



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



MERCY DA COSTA SOUZA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM NO CUIDADO AO INDIVÍDUO EM RISCO E COM
ÚLCERA POR PRESSÃO**

**Campo Grande, MS.
2014**

MERCY DA COSTA SOUZA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM NO CUIDADO AO INDIVÍDUO EM RISCO E COM
ÚLCERA POR PRESSÃO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Pires Batiston

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem.

Campo Grande, MS

2014

MERCY DA COSTA SOUZA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM NO CUIDADO AO INDIVÍDUO EM RISCO E COM
ÚLCERA POR PRESSÃO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós- graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr.^a Adriane Pires Batiston (Presidente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)

Prof^a Dr.^a Euzeli da Silva Brandão (Membro titular)
Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof^a Dr.^a Mara Lisiane de Moraes dos Santos
(Membro titular)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)

Prof^a Dr.^a Luciana Contrera (Membro suplente)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS)

Campo Grande (MS), _____ de _____ de 2014.

Nós somos ou nos tornamos nas coisas que fazemos repetidamente. Portanto, a excelência pode deixar de ser só um acontecimento e transformar-se num hábito.

Albert Einstein.

*A **Deus**, por me sustentar em toda a minha existência, fortalecendo o meu corpo, espírito e mente.*

*A meus avós - in memoriam - **Inácio Arlindo de Souza** e **Afra da Costa Souza** nossa essência de vida e alma, com a experiências souberam direcionar o meu caminho para as melhores escolhas, apoiando a minha mãe **Herondina da Costa Souza** que, com sua fé, sabedoria e amor, incentivou-me para me tornar o que sou.*

A minha eterna e admirável dedicação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus** pela vida, amor e graças recebidas em toda a minha existência.

À Prof.^a Dr.^a **Marisa Dias Rolan Loureiro** que, nos anos de convivência, apostou em meu potencial e me ensinou, não apenas ser profissional, mas ir muito além, sempre me incentivando como uma amiga e mestre da sabedoria. Minha admiração e eterna gratidão por me oferecer parte de seus conhecimentos, sua família e me conceder esta amizade excepcional.

À minha amiga e irmã de coração e alma, **Carolina Mariano Pompeo**, que sempre me acolheu, somando-me à sua família, dando-me suporte e me apoiando na busca pelo melhor.

Aos meus irmãos, **Mares Paulo da Costa Souza e Marizete da Costa Souza**, que sempre apostaram em meu sonho, sem me questionar ou duvidar de que tudo seria possível.

Aos meus filhos de coração, **Gabriela Gonçalves e Gabriel Gonçalves**, dois anjos que chegaram sem pedir licença, dedicaram-me um amor incondicional, fortalecendo-me a seguir sem fraquejar.

Aos meus amigos, **Ana Valéria Gonçalves, Christiane Marinho, Eduardo Irala, Tatiany Veigas e Wanessa Santos**, que sempre me incentivaram e entenderam a minha ausência em nossos eventos sociais. Meus melhores amigos (M'As).

AGRADECIMENTOS

Abdiquei de muitas outras coisas em minha vida, mas esta etapa é a concretização de mais um sonho.

As atividades cotidianas seguem o seu curso, a vida não dá uma pausa para cursar o mestrado, a trajetória é longa e, muitas vezes, árdua; mas, junto vem o crescimento, momentos estimulantes, desafiadores e felizes da vida pessoal e profissional, assim como aqueles momentos adversos, por vezes, somos surpreendidos, eu venci.

Porém, para tanto, existiram muitas contribuições, de meus familiares, amigos, colegas de profissão, professores e mestres, cada um em sua essência, todavia, todas muito importantes.

*À Prof^a. Dr^a. **Adriane Pires Batiston**, que muito me ensinou na formação e contextualização deste trabalho. Meu reconhecimento pela oportunidade, respeito e admiração pela sabedoria e perfil acadêmico. Meus sinceros agradecimentos por aceitar a difícil tarefa de me orientar e proporcionar condições para que este sonho se realizasse.*

*Aos **profissionais da enfermagem** participantes da pesquisa, pela receptividade e oportunidade de crescimento mútuo, por se colocarem à disposição da pesquisa, contribuindo para a evolução da enfermagem como ciência e, além disso, vocês foram essenciais à realização deste estudo.*

*Ao programa de **Pós- graduação em Enfermagem**, pelo qualificado corpo docente e dedicação em busca de melhoria constante.*

*Aos docentes do **PPENF**, pela contribuição ao meu aprimoramento e crescimento intelectual e profissional.*

*Às minhas **colegas do mestrado**, que em vários momentos fomos mais que colegas e nos tornamos família, amigas, para todas as horas, como se já nos conhecessemos há séculos.*

*Aos meus colegas de serviço na **UTI- cardiológica**, pelo convívio e amizade, sobretudo, pelo incentivo e apoio para a concretização deste sonho.*

*A todas as **instuições** que assinaram a permissão da realização deste estudo, contribuindo com o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços de saúde.*

Agradeço a todas as pessoas, mesmos as que não estão mencionadas, mas que somaram para a realização deste estudo, por isso deixo aqui a todos os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

SOUZA, M. C. Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem no cuidado ao indivíduo em risco e com úlcera por pressão. **110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2014.**

O interesse da comunidade científica para o cuidado na prevenção e tratamento da úlcera por pressão (UPP) vem aumentando significativamente nos últimos anos. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento e a prática entre os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares/técnicos) no cuidado ao indivíduo em risco e com UPP. Trata-se de um estudo transversal, no qual foram investigados variáveis sócio-demográficas, o conhecimento e as ações de enfermagem referentes à avaliação, prevenção e tratamento das UPP, bem como os fatores que interferem na gestão administrativa do cuidado. Foi elaborado um instrumento e validado por 10 juízes, enfermeiros especialistas com qualificação específica e docente pós-doutor, doutor e mestres. A amostra foi composta de 197 profissionais de enfermagem, sendo 84,3% de auxiliares/técnicos de enfermagem e 15,7% de enfermeiros de três hospitais públicos. A idade média é de $36,71 \pm 0,68$ anos, 73,6% do sexo feminino, com tempo médio de trabalho na instituição de $8,35 \pm 0,59$ anos. Quanto ao uso de protocolo de prevenção da UPP, 59,4% desconhecem a existência do mesmo e 73,1% afirmaram não ter recebido capacitação específica para prevenção e tratamento da UPP. Entre os profissionais, 62,4% informaram possuir um bom conhecimento sobre o tema, entretanto, o percentual de acertos nas questões sobre UPP foi diferente entre os profissionais, sendo 81,85% para enfermeiros e 72,44% para os auxiliares/técnicos de enfermagem, considerado insatisfatório. Sobre as principais ações de enfermagem, observou-se que 50,0% relataram sempre realizar o alívio de pressão, 70,0% fazem a prevenção da fricção e 62,0% a redução do cisalhamento. Quanto ao tratamento, 60,91% dos entrevistados afirmaram que a avaliação do indivíduo e da lesão é feita pelo enfermeiro, o tratamento é definido pelo médico em 50,0% dos casos e as ações são executadas pelos técnicos de enfermagem (46,70%), indicando a falta de integralidade no cuidado ao indivíduo. Dos elementos facilitadores e dificultadores, para o cuidado relacionado à UPP, foram citados como facilitadores: o processo de trabalho (55,9%) e os recursos humanos (45,2%); como dificultadores a falta de material (70,7%) e a alta carga de trabalho (54,7%). Conclui-se que o conhecimento dos profissionais é inadequado, o que se reflete nas práticas tanto de enfermeiros como auxiliares/técnicos de enfermagem, reduzindo as possibilidades de práticas preventivas e cuidado integral ao indivíduo portador da UPP.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Educação em saúde; Equipe de assistência ao paciente; Prevenção e controle.

