ativamente nas unidades, inclusive treinando os funcionários recém admitidos sobre essa questão e dando suporte para as chefes nos demais treinamentos.

Ao serem questionadas sobre a necessidade de revisar o protocolo, foram unânimes ao afirmar que “não há necessidade de acrescentar ou modificar o protocolo, pois o mesmo é abrangente e atende perfeitamente as necessidades dos pacientes de risco”.

Referiram, mais uma vez, enfaticamente, que é necessário envolver o Pronto Socorro Adulto (PSA) nesse processo, tendo em vista que os pacientes que permanecem por mais de 24 horas no setor, quando internados, chegam às unidades com UP.

Síntese

Estiveram presentes sete participantes, 87,5% do grupo. Uma das enfermeiras da UTI não pode comparecer por problemas pessoais, porém comunicou a ausência com antecedência, colocando-se à disposição para colaborar em outros momentos se necessário.

No início da reunião o grupo se mostrou tímido, mas, no decorrer do mesmo todas as participantes se envolveram na discussão, demonstrando interesse e contribuindo com sugestões para a melhoria do processo.

De forma significativa e clara, emergiu do grupo que o protocolo em si, como diretriz para a prevenção das UP, não carece de alterações uma vez que atende, perfeitamente, as necessidades dos pacientes.

Pela maneira enfática apresentada pelas participantes, chamou atenção a necessidade premente de treinamento prático para a utilização dos equipamentos disponíveis nas unidades, principalmente para a utilização adequada dos coxins no posicionamento dos pacientes. As discussões foram valiosas, demonstrando o interesse do grupo em expressar suas idéias e necessidades.

Ainda, como aspectos que dificultam a implementação do protocolo de UP foram levantados os seguintes tópicos:

- Demora na compra dos equipamentos - o pedido é feito pelas unidades e até que os recebam, leva muito tempo. Algumas vezes ficam sem os mesmos por período prolongado e, para que os funcionários não esqueçam da importância desses equipamentos, as enfermeiras continuam a prescrever seu uso.
- A falta de funcionários no quadro de pessoal, ou seja, a demora para o preenchimento das vagas inviabiliza o processo.
- A restrição física dos funcionários dificulta totalmente a implementação do protocolo. Para a mudança de decúbito dos pacientes são necessários dois funcionários e quando se trata de funcionários com restrição, torna-se necessário um numero maior para realizar esta tarefa. Em 2002 havia na UTIA somente um funcionário com restrição física, atualmente 20% da

equipe tem algum tipo de restrição. Na Clínica Cirúrgica esse número sobe para 34% e isso dificulta o trabalho.

- Enfermeiras tendo de executar tarefas não pertinentes às suas atividades como exemplo a limpeza de leitos.

Como sugestões para facilitar e otimizar o processo de adoção do protocolo o grupo fez as seguintes proposições:

- Confecção de pôsteres com o posicionamento adequado dos pacientes, em uso dos coxins, para todas as unidades;
- Confecção de capas dos colchões e coxins de cores diferentes, de acordo com a densidade e tamanho dos mesmos;
- Revisão das medidas dos coxins, realização de novos testes e solicitação de compra;
- A reposição dos coxins deverá ser realizada automaticamente e a cada três meses;
- O colchão piramidal deverá ser abolido de todas as unidades;
- Colchões pneumáticos deverão ser comprados para todos os pacientes de risco;
- Incluir na lista de equipamentos a serem comprados, almofadas ou coxins para as cadeiras;
- Levantamento de todos os equipamentos de prevenção disponíveis nas unidades de internação, desprezar os não adequados e solicitar nova compra-coordenado pela chefia de cada unidade;
- O treinamento com abordagem teórica sobre UP deverá ser realizado anualmente, coordenado pelo SEd;
- O treinamento prático do posicionamento dos pacientes e de novas tecnologias, incluindo novas coberturas para o tratamento das UP, deverá ser realizado a cada seis meses, coordenado pelo SEd;
- Todos os funcionários recém admitidos deverão receber treinamento teórico e prático sobre o protocolo de prevenção de UP, coordenado pelo SEd;
- Compra de novos equipamentos, lançados no mercado, para diminuir o esforço físico dos funcionários. Como exemplo, o elevador de pacientes (Jack) e as camas elétricas, que facilitaram as atividades dos funcionários;

- Deverá ter enfermeira multiplicadora em todos os turnos, porém não como única responsável. Todo o grupo deve ser responsabilizado pelo processo.
- O DE deve envolver o PSA na implementação do protocolo de prevenção pois os pacientes chegam às unidades de internação com UP, quando permanecem naquela unidade por muitas horas. A dinâmica intensa do PSA não pode justificar a falta de atuação e prevenção.

As sugestões dadas pelo grupo foram escritas na lousa, pela moderadora, que ao final perguntou se as colaboradoras gostariam de acrescentar algo mais. Não havendo nenhuma manifestação, a reunião foi encerrada com os agradecimentos da moderadora pela participação de todas.