ABSTRACT

SOUZA, M. C. Knowledge and practice of nursing in the care of individuals at risk and pressure ulcer. **110 f. Thesis (Master's in Nursing) - Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.**

The interest of the scientific community for the care in the prevention and treatment of the pressure ulcers (PU) has increased significantly in the recent years. This study aimed to assess the knowledge and practice among the professionals of the nursing staff (nurses and assistants / technicians) in the care of individuals at risk and PU. It is a cross-sectional study in which socio-demographic variables, knowledge and nursing actions related to assessment, prevention and treatment of PU were investigated as well as the factors that interfere in the administrative management of care. An instrument validated by ten nurse judges with specific skills and post teaching doctor, doctor and teachers. The sample was consisted of 197 nurses, with 84.3% assistants/ technicians of nursing and 15.7% nurses from three public hospitals. The average age is 36.71 ± 0.68 years, 73.6% female, with an average time on the job of 8.35 ± 0.59 years. Regarding the use of the PU prevention protocol, 59.4% are unaware of the existence of it and 73.1% said they had not received specific training for prevention and treatment of PU. Among the professionals, 62.4% reported having a good knowledge on the subject; however, the percentage of the correct answers on the questions about PU was different between the professionals, and 81.85% for nurses and 72.44% for assistants / technicians of nursing, considered unsatisfactory. On the main nursing actions, it was observed that 50.0% reported always performing the pressure relief, 70.0% do the friction prevention and 62.0% reduction of the shear. Regarding the treatment, 60.91% of the respondents stated that the assessment of the individual and the injury is made by the nurse, the treatment is defined by the doctor in 50.0% of the cases and the actions are performed by the nursing technicians (46.70 %), indicating the lack of integration in the care to the individual. From the facilitator and hampering element, to the care related to PU, it was cited as facilitators: the process of work (55.9%) and human resources (45.2%); as complicated the lack of material (70.7%) and the high workload (54.7%). It concludes that the knowledge of the professionals is inadequate, which is reflected in the practices of nurses and assistants / nursing technicians, reducing the possibilities of preventive practices and comprehensive care to the individual bearer of PU.

Keywords: Nursing Care; Health Education; Patient Care Team; Prevention and Control.

RESUMEN

SOUZA, M. C. El conocimiento y la práctica de la enfermería en la atención de personas en situación de riesgo y las úlceras por presión. **110 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.**

El interés de la comunidad científica para la atención en la prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP) se ha incrementado significativamente en los últimos años. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y la práctica entre los profesionales del equipo de enfermería (enfermeras y auxiliares / técnicos) en la atención de personas en situación de riesgo y UPP. Se trata de un estudio transversal en el que se investigaron las variables socio-demográficas, acciones de conocimiento y de enfermería relacionados con la evaluación, prevención y tratamiento de UPP, así como los factores que interfieren en la gestión administrativa de la atención. Un instrumento fue desarrollado y validado por 10 jueces, enfermeros expertos con habilidades específicas y puesto de profesor doctor, doctor y los profesores. La muestra estuvo constituida por 197 enfermeras, con el 84,3% de las enfermeras auxiliares / prácticas y el 15,7% de los enfermeros de tres hospitales públicos. La edad media es de $36,71 \pm 0,68$ años, 73,6% mujeres, con un promedio de tiempo en el trabajo de $8,35 \pm 0,59$ años. En cuanto al uso del protocolo de prevención de UPP, el 59,4% no son conscientes de la existencia de la misma y el 73,1% afirmó no haber recibido una formación específica para la prevención y tratamiento de UPP. Entre los profesionales, el 62,4% informó tener un buen conocimiento sobre el tema, sin embargo, el porcentaje de respuestas correctas en las preguntas acerca de UPP fue diferente entre los profesionales, y 81,85% para las enfermeras y 72,44% para los auxiliares / técnicos enfermería, considera insatisfactorio. En acciones clave de enfermería, se observó que 50,0% informó de realizar siempre de alivio de presión, 70,0% hacer para evitar la reducción de la fricción y el 62,0% de la cizalla. Respecto al tratamiento, 60,91% de los encuestados afirmó que la evaluación de la persona y la lesión se hace por la enfermera, el tratamiento médico se define en 50,0% de los casos y las acciones son realizadas por auxiliares de enfermería (46,70 %), lo que indica la falta de integración en el cuidado de las personas. Los facilitadores y obstaculización, para la atención relacionada con UPP, fueron citados como facilitadores: el proceso de trabajo (55,9%) y recursos humanos (45,2%); como una complicación de la falta de material (70,7%) y la alta carga de trabajo (54,7%). Se concluye que el conocimiento de los profesionales es insuficiente, lo que se refleja en las prácticas de las enfermeras y los técnicos ayudantes / de enfermería, lo que reduce las posibilidades de prácticas preventivas y la atención integral al portador individual de UPP.

Palabras clave: Cuidados de enfermería; Educación en salud; Equipo de asistencia al paciente; Prevención y control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Ausência de Condições de Resposta
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AHCPR	<i>Agency for Health Care Policy and Research</i>
APTFERIDAS	Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>
EPS	Educação permanente em Saúde
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
EUA	Estados Unidos da América
FENF / UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
HM	Higienização das Mãos
HRMS	Hospital Regional do Mato Grosso do Sul
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
NHU/UFMS	Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SIH	Sistema Informação Hospitalar
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPP	Úlcera por Pressão

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, Campo Grande, MS, 2013.	p.40
Tabela 2:	Distribuição dos participantes do estudo, segundo a maior formação e tempo de atuação na enfermagem. Campo Grande, MS, 2013.	p.41
Tabela 3:	Participantes do estudo, de acordo com a ocupação atual e as variáveis relacionadas à assistência, capacitação e nível de conhecimento sobre úlcera por pressão. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.42
Tabela 4a:	Distribuição dos resultados após aplicação do teste de conhecimento dos participantes do estudo sobre a UPP - Parte I. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.44
Tabela 4b:	Distribuição dos resultados após aplicação do teste de conhecimento dos participantes do estudo sobre a UPP- Parte II. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.45
Tabela 4c:	Distribuição dos resultados após aplicação do teste de conhecimento, dos participantes do estudo sobre UPP- Parte III. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.46
Tabela 5a:	Distribuição dos resultados quanto à frequência empregada na prática dos participantes ao indivíduo em risco e com UPP- Parte I. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.50
Tabela 5b:	Distribuição dos resultados quanto à frequência empregada na prática dos participantes ao indivíduo em risco e com UPP- Parte II. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.51
Tabela 5c:	Distribuição dos resultados quanto à frequência empregada na prática dos participantes ao indivíduo em risco e com UPP- Parte III. Campo Grande, MS, Brasil, 2013.	p.52
Tabela 6:	Descrição dos elementos facilitadores e dificultadores para a implementação das medidas de prevenção UPP informados pelos participantes do estudo. Campo grande, MS, 2013.	p.58

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de UPP entre os participantes do estudo, de acordo com maior formação em enfermagem. Campo Grande, MS, Brasil, 2013 p.48
- Gráfico 2: Percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de UPP, comparados com a autoavaliação dos participantes do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.48
- Gráfico 3: Percentual de acertos nas questões sobre prevenção e tratamento de UPP em relação ao tempo de atuação dos participantes do estudo no setor. Campo Grande, MS, Brasil, 2013 p.49
- Gráfico 4: Distribuição dos profissionais que definem o tratamento das UPP segundo os participantes do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.54
- Gráfico 5: Distribuição dos profissionais que realizam o tratamento das UPP segundo os participantes do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013 p.54
- Gráfico 6: Distribuição dos profissionais que realizam a avaliação do indivíduo com a UPP segundo os sujeitos do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.55
- Gráfico 7: Distribuição dos profissionais que realizam a avaliação da UPP segundo os sujeitos do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.55
- Gráfico 8: Distribuição dos acertos e erros dos participantes do estudo em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento da UPP. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.56
- Gráfico 9: Distribuição dos fatores de risco citados pelos participantes do estudo relacionados ao aumento da pressão. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.56
- Gráfico 10: Categorização de outros fatores de risco extrínsecos citados pelos participantes do estudo relacionados ao desenvolvimento da UPP. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.57
- Gráfico 11: Categorização de outros fatores de risco intrínsecos citados pelos participantes do estudo relacionados ao desenvolvimento da UPP. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. p.57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	17
2	OBJETIVOS -----	20
2.1	Objetivo Geral -----	20
2.2	Objetivos Específicos -----	20
3	REFERENCIAL TEMÁTICO -----	21
4	MATERIAIS E MÉTODOS -----	31
4.1	Tipo de estudo -----	31
4.2	Local de estudo -----	31
4.3	Sujeio da pesquisa -----	32
4.4	População e amostra -----	32
4.5	Técnicas para coleta de dados -----	33
4.5.1	Instrumentos para coleta de dados -----	33
4.5.2	Validação do instrumento -----	33
4.5.3	Realização do pré-teste -----	35
4.5.4	Instrumento de coletas de dados -----	35
4.5.4.1	Seção I: variável sociodemográfica -----	35
4.5.4.2	Seção II: variável educação continuada -----	35
4.5.4.3	Seção III: variável gestão da assistência -----	37
4.6	Procedimentos para a coleta de dados -----	37
4.7	Armazenamento dos dados -----	38
4.8	Análise Dos Dados -----	38
4.9	Considerações éticas -----	39
5	RESULTADOS -----	40
6	DISCUSSÃO -----	60
6.1	Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo ---	60
6.1.2	Características da formação educacional dos pesquisados quanto à UPP -----	62

6.2	Conhecimentos dos sujeitos do estudo sobre a categorização, prevenção e tratamento de UPP -----.	67
6.3	Ações de prevenção e tratamento informados pelos participantes do estudo ao indivíduo em risco e/ou com a UPP ---	75
6.4	Gestão da assistência: Gerenciamento do cuidado frente à presença da UPP e fatores facilitadores/dificultadores para implementação da prevenção e tratamento da UPP -----	81
	CONCLUSÃO -----	85
	REFERÊNCIAS -----	89
	APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS -----	99
	APÊNDICE II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -----	103
	ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SANTA CASA -----	105
	ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITAL REGIONAL MS --	106
	ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	107
	ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP -----	108
	ANEXO V – FORMULÁRIO DO SIGPROJ -----	110

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surgiu no início da minha formação acadêmica quando fui bolsista de um Projeto de Extensão com busca ativa de possíveis focos de infecção, junto à Comissão de Controle de infecção Hospitalar do Hospital Universitário e à Comissão de Curativos. Neste projeto, acompanhava os curativos nas unidades de tratamento clínico, observando sua evolução.