Grupo Focal - 2º Encontro

A segunda reunião foi realizada em uma das salas do DE, embora estivesse agendada em uma sala do RX. Essa mudança ocorreu, pois o grupo reclamou que a sala estava muito fria e com um barulho ensurdecador devido à reforma no setor e por isso, desconfortável. A moderadora, ao verificar que uma das salas do DE estava desocupada, sugeriu que o grupo se transferisse para lá. Assim, a reunião teve início às 10 horas e 10 minutos, com apenas cinco das oito colaboradoras convidadas. Ressalta-se que três colaboradoras não puderam comparecer. Uma solicitou demissão, e as outras duas, não compareceram pela impossibilidade de se ausentar da unidade, tendo em vista a unidade lotada e o número reduzido de funcionários no período.

A moderadora iniciou a reunião agradecendo a presença de todas. Em seguida, distribuiu um impresso com a síntese da reunião anterior, solicitando que fizessem uma leitura do texto. Esclareceu que além das sugestões feitas na reunião anterior, gostaria que emergissem, do próprio grupo, sugestões quanto à avaliação sistematizada e continua de todo o processo.

Para início das discussões foi solicitado que refletissem sobre as seguintes questões:

Como vocês sugerem que seja feita a avaliação sistematizada de todo o processo, para garantir sua continuidade?

Que estratégias deverão ser adotadas para a coleta dos dados da incidência, a fim de garantir dados fidedignos?

No início, o grupo se mostrou reticente. Mais de uma vez, a síntese fornecida pela moderadora foi lida. Após alguns momentos de silêncio, uma das colaboradoras comentou que “a coleta dos dados é muito difícil, referiu que no início os enfermeiros preenchiam criteriosamente o instrumento, mas com o passar do tempo, foram deixando de fazê-lo, pois o instrumento de coleta é muito difícil de preencher”. Outra colaboradora complementou dizendo...

As enfermeiras continuam correndo atrás das prescrições médicas não assinadas, buscando medicamentos na farmácia e outras tantas coisas e aquilo que realmente é importante para a enfermagem deixam de fazer...falta conscientização da equipe, senão, a postura não muda.

Várias colaboradoras concordaram com meneios de cabeça reforçando, verbalmente, que muitas enfermeiras adotam essa postura.

A moderadora solicitou que as colaboradoras descrevessem como a coleta dos dados da incidência tem sido realizada nas unidades. As enfermeiras referiram que ao serem instituídos os demais indicadores, pelo DE, foi solicitado que os dados fossem anotados na planilha encaminhada pelo SEd e que isso causou muita confusão. Muitas áreas deixaram de preencher o instrumento específico da UP e desta forma, muitos dados acabaram se perdendo. Somente uma das colaboradoras referiu que em sua unidade a coleta de dados tem sido realizada de acordo com o que foi preconizado na implantação do protocolo, ou seja, as enfermeiras aplicam a Escala de Braden a todos os pacientes recém admitidos e, se o escore de Braden for menor ou igual a 16, preenchem o instrumento com o nome do paciente e mantém esse instrumento no cardex. Diariamente o paciente é avaliado e o escore de Braden anotado. Somente quando o paciente desenvolve UP, o restante dos dados é coletado, o instrumento é recolhido e colocado em pasta específica para a realização do cálculo da incidência no final de cada mês.

A moderadora perguntou se as demais unidades teriam condições de proceder da mesma maneira. O grupo referiu que sim, porém enfatizou a necessidade de revisão e simplificação do instrumento para que somente os dados passíveis de comparação sejam preenchidos. Uma das colaboradoras referiu “que o instrumento atual é muito trabalhoso e isso causa insatisfação na equipe”. Outra das colaboradoras novamente reforçou que “falta treinamento das enfermeiras e mais conscientização, pois o que é importante para a enfermagem não é feito. Muitas vezes as enfermeiras vêem que precisam abrir a Escala de Braden e não o fazem”. Uma das colaboradoras sugeriu que “antes de implementar esse novo protocolo, fosse discutido com as enfermeiras e a equipe para saber o que elas pensam”. A moderadora interveio lembrando ao grupo que não se tratava de novo protocolo, tendo em vista que, nas entrevistas as colaboradoras foram unânimes ao afirmar que o protocolo, já adotado, não necessitava alterações, uma vez que as diretrizes atendiam às necessidades dos pacientes. Lembrou que o objetivo da reunião era chegar a um consenso sobre a forma mais eficaz e adequada para aprimorar e avaliar esse processo. Enfatizou ainda, que a adoção dos indicadores de qualidade foi uma prerrogativa do DE e, portanto, o que se esperava da reunião era estabelecer uma forma menos trabalhosa e mais eficaz para que o processo fosse avaliado de maneira sistematizada e continua.

Uma das colaboradoras tomou a palavra referindo “que o grupo deixou de ter interesse em preencher o instrumento de acordo com o preconizado, quando percebeu que não havia devolutiva dos dados. A educação envia o relatório da incidência de UP e não faz mais nada”. A moderadora perguntou o que poderia ser feito para mudar essa situação.

O grupo sugeriu mais uma vez, alterações no instrumento, ou seja, que as doenças de base, as doenças associadas e as medicações, sejam anotadas de acordo com os sistemas afetados, para facilitar seu preenchimento.

Sugerem que após a revisão do instrumento, este seja enviado às unidades para correções e aprovação. Após aprovação do instrumento, sugerem que seja feita nova sensibilização das equipes, esclarecendo mais uma vez, o objetivo e importância do protocolo para que haja mais aderência

ao processo. Nesse momento, uma das colaboradoras atalhou dizendo... “e para que as enfermeiras tomem conhecimento da obrigatoriedade, é necessário e pronto”.

Depois de muitas discussões foi sugerido e acordado pelo grupo que a coleta de dados deverá ser feita de acordo com o preconizado na implementação do protocolo e que, no final de cada mês a chefe de cada unidade deverá fazer uma análise dos dados e discutir com sua equipe, fazendo uma reflexão sobre os resultados. Quando esses resultados se mostrarem mais elevados que o esperado, deverão solicitar auxílio ao Grupo de Estomaterapia ou SEd para que, juntas, possam estabelecer medidas para resolver a situação.

A moderadora perguntou se haveria necessidade de uma reunião mensal entre as chefes para uma análise conjunta dos dados. O grupo foi unânime ao responder negativamente. Sugeriram uma reunião, entre as chefes e SEd, a cada seis meses para a análise geral do indicador.

Uma das participantes solicitou que fossem estabelecidos escores diferenciados para a UTIA, tendo em vista o perfil dos pacientes. A moderadora referiu que esta possibilidade poderia ser estudada, no entanto, enfatizou que a literatura internacional tem reforçado a idéia de que 95% das UP são passíveis de prevenção. Não se verifica consenso entre os autores, porém a maioria deles refere como aceitável, incidência de 4% a 10% ficando estabelecida pelo DE a média de 7% como incidência aceitável para as unidades. Outra participante sugeriu, que todas essas diretrizes sejam acrescentadas ao protocolo para firmar um pacto e compromissar a equipe.

A moderadora tomou a palavra, perguntando se o grupo estava coeso nas decisões tomadas e se alguém gostaria de acrescentar algo mais. Nada mais foi posto. A moderadora mais uma vez agradeceu a presença de todas e afirmou que faria as alterações no instrumento o mais rapidamente possível e o encaminhamento conforme proposto pelo grupo.

As incidências, encontradas nesse estudo, se mostraram, inferiores àquelas apontadas em estudo similar desenvolvido pela autora, antes da implementação dos protocolos de avaliação de risco e prevenção de UP na instituição (Rogenski; Santos, 2005).

Observou-se redução na incidência de UP, geral para o hospital e para as diversas unidades da instituição, uma vez que no primeiro estudo a incidência de UP geral para o hospital foi 39,8%, enquanto que no presente estudo, mostrou-se sensivelmente menor, ou seja, 18,4%.

Ainda assim, os resultados encontrados remetem a algumas indagações no que se refere à utilização dos protocolos e aos cuidados de enfermagem prestados. Pressupunha-se que uma instituição que possui um protocolo de prevenção que atende às necessidades dos pacientes, que dispõe de equipamentos e materiais para uso na prevenção e que supostamente possui uma equipe de enfermagem sensibilizada e capacitada para a prevenção de UP, estivesse com o problema UP melhor equacionado.

Durante as entrevistas com as enfermeiras colaboradoras, foi explicitado, pelas mesmas, que o protocolo é uma ferramenta importante por alertar as equipes para a prevenção, direcionar o cuidado, ser fácil de utilizar, atender às necessidades dos pacientes e ser útil para orientar os alunos de graduação, pacientes e familiares. No entanto, as enfermeiras apontaram, também, dificuldades na implementação do protocolo, que podem ter interferido no processo, contribuindo para que a incidência de UP se mantenha, ainda, aquém do desejado.

Dentre as varias questões levantadas que dificultaram a implementação do protocolo, três delas foram mais enfatizadas. A primeira se refere à falta de treinamento e desenvolvimento sistematizado e contínuo, principalmente, em relação ao treinamento pratico com o uso dos equipamentos, especificamente com os coxins: a segunda diz respeito à operacionalização da coleta dos dados da incidência e a terceira, relaciona-se aos recursos humanos, ou seja, demora para a reposição das vagas e elevado numero de profissionais com restrição física, comprometendo a qualidade da assistência.

Para melhor compreensão do contexto, é importante enfatizar que o HU foi inaugurado em 1981 e que grande parte dos funcionários do quadro de pessoal do DE, ainda permanece atuando nas diversas unidades da instituição. Este fato sinaliza para uma população de trabalhadores com idade media elevada, ou seja, de profissionais que já não possuem a mesma força de

trabalho e condições físicas de pessoas mais jovens. Somado a esse fato, ressalta-se que embora o quadro de pessoal do DE tenha sido adequadamente dimensionado, para prestar assistência a pacientes de nível secundário, ou seja, a pacientes de menor complexidade, a Instituição acolhe, também, pacientes de nível terciário, que demandam maior número de horas de assistência de enfermagem, devido a complexidade e grau de dependência dos mesmos.