Já na minha atuação profissional, tive a oportunidade de atuar como enfermeira assistencial e, em seguida, como gerente de enfermagem de um centro de terapia intensiva adulto. Pude observar que, entre as inúmeras complicações decorrentes do processo de hospitalização, o surgimento da UPP era uma condição que agravava o quadro clínico, com aumento das infecções associadas, do tempo de permanência e dos custos hospitalares.

A UPP sempre me trouxe inquietude, pois a enfermagem é diretamente responsável pela assistência aos indivíduos hospitalizados durante toda sua internação. Assim, o meu compromisso visa diminuir a incidência dessas lesões na unidade de serviço.

Em busca de novos conhecimentos sobre o tema, comecei a frequentar eventos nacionais e internacionais, e aplicá-los na prática, no cotidiano dos profissionais de enfermagem, intensificando a assistência prestada ao indivíduo em risco para o aparecimento da UPP, o que levou a uma significativa diminuição da incidência desse agravo.

Entretanto, no decorrer dos anos de experiência profissional como docente, durante o acompanhamento de alunos de graduação e técnicos de enfermagem em campo de estágio, pude perceber a ocorrência da UPP nos indivíduos hospitalizados nas mais diversas clínicas, bem como a ausência protocolos para sua prevenção. E, que a prática da maioria dos profissionais enfermeiros e de nível médio, baseava-se no conhecimento individual, ritualista e no senso comum, sem embasamento técnico científico em suas ações.

Hoje, como enfermeira em uma instituição federal hospital-escola, onde participo da organização da comissão de curativos desse serviço, pude compreender a importância de um estudo envolvendo o conhecimento e a prática dos profissionais de enfermagem na prevenção, tratamento ao indivíduo em risco e ou com úlcera por

pressão. A partir de então, pude concretizar a importância desse estudo e definir o tema da minha pesquisa, para poder contribuir com melhoria da qualidade de assistência prestada.

O constante aperfeiçoamento fez surgir uma excelente oportunidade para o crescimento acadêmico e profissional. O aprimoramento das habilidades adquiridas, a partir da realização de uma investigação, atribui ao futuro mestre o título de disseminador do conhecimento.

Muitos são os temas relevantes e atuais a serem pesquisados, mas prevenção e tratamento das UPP são questões que merecem uma atenção criteriosa, pois persistem ao longo do tempo como um desafio à qualidade da assistência.

Analisar o conhecimento sobre as intervenções preventivas, identificar as principais práticas adotadas quanto aos fatores de risco, fisiopatologia, características da lesão, o tratamento da UPP e os fatores da gestão da assistência foram os objetivos para a realização deste estudo.

Justificando-se a necessidade de constante pesquisa, pretende-se expandir o entendimento sobre a atual realidade que envolve esta questão. Nas últimas décadas, tem-se deparado com o avanço em grande escala da ciência, tecnologia e na saúde, o qual trouxe consigo muitos benefícios para a sociedade. Isso muito tem contribuído para o tratamento e cuidado aos indivíduos hospitalizados, o que deveria implicar em uma assistência de melhor qualidade.

Neste contexto, a prática em saúde com base em evidência tem-se propagado como um novo modelo que busca aliar à prática clínica a melhor evidência científica disponível, assim como o propósito de se conhecer e aplicar diariamente.

A sapiência relativa ao cuidar da pele é fundamental quando se objetiva a melhoria da qualidade de vida das populações, seja mantendo sua integridade ou acelerando o tempo de cicatrização, reduzindo os riscos e as complicações, minimizando o sofrimento e melhorando o custo-benefício no tratamento de lesões agudas e crônicas, especialmente em indivíduos suscetíveis (BRANDÃO; SANTANA; SANTOS, 2013).

Em busca por um padrão da assistência nos serviços de saúde, é importante reconhecer a UPP como um problema extenso, capaz de interferir na excelência do cuidado, sendo necessário, portanto, que toda a equipe esteja envolvida e estimulada a conhecer e entender todo processo fisiopatológico e, ainda, implementar ações efetivas de prevenção e tratamento (PARANHOS, 2003).

Desse modo, temas como qualidade da assistência e segurança do indivíduo, são constantemente fomentados e o incentivo à investigação nestas áreas tem se fortalecido, principalmente como um dos indicadores de qualidade do cuidado empregado pela equipe de enfermagem e na prevenção de eventos adversos, como assim é atualmente caracterizada as UPP nas instituições.

Apesar dos avanços científicos, as UPP permanecem como um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. A comunidade científica enfatiza que em muitos casos as UPP são evitáveis, no entanto, o seu desenvolvimento ainda é bastante presente, a demonstrar que existem dificuldades sérias neste campo, sugerindo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica no cotidiano.

A temática UPP representa um sério problema de saúde pública que se agrava em toda a esfera assistencial, administrativa e atualmente na área jurídica, cada vez mais presente no cuidado à pessoa.

O aparecimento dessa lesão gera um desconforto biopsicossocial ao indivíduo, família e profissionais, além de um custo adicional à sociedade. Diferentes preocupações têm-se intensificado indicadores de qualidade em serviços de enfermagem, além de aspectos éticos e legais da assistência ao indivíduo e em diferentes modelos de atenção a saúde.

O Indivíduo acometido por esta lesão requer dos demais profissionais de saúde uma atenção integral no sentido de prevenir o seu desenvolvimento e favorecer o seu tratamento. Com intervenções integradas e sistematizadas, sem o divisor de funções, com o processo de gerenciamento de ações e resultados (MENDES, 2012).

Parte-se do pressuposto de que objeto e centro deste estudo são os conhecimentos e práticas dos profissionais de enfermagem para a prevenção e tratamento das UPP.

Diante do exposto, acredita-se que se faz necessária a realização da pesquisa com os seguintes questionamentos:

1. Qual o nível de conhecimento apresentado pelos profissionais de enfermagem sobre prevenção e tratamento das UPP?
2. Quais as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem para prevenção e tratamento das UPP?
3. Quais os fatores considerados facilitadores e dificultadores para implementação das ações preventivas e de tratamento das UPP?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento e a prática entre os profissionais de enfermagem no cuidado ao indivíduo em risco e/ou com úlcera por pressão em instituições hospitalares.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- a) Descrever as características sociodemográficas dos componentes da equipe de enfermagem;
- b) Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção e tratamento de UPP;
- c) Comparar o conhecimento e prática entre os profissionais de enfermagem enfermeiros e profissionais do nível médio (Auxiliares/ técnicos de enfermagem);
- d) Apontar quais os fatores facilitadores e dificultadores relatados pela equipe de enfermagem para implementação das ações de prevenção e tratamento relacionadas às UPP.

3. REFERENCIAL TEMÁTICO

As UPP, também denominadas úlcera por pressão ou úlcera de decúbito, são descritas como uma lesão localizada da pele, causadas por interrupção do suprimento sanguíneo para a área (DEALEY, 2008).

A mais recente definição de UPP, apresentada pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), destaca:

Trata-se de uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, usualmente, sobre uma proeminência óssea, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão ou uma combinação entre esta e força de torção, podendo estar associados a fatores contribuintes... (EPUAP/NPUAP, 2009a, p. 9).

Nas bases de dados mundiais, bem como no sistema de Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (2008), integram o grupo L89 do Capítulo XII de doenças da pele e tecido subcutâneo.

Sendo a pressão o fator principal da causa dessa lesão, Maia e Monteiro (2011), descrevem que se a pressão aplicada à pele, por algum tempo, for maior que a pressão capilar normal de 132mmHg nas arteríolas e de 12mmHg nas vênulas, pode levar à hipóxia celular e, conseqüentemente, à necrose tecidual.

As UPP são classificadas por meio de um sistema universal que existe há mais de 20 anos, com o objetivo de facilitar a identificação da lesão a partir da descrição de suas características, o planejamento de cuidados e a comunicação entre as equipes de saúde.

Um dos órgãos responsáveis pela definição e tratamento das UPP é a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) uma organização norteamericana criado desde 1989, sem fins lucrativos, formada por uma equipe multiprofissional e a outro órgão é a *European Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) criada em 1996, para atender aos países europeus com a mesma finalidade e objetivo de reduzir o problema, ambas, aliaram-se em 2009 para desenvolver novas diretrizes para prevenção e o sistema de classificação da UPP, com ampla divulgação mundial e à disposição em vários idiomas e disponível gratuitamente por meio eletrônico (EPUAP/NPUAP, 2009).

A definição que se estabeleceu foi por categoria, considerada um termo neutro para substituir a definição de estágio ou grau na tentativa de corrigir as noções de que

o desenvolvimento desta lesão era de maneira hierárquica, com progressão de I até o IV e da cicatrização do grau IV para o I, sendo este muito utilizado pela comunidade internacional. A EPUAP/ NPUAP (2009a) propõe a classificação das UPP de acordo com a gravidade da lesão da seguinte maneira:

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Categoria I	Pele íntacta com eritema não branqueável, sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem estar presente. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, a sua cor pode ser diferente da pele circundante. Comparativamente ao tecido adjacente, a área pode estar mais quente ou mais fria.
Categoria II	Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho rosa sem crosta. Pode, ainda, apresentar-se sob a forma de flictema aberta ou fechada, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático
Categoria III	Perda total da espessura tecidual. Podendo ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas, não estão expostos ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado. A profundidade de uma úlcera de categoria III com a localização anatómica, podendo ser, superficiais em zonas que não têm tecido subcutâneo como a asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos. Por outro lado, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas.
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou necrótico, frequentemente são cavitária e fistulizadas. Podendo atingir as estruturas de suporte tornando a osteomielite ou osteíte provável de acontecer.
Categoria não Graduáveis / Inclassificáveis	Perda total da espessura dos tecidos. Na qual não podemos identificar ou determinar a profundidade atual da úlcera que está bloqueada pela presença de tecido necrótico e/ou escara no leito da ferida. Assim somente após ser removido o tecido necrótico o suficiente para expor a base da ferida poderá ser categorizado. Ressalvas apenas em escara estável em calcâneos serve como penso biológico natural e não deve ser removido, considerando a composição do tecido nesta área

Fonte: EPUAP/NPUAP, 2009a. p. 9.

Em nota, a EPUAP/ NPUAP (2009a), e a *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), referem-se que nos Estados Unidos da América mais de 2,5 milhões de habitantes desenvolveram UP por ano, proporção maior do que o câncer. Por causa das UPP, cerca de 60 mil pessoas morrem anualmente e mais de 17 mil processos estão relacionados a este agravo, sendo a segunda acusação mais comum, após a morte injusta.

Considerando-se, ainda, um valor estimado para tratar desta afecção, Dealey (2000) encontrou um custo anual de aproximadamente 7,5 milhões de dólares com o tratamento e uma média de permanência de 21 dias de hospitalização por este agravo. Em um estudo semelhante, a autora, no ano 2012 realizou um levantamento do custo diário empregado para tratar a UPP no Reino Unido, na categoria I, foi encontrado um valor de aproximadamente US\$ 2.000 e para a categoria IV, de US\$ 23.000., (DEALEY, 2000; 2012).

Nos Estados Unidos da América o custo estimado do tratamento para UPP de US\$ 2.000 a US\$ 30.000 por indivíduo, sendo o custo anual estimado em US\$ 8,5 bilhões (EPUAP/NPUAP, 2009a).

A UPP prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do indivíduo e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite e representam um acréscimo no sofrimento físico e emocional, reduzindo a sua independência e funcionalidade na realização das atividades da vida diária, comprometendo qualquer processo reeducacional (BLANES, 2004; DANTAS, 2013).

É, praticamente, impossível calcular o custo real dessas lesões, uma vez que, além do gasto com tratamento, existe o custo da dor e do sofrimento, muitas vezes desnecessários, e que oneram, direta ou indiretamente, os serviços de saúde (DEALEY, 2008; SALOMÉ, 2011).

Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e financeira, uma vez que as UPP são causa importante de morbimortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga econômica para os serviços de saúde (FERNADES; CALIRI; HASS, 2008; SALOMÉ, 2011).

No âmbito nacional, não existe registro dos dados de incidência e ou prevalência precisa dos indivíduos que são acometidos por UPP, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Chianca, Borges e Ercole (2011) referem que no Brasil, com suas enormes variações entre as diferentes regiões e a falta de uma agência nacional, torna-se difícil estimar essas taxas e até mesmo o custo real gasto para tratamento destes agravos.

Porém, nas últimas décadas, as pesquisas vêm aumentando e mostrando resultado ímpar e, apenas, regionais quanto à incidência, prevalência e ou características da população mais acometida pela UPP. Estas, por sua vez, concentram-se em maior proporção nas regiões sudeste e sul do país.

Em três hospitais regionais do estado de Mato Grosso, foi encontrada a incidência com uma variação de 25% e 66% de 65 pacientes avaliados em três meses (COSTA, 2010). No entanto, outro estudo realizado por Scarlatti et al. (2011), em um hospital privado no estado de São Paulo, de especialidade cirúrgica, foram avaliados 199 pacientes aleatoriamente, sendo que destes 41 desenvolveram UPP, encontrou-se uma incidência de 20,6%.

Dentre os estudos, destaca-se o de Cardoso (2010), que em uma pesquisa realizada em clínicas de internação variadas, em dois diferentes dias, no Hospital Universitário de São Paulo, obteve a prevalência de 11,4% e 10,3%, com a média de internação de 36 dias.

Em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) em Natal, no Rio Grande do Norte, encontrou-se a prevalência de 50% do total de 78 pacientes, desses 39,6% com doenças respiratórias e 17% com acometimentos neurológicos (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008).

Em um Hospital de referência para o trauma na cidade de Fortaleza, no Ceará, em 31 dias, no ano de 2010, observou-se a prevalência de 36% e 96,3% de UPP nos pacientes das unidades de internação e UTI, respectivamente. Ainda no mesmo estudo, os autores identificaram como causa de internação, com um maior índice, o trauma (74,1%) e as demais causas distribuídas entre ferimento por arma de fogo e ou por arma branca, fraturas diversas, queimaduras e outras (SANDERS; PINTO, 2012).

Ainda, Coltro et al. (2011) apontam que o aumento da prevalência do trauma e seu tratamento complicado e prolongado colabora para o surgimento e uma crescente elevação da frequência da UPP, portanto, esta tem atraído a atenção não apenas de médicos e enfermeiros, mas também de administradores da área da saúde, preocupados com o impacto dos custos do tratamento da ferida. Somando-se a isso, Soldevilha et al. (2007) referem que o risco de morte, em um idoso portador desta lesão, é de duas a quatro vezes maior do que em aqueles que não apresentam este agravo em idade avançada.

Nesse sentido, a prevalência desta lesão por pressão em ambientes hospitalares vem aumentando consideravelmente, como já descrito em alguns dos referidos estudos, sobretudo em idosos, associados a fraturas e criticamente enfermos, prolongando a hospitalização, elevando o risco para o desenvolvimento de complicações associados, com repercussões na taxa de mortalidade (SOLDEVILHA et al., 2007; ESPÍNDOLA et al., 2011).

O desenvolvimento da UPP está associado a fatores contribuintes, pouco definidos. Sendo assim, faz-se necessária uma refinada avaliação de risco, tanto dos indivíduos já descritos nos trabalhos acima referidos, assim como aqueles indivíduos sujeitos à cirurgia, para análise de outros fatores (NPUAP/EPUAP, 2009a).

A susceptibilidade individual para o desenvolvimento de UPP é dependente dos fatores extrínsecos, que se conjugam com as alterações de perfusão tecidual, resultante de fatores intrínsecos.

Dentre outros fatores intrínsecos, Dealey (2008) inclui na lista as condições do cliente como suprimento deficitário de sangue, estado geral, mobilidade reduzida, déficit neurológico, estado nutricional e incontinência.