Preocupado com essas questões, o DE do HU-USP, estabeleceu como meta para 2010/2011, trinta horas/ano de treinamento e desenvolvimento para os enfermeiros, tendo em vista que a capacitação se constitui em elemento primordial das práticas e dos processos de mudança. Conseqüentemente, a capacitação impulsiona a transformação dos profissionais como sujeitos sociais, ou seja, como pessoas que buscam autonomia e instrumental para melhor dimensionar seu papel profissional, frente aos freqüentes desafios. A enfermeira ao se capacitar é transformada por esse aprendizado, conquista condições plenas de agir sobre o seu objeto de trabalho tornando-se agente de transformação desse trabalho (Sanna, 2007).

No presente estudo, ficou evidenciado, na fala das enfermeiras, dificuldades por elas vivenciadas no dia a dia de trabalho, como a quase impossibilidade de implementar as atividades estabelecidas no protocolo, devido à complexa situação do quadro de pessoal e a conseqüente falta de condições para que as profissionais participem dos treinamentos internos no seu horário de trabalho.

Autores nacionais e internacionais referem que para o sucesso na implementação de mudanças, como a utilização de protocolos de prevenção de UP, são necessários o acompanhamento, a supervisão e a avaliação constantes até que o processo esteja incorporado à prática diária da enfermagem. Referem ainda, que em muitos casos, protocolos de prevenção de UP são utilizados nas pesquisas sobre prevalência e incidência de UP e ao final dos estudos, os mesmos são negligenciados. Esta é uma das causas pelas quais a incidência de UP, se mantém, ainda, elevada nas instituições.

Segundo Chanes (2004):

conduzir e implementar uma mudança consiste basicamente em convencer os outros, vender idéias, envolver pessoas, por isso exige dedicação constante, quase que exclusiva pois enquanto a mudança não se tornar um hábito e se agregar ao cotidiano dos profissionais, esta deve ser acompanhada corpo a corpo pelo gestor, pois o hábito, a rotina andam sozinhos, mas o processo de mudança precisa de um guia seguro, competente e cheio de energia.

Entende-se que para o sucesso na implementação de mudanças, em instituições de saúde, seja necessário o acompanhamento criterioso de todo o processo, muita dedicação, acompanhamento e supervisão, além de equipe qualificada, sensibilizada, motivada e apta para realizar as atividades de prevenção mas, sobretudo, acredita-se que as instituições devam se responsabilizar por prover condições adequadas de trabalho para que o trabalhador possa desempenhar suas atividades com competência e dignidade.

Nesse estudo, embora tenha sido percebido que a equipe de enfermagem, ainda, se encontra motivada e empenhada na concretização dos objetivos institucionais, percebe-se, nas falas das enfermeiras entrevistadas, certa descrença quanto à resolução dos problemas relacionados aos recursos humanos ou quadro de pessoal, que pode levar à desmotivação da equipe.

As questões técnicas ou de ordem prática apontadas pelas enfermeiras, durante as entrevistas e reuniões do Grupo Focal, como dificultadoras do processo foram: a compra de materiais em tempo hábil para suprir as necessidades das unidades; o estabelecimento de periodicidade para os treinamentos, teórico e prático da equipe; o aprimoramento do instrumento para facilitar a coleta de dados; a capacitação de maior número de enfermeiras multiplicadoras e a elaboração de relatórios mensais para a comprovação da manutenção da Incidência de UP como um dos indicadores de qualidade do DE. As enfermeiras consideram que estas questões não são difíceis de serem empreendidas, quando comparadas àquelas relacionados aos recursos humanos, como a demora na reposição do quadro de pessoal e o elevado número de profissionais com restrição física nas unidades do DE.

Sabe-se que as atividades de enfermagem no seu cotidiano, podem provocar o desgaste físico e mental dos trabalhadores, tendo em vista o freqüente confronto com situações geradoras de estresse, seja pela urgência

do atendimento ou pela escassez de recursos humanos para a prestação da assistência. Assim, os profissionais acabam absorvidos pelas rotinas diárias do serviço que, aliadas à sobrecarga de trabalho, potencializam as possibilidades de exaustão do trabalhador e de adoecimento.

Atualmente, o DE encontra-se com uma defasagem de 60 funcionários (42 vagas e 18 licenças INSS), representando quase 10% de diminuição na força de trabalho. Somado a esse fato, parte dos funcionários que continuam trabalhando, encontra-se com restrição física, ou seja, impossibilitados de exercer suas atividades laborativas integralmente, acarretando sobrecarga de trabalho aos demais. Soma-se a estes fatos o estresse e conseqüente animosidade gerada entre as equipes, uma vez que nem sempre as atividades de cuidado conseguem ser desenvolvidas em tempo hábil para que a outra equipe atue e assim, o não cumprimento de uma, compromete as atividades da outra.