Sendo assim, alguns fatores intrínsecos estão relacionados às variáveis do estado físico do indivíduo, que influenciam na integridade da pele, nas estruturas de suporte, no sistema vascular e hepático que servem à pele e estruturas internas, bem como ao tempo de cicatrização (MAIA; MONTEIRO, 2011).

Segundo os mesmos autores, acrescentam-se aos fatores intrínsecos a mobilidade reduzida ou ausente, peso corporal (extremo), comorbidades, uso de medicamentos, principalmente a medicação sedativa, analgésicos e os corticosteróides, uma vez que diminuem as defesas do organismo e a percepção sensorial (MAIA; MONTEIRO, 2011).

Thein et al. (2010) referem, ainda, sobre os fatores intrínsecos, a idade avançada, fratura de quadril e múltiplos diagnósticos de doença crônicas.

Aos fatores externos, que estão relacionados ao mecanismo da lesão e propiciando o aparecimento da UPP, influenciando na tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele e que refletem o grau em que a pele é exposta, tem-se a pressão, o cisalhamento e a fricção (DEALEY, 2008; EPUAP/NPUAP, 2009a; MAIA; MONTEIRO, 2011).

Ayala (2008) afirma que, com o aumento da expectativa de vida da população, há evidências crescentes das doenças que acompanham o envelhecimento, tais condições crescem a prevalência e a complexidade das UPP e retardam sua resolução.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (MENDES, 2012).

O Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Os principais fatores determinantes da elevação da cronicidade são as mudanças demográficas, nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (MENDES, 2012).

Afirmam Brandão, Santana e Santos (2013) que a prevenção da UPP torna-se um dos maiores desafios para a equipe, as instituições de saúde, destacando a necessidade de maior orientação e investimento dos profissionais relacionados à saúde da pele.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, persistem as elevadas taxas de incidência e prevalência das UPP, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias neste campo, sugerindo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do mesmo (SOUZA et al., 2010).

A literatura mostra que esta lesão significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais, mas, principalmente, por provocar sensações de desconforto biopsicosocial aos indivíduos, familiares e cuidadores.

Considerando o que versa a Lei Nº. 8080 (BRASIL, 1990), em seu capítulo I - Dos Objetivos e Atribuições, no artigo 5º: São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS, e III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (grifo nosso).

Diante disto, espera-se que serviços e equipes de saúde estejam preparados para atender aos indivíduos restritos ao leito, oferecendo ações de prevenção, diagnóstico, intervenções precoces e acompanhamentos relacionados à UPP.

A enfermagem é a profissão responsável pelo cuidado do ser humano em seu ciclo vital, em sua condição sadia ou quando acometido por agravos em diversos aspectos, seja na prevenção, tratamento e reabilitação desses indivíduos, no setor primário, secundário e ou terciário de atenção à saúde (ESPÍNDOLA et al., 2011).

Ainda para Lise e Silva (2007), a prevenção deste agravo é de responsabilidade de todos os profissionais da saúde, em especial da enfermagem, por permanecerem durante as 24 horas em cuidados diretos aos indivíduos hospitalizados.

Verifica-se que o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando, nos últimos anos, um novo paradigma: a busca pela gestão da qualidade dos serviços. Acompanhando essa lógica, os serviços de enfermagem, como parte integrante de instituições complexas, enfrentam inúmeros desafios no sentido de atender a demanda dos clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial (NAGEH, 2012).

Assim, em uma versão mais abrangente das linhas de orientação para a prática clínica, a *Eurpoean Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) fornecem as recomendações pautadas em opiniões de peritos as diretrizes para a prevenção e tratamento das UPP, são direcionadas para os cuidados aos indivíduos vulneráveis (EPUAP/NPUAP, 2009).

EPUAP/NPUAP (2009a) recomendam que as ações de prevenção devam ser realizadas dentro de cinco pilares básicos, sendo eles: Associação dos fatores de risco (avaliação do indivíduo, o uso de um instrumento validado e os fatores contribuintes); ações de cuidados com a pele e medidas precoces de intervenções (avaliação inicial e periodicidade da reavaliação); recomendações nutricionais; redução da carga mecânica pelo reposicionamento e utilização de superfícies especiais de suporte (alívio de pressão, prevenção de fricção e de cisalhamento), além da educação permanente e continuada do profissional, cuidadores e indivíduo institucionalizado.

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) (2008), nos Estados Unidos da América, implementaram junto aos hospitais a campanha 5 Milhões de Vidas, visando promover ações para apoiar a melhoria da assistência à saúde, reduzindo significativamente os níveis de morbidade (eventos adversos ou complicações cirúrgicas) e mortalidade. Dentre as medidas propostas para reduzir danos e mortes, destaca-se a prevenção de UPP, utilizando de forma confiável as orientações de base científica para a prevenção desta complicação grave e comum (IHI, 2008).

No Brasil, estas medidas de prevenção de UPP foram determinadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 529, no ano de 2013, em que aprova o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), seguindo as diretrizes internacionais (BRASIL, 2013a).

Por se tratar de lesão reconhecida como um problema de origem multifatorial e com importantes custos associados, a necessidade de uma abordagem na sua prevenção tornou-se, na visão dos responsáveis de gestão das instituições de saúde inquestionável, bem como no investimento em metodologias de acompanhamento das

taxas e efetivação dos protocolos de prevenção, visando atenuar os riscos a que os indivíduos internados estão expostos (BRASIL, 2013a).

Em busca por uma melhor qualidade de assistência nos serviços de saúde, é importante reconhecer este agravo, ainda, como um problema. Que requer uma melhor compreensão dos profissionais em relação a sua prevenção, assim como uma atitude para um cuidar ético. Neste sentido, Fernandes, Caliri e Hass (2008) ressaltam a importância da educação permanente e a pesquisa associada à assistência.

Dealey (2008) refere que uma política para prevenção de UPP só terá seus benefícios ilimitados se houver a educação permanente e contínua dos profissionais de saúde, familiar, indivíduo internado e cuidador. Lise e Silva (2007) afirmam ainda que a instrumentalização dos profissionais da enfermagem e a orientação dos pares que permanecem junto a estes indivíduos, sob o risco de desenvolver este agravo, farão a diferença na erradicação desta lesão.

Dessa maneira, a educação permanente em saúde (EPS) é definida como o aprendizado no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, possibilitando transformar a prática, melhorando o processo da assistência. Sendo assim, a EPS de ser considerada como uma forte ferramenta na efetivação da medida de controle e redução significativa deste agravo. No Brasil, vem como objeto de transformação do processo de trabalho, para alcançar a integralidade da atenção à saúde e à equidade no cuidado, bem como a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007).

Alerta-se para a necessidade de repensar as práticas de saúde, tanto assistenciais como educativas, por se distanciarem dessas políticas, as quais buscam minimizar iniquidades e promover saúde enquanto direito (FIGUEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, Batista e Gonçalves (2011) referem que o significado de formação e a qualificação do cuidado devem estar presentes nos processos educativos. Assim a proposta de educação permanente em saúde vem sendo implantada no Brasil, com destaque à importância do potencial educativo do processo de trabalho para a transformação.

Considerando o processo de globalização da informação, a população está cada vez mais consciente de seus direitos em relação à qualidade da assistência e exigente quanto aos produtos e serviços oferecidos pelas instituições de saúde. Portanto, os profissionais deverão estar cada vez mais capacitados a atender esta

demanda, tomando a assistência uma direção de mão dupla, quanto ao conhecimento do cuidado e do cuidador.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de criação de dispositivos coletivos de capacitação, a fim de aprimorar a prática clínica, efetivando a qualidade da oferta de serviços e diminuindo a incidência da UPP (STEIN et al., 2012).

Em estudos similares na mesma instituição Rogenski e Kurcgant (2012) verificaram a redução da incidência da UPP de 41,02% para 23,1%, após efetivação de um protocolo de prevenção e de avaliação de risco dos indivíduos hospitalizados.

A compreensão e a socialização nas instituições sobre a importância da educação permanente acerca do tema UPP quanto a sua prevenção, facilita a promoção da saúde diminuindo, assim, as taxas de incidências (ESPÍNDOLA et al., 2011).

Atualmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) tem focado suas atividades na segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde do país. Neste sentido, ressalta-se a aprovação da Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013, e instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de assistência no território nacional (BRASIL, 2013a).

Brasil (2013b) destaca-se também a atenção centrada no indivíduo, pois tem sido demonstrado que respeitar suas preferências e valores é essencial, além de estimular a sua participação em todas as tomadas de decisão que o envolvam.

Ainda reforça e argumenta que a segurança do indivíduo é uma filosofia de trabalho, e precisa estar solidamente sustentada por uma cultura proativa. Esta passa pelo reconhecimento do risco relacionado ao cuidado dispensado à saúde moderna e utiliza processos complexos e tecnologias potentes, que dependem, muitas das vezes, do desempenho humano (BRASIL, 2013b).

Portanto, a UPP está, em muitos casos, relacionada a eventos adversos evitáveis, ligados à segurança do paciente e à qualidade do cuidado. Porém, o seu surgimento pode refletir como um sintoma da falha, que pode estar associado ao ambiente de trabalho, a fatores externos e ao indivíduo. Assim, faz-se necessário uma comunicação aberta e não punitiva, que reflita uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde (BRASIL, 2013b).

Costa e Caliri (2011) ressaltam que é importante não somente aos enfermeiros, mas toda a equipe de enfermagem, estar envolvidos e estimulados a conhecer e entender o que são UPP e toda sua problemática, a fim de programarem ações efetivas e precoces de prevenção e tratamento e buscarem propostas inovadoras para uma assistência baseada em evidências.

Em relação à presença da UPP, Lima e Guerra (2011) afirmam que esta acarreta o aumento da carga de trabalho para enfermagem e de custos para as instituições de saúde, além de maior morbimortalidade aos indivíduos com este agravo.

O indivíduo em risco hospitalizado ou não deve ser assistido por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Os profissionais da enfermagem em suas três categorias compreendem uma equipe multidisciplinar, cada um desses membros tem suas atribuições definidas na Lei do exercício profissional de nº 7.498, de 25 de Junho de 1986, e pautadas nos princípios éticos e da bioética, que fundamentam o Código de Ética desses profissionais, aprovada pela Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007, do Conselho Federal de enfermagem (COFEN, 2007).

Feldman e Ruthes (2008) ressaltam que apesar de existirem distinções necessárias entre a equipe, há de ser evidenciado que, para atender a integralidade do indivíduo dentro dos preceitos éticos, esses profissionais precisam trabalhar de maneira articulada, cada um da equipe cabe um papel distinto, que quando bem executado demonstra a excelência do cuidado.

Especificamente em relação à equipe de enfermagem, Lise (2007) e Santos et al. (2011) ressaltam que o tratamento da UPP requer destes profissionais uma postura bioética que seja condizente com a compreensão do ser humano como uma pessoa revestida de toda a sua dignidade.

Com os novos avanços científicos e com uma vasta pesquisa sobre o tema na área da saúde e a criação de protocolos, ainda, assim o problema persiste ao mundianamente e ao longo do tempo.

A investigação sobre o conhecimento e as ações dos profissionais de enfermagem e as características individuais, que atuam na assistência, possam somar no entendimento sobre o problema e auxiliar na gestão do cuidado ao indivíduo hospitalizado.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal. Esta pesquisa é voltada a determinação de qual é a causa ou fator de risco associado a um dado fenômeno momentâneo e se suporta em pressupostos ou hipóteses teóricas, foca a compreensão das causas, dos comportamentos, das condições e situações. (ANDRADE, 2013).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, utilizando como campo de pesquisa as três maiores instituições hospitalares ligadas à rede estadual de saúde, a saber: a Associação Beneficente de Campo Grande - Santa Casa, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) – (Rosa Pedrossian) e Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do SUL (NHU/UFMS) - (Maria Aparecida Pedrossian).

As instituições de saúde citadas possuem características de hospital de ensino, pesquisa, extensão e assistência, são conveniadas com Sistema Único de Saúde (SUS), juntas somam aproximadamente 1.500 leitos. Assim, são responsáveis por grande parte da assistência à saúde, contando com várias especialidades e serviço de alta complexidade, sendo consideradas referências para o estado, região Centro-Oeste, e outras regiões do país, bem como áreas fronteiriças como as divisas com o Paraguai e Bolívia.

O cenário da pesquisa foi às unidades de internação de atendimento clínico e cirúrgico das referidas instituições, com atendimento aos indivíduos adultos, sendo atendidas as comorbidades crônicas, crônicas agudizadas e agudas, bem como as comorbidades agudas cronicada e traumas.

Estas unidades de internações de indivíduos adultos juntas somam 117 leitos para tratamento clínico e 209 leitos para tratamento cirúrgico (cirurgia geral e ortopédica) por internação/dia de adultos (SIH/SUS, 2013).

Em relação à estação de recursos humanos, possuem um número significativo de profissionais da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) em assistência direta e indireta aos indivíduos hospitalizados.

4.3 Sujeito da Pesquisa

Para que os objetivos do estudo fossem alcançados, optou-se por trabalhar com os profissionais de enfermagem responsáveis pelo cuidado direto e indireto dos indivíduos adultos hospitalizados nas unidades de clínicas e cirúrgicas da referidas instituições, uma vez que alguns profissionais estão alocados nos setores em cargos de gerência da assistência.

4.4 População e amostra

A população total de profissionais lotados nas unidades de internação escolhidas como cenário do estudo constitui-se de 255 trabalhadores da equipe de enfermagem, 31 são enfermeiros, 163 técnicos e 61 auxiliares de enfermagem. Assim, em um resultado de porcentagem por categoria nacional realizada pelo COFEN - Conselho Federal de Enfermagem (2013), as duas categorias que mais possuem profissionais de enfermagem são a de técnicos e auxiliares de enfermagem representam 79,98% as duas categorias e apenas 19,81% de enfermeiros.

Para o cálculo da amostra incluída neste estudo, utilizou-se o nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, resultando em uma amostra de 154 indivíduos, profissionais de enfermagem, independente da categoria, lotados nas três instituições, nas unidades de internações de clínica médica e cirúrgica (geral e ortopédica).

Por apresentar diferença numérica expressiva entre uma das três instituições, em que o processo de admissão é dinâmico, foi aplicado o nível de confiança com a mesma porcentagem, por categoria e instituição, chegando a um denominador, em que a amostra ideal foi de 24 Enfermeiros, 112 Técnicos e 54 auxiliares de enfermagem, totalizando 190 indivíduos participantes.

Porém, optou-se por incluir o número total de 31 enfermeiros existentes no cenário de estudo, por ser uma categoria de menor número nas três instituições. Portanto, a coleta de dados foi feita com 197 profissionais de enfermagem.

Foram excluídos, os profissionais que se encontravam afastados por licença médica prolongada, no período da coleta de dados ou aqueles que se recusaram a participar do estudo.

4.5 Técnicas para a coleta de dados

4.5.1 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados referentes ao conhecimento e às práticas de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo com UPP, foi utilizado um questionário autoaplicável como instrumento (APÊNDICE I), que foi elaborado para atender aos objetivos da pesquisa. O questionário foi composto por perguntas abertas e fechadas, dividido em três diferentes seções, sendo que a primeira seção identificou as variáveis sociodemográficas, a segunda abordou a experiência profissional e seis questões referentes à formação educacional quanto à UPP, educação continuada quanto ao conhecimento e ações empregadas na prevenção, tratamento e reabilitação e a terceira seção caracterizou as ações empregadas na gestão da assistência ao tema proposto.

A segunda parte do instrumento de coleta foi construída pela autora, seguindo o referencial teórico de alguns estudos validados, adaptados e realizados no Brasil. O pioneirismo na aplicação do teste de recomendações de prevenção e descrição da UPP e avaliação de conhecimento dos profissionais de enfermagem iniciaram-se por estudos internacionais de Pieper e Mott (1995) em que avaliou conhecimento de alunos de graduação em enfermagem.

No Brasil foi traduzido e adaptado para o português por Caliri, Miyazaki e Pieper (2003), utilizado por Miyazaki, Caliri e Santos (2010) e Tiago et al. (2012).

Algumas questões de prevenção e tratamento das UPP seguiram as recomendações do guia internacional, considerando o fator de impacto da força de evidência apresentada pelas diretrizes, traduzida pela Associação Portuguesa de tratamento de ferida (APTFERIDAS) (EPUAP/NPUAP, 2009a, 2009b).

4.5.2 Validação do instrumento

O instrumento foi enviado para oito enfermeiros especialista em estomatoterapia e sete docentes do curso de enfermagem, com experiência na área clínica com ênfase em prevenção e tratamento de feridas, alguns com publicações sobre o tema. O material composto de uma carta explicativa, que instruí e esclarecia os avaliadores quanto aos objetivos da pesquisa foi encaminhado por correio eletrônico a cada um dos avaliadores.

Foi solicitado que os juízes analisassem e elaborassem sugestões quanto à objetividade, à completude, à adequação e à clareza.