Como resultado deste estudo, apesar das dificuldades apontadas pelas enfermeiras, verificou-se que o Protocolo de Prevenção de UP, é considerado um instrumento facilitador por direcionar as ações da enfermagem, permitir melhor visão geral do paciente, ser útil para o ensino de alunos, familiares e cuidadores e ser abrangente e fácil de utilizar.

Verificou-se, também, que embora o protocolo seja uma ferramenta importante, fácil de utilizar e útil por facilitar o desenvolvimento das atividades de enfermagem, torna-se extremamente difícil implementá-lo, quando o quadro de pessoal é insuficiente e/ou composto por funcionários com restrição física. Mesmo com todas as dificuldades apontadas, verificou-se diminuição da Incidência de UP, em todas as unidades, quando comparadas às incidências encontradas antes da implementação do protocolo.

Para facilitar a avaliação contínua e sistematizada de todo o processo, foram sugeridas medidas a serem implementadas, de acordo com a percepção das enfermeiras entrevistadas, como segue:

- Revisão do instrumento de coleta de dados, para facilitar a coleta de dados;
- Realização da coleta de dados de acordo com o que foi preconizado na implementação do protocolo;
- Nova sensibilização de toda a equipe, com o suporte do SEd;
- Ao final de cada mês, a chefe de cada unidade deverá fazer uma análise dos dados e discutir com sua equipe, fazendo uma reflexão sobre os resultados;
- Quando os resultados da incidência de UP se mostrarem mais elevados que o preconizado, a chefe da unidade deverá solicitar reunião com o Grupo de Estomatoterapia e o SEd para que sejam estabelecidas medidas corretivas imediatas;
- Confecção de pôster com o posicionamento dos pacientes, em uso dos coxins, para todas as unidades do DE;
- Confecção de coxins, em cores diferentes, de acordo com a densidade e tamanho para todas as unidades;

- Reposição automática dos coxins das unidades, a cada três meses;
- Compra imediata de colchões pneumáticos para todos os pacientes de risco das unidades;
- Compra de coxins para as poltronas;
- Revisão de conhecimentos teóricos sobre UP, deverá ser anualmente realizada, para todos os funcionários do DE, com suporte do SEd;
- Realização de treinamento prático com equipamentos, coxins ou novas tecnologias, a cada seis meses, com o suporte do SEd;
- Realização de treinamento teórico-prático com todos os funcionários recém admitidos, com o suporte do SEd;
- Revisão das medidas dos coxins, adequando-os às necessidades das unidades;
- Manutenção de uma enfermeira multiplicadora em cada plantão;
- Ampliação do projeto às demais Unidades do DE, sobretudo, ao Pronto Socorro Adulto.

Em relação aos recursos humanos, o grupo de participantes deste estudo deverá, juntamente com as demais diretoras, continuar demandando, junto à Superintendência e Recursos Humanos da Universidade, urgência na reposição de vagas do DE.

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou a visualização de novas perspectivas em relação ao gerenciamento da assistência de enfermagem, especificamente na prevenção e tratamento de UP.

Fatores intervenientes na adoção do protocolo, permitiu a proposição de ações que sistematizem a avaliação do processo assistencial, objetivando a prevenção de tão fatídico evento, as úlceras por pressão.

Para que as enfermeiras se apoderem efetivamente desta proposta, acredita-se, ser imprescindível a realização de reuniões conjuntas com as enfermeiras e chefes das unidades, para a concretização das estratégias sugeridas neste estudo, a fim de torná-lo cada vez mais compatível com as necessidades e realidades dos pacientes, funcionários e instituição.

Adami NP. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enf.* 2000;13(Número especial, Parte I):190-6.

Agency for Health Care Policy and Research. Pressure ulcer in adults: prediction and prevention. Rockville, MD: U.S.Department of Health and Human Services; 1992.

Anselmi ML, Peduzzi M, França Junior I. Estudo da incidência de úlcera de pressão, segundo cuidado de enfermagem. *Formação.* 2003;3(7):57-72.

Barbour RS, Kitzing J. Developing focus group research. London: Sage; 1999.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

Bates-Jensen B. Wound care: a collaborative practice manual for physical therapists and nurses. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1998.

Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Bennett MA, Carlson CE, Frantz RA et al. Treatment of pressure ulcers. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Department of Health and Human Services;1994. Clinical Practice Guideline, n.15.

Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses and prescription of preventive interventions. *J Am Geriatric Soc.*1996;44 (2):22-30.

Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.*1987;36(4):205-10.

Bispo NC, Dias AF, Laureano FZ, Lafayette KCS, Zacarias LC. Incidência de úlceras por pressão em residentes de uma instituição de longa permanência. *Rev Unopar Científica.* 2002;4(1):45-8.

Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(2):182-7.