Retornaram após quinze dias dez instrumentos analisados, sendo que cinco foram docentes, com titulação de Pós Doutor, Doutor, Mestre e especialistas em enfermagem em Dermatologia que atuavam no estado de Mato Grosso do sul e Rio de Janeiro e cinco enfermeiros estomaterapeutas que atuam na área assistencial e administrativa hospitalar dos estados de Mato Grosso do Sul e São Paulo, todos com mais de 5 anos de experiência profissional.

O método utilizado para esta avaliação foi a escala de Likert que, segundo Oliveira (2001) e Alexandre Coluci (2011), trata-se de um método que requer dos entrevistados a indicação do seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Sendo assim, o avaliador indicou o grau de importância a cada questão, com a variação da escala de zero (0) a três (3), sendo zero nenhuma importância e três (3), o maior grau. Os avaliadores tiveram ainda uma alternativa, quando não entendida a questão ou quando havia dificuldade em opinar, a opção ausência de condições de respostas (A. C. R), que expressaria a ausência de declarações relativas ao que estava sendo avaliado, considerando a capacitação e experiência de cada participante.

O instrumento, após o retorno da submissão dos especialistas, teve cada item reavaliado individualmente e o instrumento como um todo, sendo encontrado o índice de validade do conteúdo calculado (IVC) que foi de 0,81. Este IVC foi obtido por meio da soma de concordância dos itens que receberam a maior pontuação estabelecida (3) pelos especialistas; o de menor pontuação e assinalados como ACR foram anulados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Após esta avaliação, foram readequadas as questões para atender aos objetivos deste trabalho e, assim, submetê-lo aos participantes do estudo piloto, que foi realizado para a detecção de possíveis inconsistências, dificuldade de interpretação das perguntas ou pertinência das mesmas, bem como a apresentação do questionário e o tempo gasto de preenchimento deste.

4.5.3 Realização do pré-teste

Para o estudo piloto, foram convidados a participar os profissionais de enfermagem de outras clínicas não participantes do projeto original. Foi aplicado nas três instituições, com as três categorias, sendo que destes, cinco foram enfermeiros e sete auxiliares e técnicos de enfermagem, que não relataram dificuldades em ler e entender os itens. Porém, ainda houve a necessidade de adequação em alguns itens para a obtenção dos objetivos propostos.

O tempo médio, gasto para a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preenchimento completo do instrumento foi de 30 minutos.

4.5.4 Instrumento de coletas de dados

4.5.5.1 Seção I: Variável Sociodemográfica

- Idade: expressa em anos completos na data aplicação do instrumento.
- Instituição onde trabalha e o tempo de serviço, ocupação atual e curso completo, setor no momento da aplicação do instrumento.
- Carga horária desempenhada, expressa em horas, durante o plantão diário e o total cumprido em escala semanal.
- Número de indivíduos sob seus cuidados no setor, em seu período de trabalho.

4.5.5.2 Seção II: Variável Educação Continuada

- Experiência profissional e o tempo de formação em anos, no momento da coleta dos dados, cabendo mais de uma alternativa, uma vez que os profissionais de enfermagem seguem uma formação escalonada de primeiro, segundo e terceiro grau.
- Formação educacional quanto à UPP: score original com perguntas fechadas e abertas, para avaliar em que momento ocorreu informação de medidas de prevenção, tratamento e reabilitação de um indivíduo com a lesão.
- Avaliação de conhecimento específico sobre UPP: foram utilizadas partes do instrumento validado que visou mensurar o nível de conhecimento dos participantes.

Composto de 24 questões, seguiu a numeração ordinal de 1 a 24, sendo 5 referentes à avaliação das características da lesão acerca da categoria, 16 itens de recomendações para a prevenção (avaliação e identificação dos fatores de risco, avaliação da pele, nutrição, reposicionamento, superfícies de apoio e capacitação do indivíduo susceptível, cuidador e profissional) e três tópicos referentes a tratamento. Estas alternativas eram constituídas de afirmações em que o profissional julgava e assinalava apenas uma resposta que apresentaria a concordância, a discordância e ou se desconhecesse totalmente as afirmativas apresentadas. Para cada concordância e ou discordância certa, foi atribuído um ponto, as assinaladas como as que não eram conhecidas pelo profissional e as que não obtiveram respostas foram computadas como erradas e não foram atribuídos pontos. O escore do teste de conhecimento correspondeu à soma de todas as respostas corretas. Para que o nível de conhecimento pudesse ser considerado adequado, esperava-se que os participantes acertassem 90% ou mais dos itens, segundo o estudo apresentado por Pieper e Mott (1995).

- Avaliação pertinente à atitude/prática: foi empregada com os mesmos propósitos do conhecimento específico sobre as UPP, sendo composta de um formulário tipo *chek-list* com 19 questões enumeradas de 25 a 43, sendo dividida da seguinte maneira: 1 questão de prevenção de infecção relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e 1 humanização ao cuidado, 8 medidas para proteger os tecidos contra efeitos das forças mecânicas, sendo elas a pressão, fricção e cisalhamento, 4 medidas de prevenção quanto cuidados com a pele e orientações ao indivíduo, cuidador e profissional, 5 medidas de intervenção aos fatores extrínsecos (umidade) e tratamento do indivíduo com a UPP. Cada alternativa foi avaliada segundo a frequência que o sujeito selecionou. Foram atribuídos valores ordinais a cada uma das variáveis, sendo estes definidos de acordo com o julgamento pertinente às ações de sua assistência, que foram escalonadas iniciando com o 'sempre' (todas, as vezes que há necessidade), 'muitas vezes' (na maioria, das vezes), 'raramente' (na minoria, das vezes em que há necessidade) ou 'nunca realizada'. Com vistas ao uso da recomendação, foi considerada como a de maior valor a que foi assinalada com 'sempre' em quase todas as afirmações da prática descrita no instrumento exceto nas questões de número 34 e 35, que a frequência 'nunca' deveria ser considerada como de maior valor.

4.5.4.3 Seção III: Variável Gestão da Assistência

- Esta variável buscou a verificação da existência de um protocolo de prevenção da UPP, ou de uma avaliação para dimensionar a equipe de enfermagem, de acordo com as características clínicas e avaliação de risco do indivíduo em desenvolver a lesão, dos elementos facilitadores e dificultadores para implementação de um protocolo de prevenção do agravo.

A análise dos dados para as questões abertas ocorreu considerando as respostas dos pesquisados, foram categorizadas e agrupadas por semelhança de significado e frequência de repetição dos conteúdos das respostas.

4.6 Procedimentos para a coleta de dados

Foram efetuadas visitas com as gerências dos serviços de enfermagem para a obtenção da lista dos profissionais em atividades nos referidos setores, infraestrutura do serviço e o período da aplicação do instrumento.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora ocorreu nos meses de agosto, setembro e outubro de 2013, durante o turno de trabalho dos participantes, tanto nos períodos matutino e vespertino, quanto no noturno, com uma concentração maior nos finais de semana e feriados, para atender a solicitação dos participantes.

O esclarecimento dos pesquisados ocorreu por meio de uma abordagem individual em que a pesquisadora informou, verbalmente, o título da pesquisa, os objetivos, a população do estudo, os métodos para a análise dos dados e a forma de divulgação dos resultados.

Foi empregado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) APÊNDICE – II, por meio do qual foram assegurados os direitos legais dos pesquisados, como a garantia da confiabilidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros. Este documento foi entregue em duas vias e, somente após a assinatura, foi aplicado o instrumento da pesquisa. O pesquisador permaneceu no local, para qualquer outro esclarecimento e, após a finalização do preenchimento, fez o recebimento imediato do instrumento e armazenou em um envelope sem identificação.

4.7 Armazenamento dos dados

Com base nas informações presentes no instrumento aplicado os dados foram codificados e caracterizados considerando a Lei nº 7498 que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e estes agrupados de acordo com o nível de instrução auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiro (BRASIL, 1986).

Foi elaborado um dicionário com o resultado da coleta e digitado em planilhas do aplicativo Microsoft Excel 2007.

4.8 Análise dos dados

A avaliação da associação entre a ocupação atual do profissional de enfermagem e as variáveis: sexo; faixa-etária; setor de trabalho; pós-graduação; outra ocupação; carga horária de trabalho diária; assistência; capacitação; nível de conhecimento sobre UPP; práticas ao paciente com a lesão; elementos facilitadores e dificultadores das medidas de prevenção deste agravo foram observados por meio do teste do qui-quadrado. O teste z foi usado na comparação entre proporções e entre duas proporções, quando houve associação significativa entre variáveis nominais ou ordinais com mais de duas respostas possíveis.