Blasco JS. Estudio de casos. In: Aguirre Baztán A. Etnografía: metodología cualitativa em la investigación sociocultural. Barcelona: Marcombo;1995.

Braden B. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In: Krasner D, Kane D. Chronic wound care, 2nd ed. Waye: Health Management Publication; 1997.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2 Supl):15-25.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. A educação continuada de enfermeiros do SUS. Brasília: Centro de Documentação; 1990.

Bryant RA, editor. *Acute and chronic wounds: nursing management*. 2nd ed. Missouri: Mosby; 2000.

Bryant RA, Shannon ML, Pieper B, Braden BJ, Morris DJ. Pressure ulcers. In: Bryant RA, *Acute and chronic wounds: nursing management*. Missouri: Mosby; 1992.

Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlceras por pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. *Rev Min Enferm*. 2004; 8(2):316-20.

Chanes M. Implantando mudanças na estrutura organizacional de instituições de saúde-a arte de gerenciar mudanças. *Mundo saúde*. 2004;8(2):28(2):143-50.

Chiesa AM, Ciamponi MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego de metodologia de grupos focais. In: Chianca TC, Antunes MM, organizadoras. *A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva*. CIPESP. Brasília: ABEn; 1999.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5^a ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *ACM Arq Catarin Med*. 2006;35(4):41-56.

Costa IG, Caliri MHL. Incidência de úlceras de pressão em centro de terapia intensiva de um hospital Universitário e fatores de risco relacionados. *Rev Paul de Enferm*. 2005;23(3/4):202-7.

Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: 13^º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002 nov.4-8;Ouro Preto, BR. Ouro Preto, 2002. 26p.

Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, Baranoski S. Pressure ulcers in America: Prevalence, Incidence and Implications for the future. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2001.

Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para os enfermeiros. São Paulo: Atheneu; 2006.

Debus M, organizador. Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales. Pennsylvania: University of Pennsylvania, Applied Communications Technology, Needham Porter Novelli; 1988.

Diccini S, Camaduro C, Lida LIS. Incidência de úlceras por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):205-9.

Esperón Guimil J, Fernandez Camiña MC, Freire Rodriguez M, Angueira Castelo C, Rodrigues Fernandez C. La iatrogenis como origem de las úlceras por presión em uma Unidade de Cuidados Críticos. Gerokomos.2005;16(2):100-8.

Fernandes LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Fernandes NCS, Torres GV. Incidência e fatores de risco de úlceras por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saúde. 2008;7(3):304-10.

Frantz RA. Measuring prevalence and incidence of pressure ulcers. Adv Wound Care 1997;10(1):21-4.

Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Fugulin MFT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes na seção de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP. Rev Med. HU-USP,1994;4(1-2):63-8.

Gil ACL. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª.ed.São Paulo: Atlas; 1991.

Gunningberg I, Lindholm C, Carlsson M Sjoden P. Implementation of risk assessment and classification of pressure ulcer as quality indicators for patients with hip fractures. J Clin Nurs.1999;8(4): 396-406.

Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjödim P. The development of pressure ulcer in patients with hip fracture: inadequate nursing documentation is still a problem. *J Adv Nurs*. 2000;31(5):1155-65.

Hanzelmann RS, Passos JP. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influencia na atividade laboral. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):694-701.

He W, Sengupta M, Velkoff V, Debarros K. Current population reports: Special Studies: US Census Bureau 65+ in the United States:2005. Washington, D.C. : US Bureau;2007 [citado 2008 jul 22]. Disponível em: www.census.gov/prod/2006pubs/p23209.pdf.

Kanj LF, Wilking SVB, Phillips TJ. Continuing medical education: pressure ulcer. *J Am Acad Dermatol*.1998;38(4):517-36.

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia*. 2004;10(15):124-36.

Krueger RA. Designing and conducting focus group. Sage: Interviews; 2002.

Lahmann NA, Halfens RJG, Dassen T. Prevalence of pressure ulcer in Germany. *J Clin Nurs*. 2005;14(2):165-72.

Laurenti R, Jorge MHPM, Lebrão ML, Gotlieb S. Estatísticas de saúde. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1987.

Lervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(2):115-21.

Lima e Silva EWN, Araújo RA, Oliveira CO, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):175-85.

Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1997;50(1):77-92.

Maklebust J, Magnam MA. Risk factors associated with having a pressure ulcer: a secondary data analysis. *Adv Wound Care*. 1994;7(6):25-41.

Maklebust J, Siegreen M. Pressure ulcers: prevention and nursing management. Pennsylvania: Springhouse; 1996.

Margolis DJ, Bilker W, Knauss J, Baungarten M, Strom BL. The incidence and prevalence of pressure ulcers among elderly patients in general medical practice. *Ann Epidemiol*. 2002;12(5):321-25.

Menegon DB, Bercini RR, Brabila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implementação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2007;27(2):61-4.

Merhy EE, Cecílio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde Debate*. 2003;22(64):10-2.

Minayo MCS, Sanches D. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pub*. 1993;9(3):239-48.

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21^a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

Moody P, Gonzales I, Cureton VY. The effects of body position and mattress type on interface pressure in quadriplegic adults: a pilot study. *Dermatol Nurs*. 2004;16(6):507-12.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (US). Conceito e classificação de úlceras por pressão: atualização do NPUAP. *Estima*. 2007;5(3):43-4.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (US). Pressure ulcer prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement. *Decubitus*. 1989;2(2):24-8.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (US). Update Staging System: Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP; 2007. [citado 2007 jul 28]. Disponível em <http://www.npuap.org/pr2.htm>

North American Nursing Association (US). *Nursing diagnosis: definitions and classification: 2001-2002*. Philadelphia: NANDA; 2001.

O'Neil CK. Prevention and treatment of pressure ulcers. *J Pharm Pract*. 2004;17(2):137-48.

Olshanski K. Pressure Ulcer Prevention: where did we go wrong? *Ostomy Wound Manage*. 2003;49(5):6-8.

Oot Giromini BA. Pressure ulcer prevalence, incidence and associated risk factors in the community. *Decúbitos*. 1993;6:24-32.

Organização Mundial da Saúde. Necessidades de energia e proteína. São Paulo; 2002. Serie de relatos técnicos, 724.

Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Paul Enferm. 2009;22(Especial-70 Anos): 880-1.

Pessini L. Envelhecimento e saúde: ecos de II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Mundo Saúde. 2002;26(4):457-63.

Pieper B. Mechanical forces: pressure shear and friction. In: Bryant R. Acute and chronic wounds nursing management. 2nd ed. Missouri: Mosby; 2000. 221-62.

Ratliff CR, Fletcher KR. Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. Ostomy Wound Management. 2007;53(3):8-12.

Robinson C, Gloeckner M, Copas J, Kearns C, Kipp K, Lonadier R. et al. Determining the efficacy of a pressure ulcer prevention program by collecting prevalence and incidence data: a unit-based effort. Ostomy Wound Manage. 2003;49(5):44-51.

Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(4):474-80.

Rogenski NMB. Estudo sobre a prevalência e incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Roso A. Grupos focais em psicologia social: da teoria à prática. Psico. 1997;28(2): 155-69.

Rouquayol MZ. Epidemiologia e saúde. 2^a ed. Rio de Janeiro: Medsi;1986.

Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007;60(20):221-4.

Sena RR, Duarte ED. Contribuições para a construção do percurso metodológico do Projeto CIPESC. In: Associação Brasileira de Enfermagem. A Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva - CIPESC. Brasília: ABEN; 1999.Série didática: Enfermagem no SUS.

Silva CC. Competência a para a prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Silva MF; Conceição FH, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo Saúde*. 2008;32(1):47-55.

Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1995;123(6):433-42.

Soares JCRS. Disciplina: Saúde e sociedade II- Educação e comunicação em saúde: apresentação da disciplina. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2009 [citado 2009 jan 09]. Disponível em <http://www.uff.br/ses/EducComunicSaudeSESII.htm>

Souza DMST, Santos VLCG. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(5):958-64.

Stake, R.E. Case studies. In: Denzin Nk, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. London: Sage; 1994.

Trivinos ANS. *Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.

Versluis M. Pressure sore in elderly patients: the epidemiology related to hip operations. *J Bone Joint Surg*. 1985;67(B):10-3.

Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enf*. 2010;23(1):11-5.

Waterlow J. Prevention is cheaper than cure. *Nurs Times*. 1988;84(25):69-70.

Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Focal groups: pioneer research in health educational programs in Brazil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120(3):472-81.

Whittington K, Patrick M, Roberts JL. A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals, *J Wound Care Nurs*. 2000;27(4):209-15.

Zamora Sánchez JJZ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2006;17(2):100-10.

Anexo 1
Aprovação da Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP)

São Paulo, 20 de março de 2009.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Profa. Dra. Paulina Kurcgant

Departamento de Orientação Profissional

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Avaliação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão” – **Co-autor(es):** Noemi Marisa Brunet Rogenski - **Registro CEP-HU/USP:** 881/09 – **SISNEP CAAE:** 0002.0.198.196-09

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 20 de março de 2009, analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2.c.

O primeiro relatório está previsto para 20 de março de 2010.

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

Anexo 2
Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1. Totalmente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivia) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação. Responde a comandos verbais: não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta a umidade	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está freqüentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado à cadeira: Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	4. Anda freqüentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz freqüentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e freqüentes mudanças sem auxílio.
Nutrição: Padrão usual de consumo alimentar	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVS por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteínas (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial. Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.	4.

APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de Consentimento de Pacientes Portadores de Úlcera de Pressão (UP) e dos Pacientes com Risco para Desenvolvimento de UP

Informações sobre a pesquisa - prevalência e incidência de UP

Solicito sua participação nesta pesquisa, que está sendo realizada por mim, com colaboração de mais cinco enfermeiros, para que eu possa verificar quantos pacientes internados neste hospital estão com UP. Esses dados são importantes, pois eles irão ajudar a equipe de saúde deste e de outros hospitais do país, a estabelecerem medidas para evitar a formação das UP.

Para isso, precisaremos realizar o exame físico de todos os pacientes internados no hospital. Asseguro que o seu nome e os seus dados ficarão guardados comigo e só serão divulgados para profissionais nos congressos científicos ou que lerem o que eu escrever em revistas científicas, mas nunca saberão quem você é.

Mesmo que você não queira participar do estudo, não haverá qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento no HU.

Conto com sua colaboração, agradecendo desde já e estou sempre à disposição para esclarecer o que você quiser, pessoalmente ou pelo telefone 30919475

Noemi M. B. Rogenski
Diretora de Enfermagem da Divisão de Cirurgia
Doutoranda pela EEUSP

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

São Paulo ____ de _____ de 2008.

Ass. do sujeito da pesquisa ou responsável

Ass. do pesquisador

Comissão de Ensino e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 Cidade Universitária CEP 05508-000 São Paulo SP
Fone: 3091-9457 3091-9479. E-mail: cep@hu.usp.br

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Noemi Marisa Brunet Rogenski, R.G. 4.578.045-6, portadora do registro no Conselho Profissional de Enfermagem número 47.254 aluna regularmente matriculada no curso de pós graduação a nível doutorado na EE-USP, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa Avaliação de um protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão, que tem como objetivo verificar qual a percepção das enfermeiras multiplicadoras em relação a Implementação de Um Protocolo de Prevenção de UP nas unidades de internação do HU-USP e a partir da análise realizada, pensar em propostas intervencionistas para facilitar a implementação do mesmo, visando uma assistência de enfermagem de excelência.

A coleta de dados será realizada em dois momentos: primeiro momento, por meio de entrevista individual, que será gravada para manter o conteúdo fidedigno. Todas as respostas serão analisadas, mediante a utilização de um método científico, de onde serão extraídos temas ou assuntos importantes relacionados aos objetivos da pesquisa. No segundo momento, esses temas serão discutidos de forma mais aprofundada, para que seja feita uma avaliação do protocolo implantado. Essa discussão acontecerá mediante a formação de um grupo composto por enfermeiras que vivenciaram a implantação do protocolo de UP nas suas respectivas unidades. Acontecerão dois encontros e sua participação será necessária em ambos. O grupo discutirá esses temas de forma coletiva. Os encontros acontecerão dias.....às.....na sala.....

Se você concordar em participar, voluntariamente, do estudo, sua contribuição será de grande importância e será assegurado o respeito aos seus direitos como segue:

Garantia de não existência de danos ou risco à sua pessoa;

Garantia do anonimato, do sigilo e do caráter confidencial das informações;

Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo ou penalização.

Após a conclusão do trabalho, ele será divulgado por meio de publicações e apresentação em eventos.

Caso você tenha alguma dúvida, o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP é 3091-9479. Eu, também estarei à disposição para esclarecimentos pelos telefones-9993-1948 ou 30919475 e pelo email- noemi@hu.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a) colaborador (a)

Noemi Marisa Brunet Rogenski
Pesquisador
Av. Prof. Lineu Prestes, 2565
Butantã São Paulo Fone: 3091-
9527E-mail: noemi@hu.usp.br

Comissão de Ensino e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 Cidade Universitária CEP 05508-000 São Paulo SP
Fone: 3091-9457 3091-9479. E-mail: cep@hu.usp.br

Apêndice 3

Instrumento para Coleta de Dados - Estudo quantitativo

Data: ____/____/____

Clínica: _____

R. H.: _____

Prevalência: _____

Incidência: _____

1. Dados demográficos

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Raça: Branca () não branca ()

Procedência: Comunidade USP () Comunidade Butantã () Outros ()

2. Dados Clínicos

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Doença de Base: S. cardiovascular () respiratório () digestório ()

Doenças Associadas: S. cardiovascular () respiratório () digestório ()

Medicamento uso contínuo: _____

Tabagismo () Sim () Não

Tempo de internação: _____

3. Escala de Braden unidade

Percepção	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção	Total

4. Características das úlceras

Número de úlceras: _____

Localização	Estadiamento	Mensuração comp x altura x profund
Região occipital		
Escápula E		
Escápula D		
Cotovelo D		
Cotovelo E		
Calcâneo D		
Calcâneo E		
Sacio		
Esquio		
Trocanter D		
Trocanter E		
Glúteo D		
Glúteo E		
Maléolo D		
Maléolo E		
Outros		

Apêndice 5
Ficha de Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa-Qualitativa

1ª PARTE

1- Nome.....

2- Sexo.....

3- Idade.....

4- Cargo ou função.....

5- Unidade em que trabalha.....

6- Tempo de formação.....

7- Tempo na Instituição.....

8- Especialização.....

2ª PARTE

- De acordo com sua vivência, qual sua percepção em relação a implementação e utilização do protocolo de prevenção de UP?
- Quais as facilidades e dificuldades para sua operacionalização?