A comparação entre auxiliares/técnicos e enfermeiros, em relação às variáveis: idade; anos na Instituição; anos no setor; carga horária diária e percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de úlcera de pressão foi realizada por meio do teste *t-student*.

Já a comparação entre auxiliares, técnicos e enfermeiros, com maior formação, em relação ao percentual de acertos nas questões sobre conhecimento da UPP, foi realizada por meio do teste ANOVA de uma via, seguida pelo pós-teste de *Tukey*.

A avaliação da correlação linear entre o tempo de experiência profissional e os acertos no conhecimento sobre a UPP, bem como entre o tempo no setor e o número de acertos nas questões relacionadas ao conhecimento sobre UPP, foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson. Os demais resultados das variáveis

avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o *Software* SPSS, versão 17.0 ou o SigmaStat, versão 3.5, considerando um nível de significância de 5% (SHOTT, 1990).

4.9 Considerações éticas

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, asseguraram-se os princípios éticos e legais, postulados no Conselho Nacional de Saúde com Resolução CNS nº 466 de Dezembro de 2012. Em se tratando de unidades de internações do Serviço Público de Saúde, o referido projeto cumpriu os trâmites administrativos e legais para as autorizações nas instituições hospitalares, sendo apresentado para apreciação e obtida autorização das Direções, Gerências e Comitê de Ética em Pesquisa interna da Santa casa (ANEXO I); HRMS (ANEXO II) E HU/UFMS (ANEXO III).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, CAAE: 13003113. 8.0000.0021, número do parecer: 292.247, aprovado em 4 de Junho de 2013 (ANEXO IV).

5. RESULTADOS

Foram entrevistados 197 profissionais de enfermagem, sendo, 27,4% (n=54) de auxiliares, 56,9% (n=112), técnicos de enfermagem e 15,7% (n=31), enfermeiros.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, Campo Grande, MS, 2013 (n=197)

Características socio demográfica	Auxiliar/Técnico (n= 166)	Enfermeiro (n=31)	Total (n=197)
	n(%)	n(%)	n (%)
Sexo (p=0,600)*			
Feminino	121 (72,9)	24 (77,4)	145 (73,6)
Masculino	45 (27,1)	7 (22,6)	52 (26,4)
Idade (anos - p=0,014)**	37,43±0,73	32,87±1,69	36,71±0,68
Faixa etária (anos - p=0,015)*			
Até 30 (p=0,003)***	76 (23,5)	16 (51,6)	55(27,9)
31 a 40 (p=0,233)***	76 (45,8)	10 (32,3)	86 (43,7)
41 a 50 (p=0,097)***	35 (21,1)	2 (6,5)	37 (18,8)
51 a 60 (p=0,998)***	14 (8,4)	2 (6,5)	16 (8,1)
Mais de 60 (p=0,971)***	2 (1,2)	1 (3,2)	3 (1,5)
Anos na Instituição (p=0,311)**	8,60±0,66	6,97±1,13	8,35±0,59
Anos no setor (p<0,001)**	5,21±0,51	2,58±0,50	4,80±0,44
Setor (p=0,700)*			
Clínica cirúrgica	101 (60,8)	20 (64,5)	121 (61,4)
Clínica médica	65 (39,2)	11 (35,5)	76 (38,6)
Pós-graduação (p<0,001)*			
Não	147 (88,6)	8 (25,8)	155 (78,7)
Sim	8 (4,8)	23 (74,2)	31 (15,7)
Sem informação	11 (6,6)	0 (0,0)	11 (5,6)
Outra ocupação (p=0,344)*			
Sim	26 (15,7)	7 (22,6)	33 (16,8)
Não	140 (84,3)	24 (77,4)	164 (83,2)
Carga horária/dia (p<0,001)*			
4 horas (p=0,353)	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (0,5)
6 horas (p=0,632)	80 (48,2)	17 (54,8)	97 (49,2)
8 horas (p<0,001)*	0 (0,0)	5 (16,1)	5 (2,5)
12 horas (p=0,014)	86 (51,8)	8 (25,8)	94 (47,7)
Carga horária média/dia (p=0,018)**	9,11±0,23	7,81±0,48	8,90±0,21

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta) ou em Média ± erro padrão da média. * Valor de p no teste do qui-quadrado.

* Valor de p no teste t-student. *** Valor de p no teste z.

Fonte: A autora, 2014.

Observou-se que a maior frequência entre os profissionais foi do sexo feminino, 73,6%, com a idade média de 36,71 anos. Por outro lado, a distribuição, de acordo com a faixa-etária, o teste do qui-quadrado mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,015$), sendo que o percentual de profissionais com idade até 30 anos foi maior nos enfermeiros, 51,6%, do que nos auxiliares/técnicos de enfermagem, com 23,5%, estes, por sua vez, obtiveram a média de idade significativamente maior do que utilizando o teste *t-student* ($p=0,014$).

Quanto ao tempo de trabalho na instituição e a permanência no setor observou-se uma diferença significativa entre os pesquisados, sendo que os auxiliares/ técnicos apresentaram maior tempo de permanência no setor do que os enfermeiros ($p<0,001$). O percentual de enfermeiros com pós-graduação foi maior do que o de auxiliares/ técnicos de enfermagem (teste do qui-quadrado, $p<0,001$).

Quanto a jornada de trabalho 49,2% cumpriam a carga horária de 6 horas e 47,7%, de 12 horas por dia. O teste *t-student* mostrou uma diferença significativa entre os grupos quanto à carga horária de trabalho diária, sendo maior para os auxiliares/técnicos do que para os enfermeiros ($p= 0,018$).

Na tabela 2 segue a descrição da maior instrução na enfermagem apresentada pelos participantes e o tempo de formação na profissão.

Tabela 2: Distribuição dos participantes do estudo, segundo a maior formação e tempo de atuação na enfermagem. Campo Grande, MS, 2013 (n=197)

Variável	n(%)
Profissionais em enfermagem	197 (100,0%)
Maior formação em enfermagem	
Auxiliar	26 (13,2)
Técnico	122 (61,9)
Enfermeiro	49 (24,9)
Tempo de formação em enfermagem (anos)	
Até 10	120 (60,9)
11 a 20	55 (27,9)
21 a 30	14 (7,1)
Mais de 30	8 (4,1)

Fonte: A autora, 2014.

Na tabela 3, têm-se os dados informados pelos participantes quanto à formação educacional e quanto à capacitação, ao protocolo específico para a prevenção, tratamento para a UPP, dimensionamento dos profissionais das referidas clínicas e à autoavaliação do nível de conhecimento.

Tabela 3: Participantes do estudo, de acordo com a ocupação atual e as variáveis relacionadas à assistência, capacitação e nível de conhecimento sobre úlcera por pressão. Campo Grande, MS, Brasil, 2013 (n=197)

Variável	Ocupação atual		Total (n=197)
	Auxiliar/Técnico (n=166)	Enfermeiro (n=31)	
	n (%)	n (%)	n (%)
Avaliação do quadro clínico do indivíduo para definir o quantitativo de profissionais para assistência (p=0,176)*			
Sempre	25 (15,1)	5 (16,1)	30 (15,2)
Frequentemente	28 (16,9)	9 (29,0)	37 (18,8)
Raramente	32 (19,3)	9 (29,0)	41 (20,8)
Nunca	31 (18,7)	3 (9,7)	34 (17,3)
Desconhece	50 (30,1)	5 (16,1)	55 (27,9)
Existência de protocolo específico para prevenção da úlcera por pressão (p=0,006)*			
Não (p=0,005)***	41 (24,7)	16(51,6)	57(28,9)
Sim (p=0,947)***	19 (11,4)	4(12,9)	23 (11,7)
Desconhece (p=0,006)***	106 (63,9)	11(35,5)	117 (59,4)
Existência dos meios de se avaliar a assistência (p=0,018)*			
Não	92 (55,4)	10 (32,3)	102 (51,8)
Sim	74 (44,6)	21 (67,7)	95 (48,2)
Número de indivíduos que atende por período de			
6 horas/dia (p<0,001)**	3,19±0,24	26,00±3,00	6,78±0,78
12 horas/dia (p<0,001)**	5,77±0,23	22,52±3,00	8,40±0,69
Receberam capacitação específica de úlcera de pressão (p=0,497)*			
Sim	86 (51,8)	14 (45,2)	100 (50,8)
Não	80 (48,2)	17 (54,8)	97 (49,2)
A Instituição oferece capacitação para tratamento de úlcera de pressão (p=0,837)*			
Não	121 (72,9)	23 (74,2)	144 (73,1)
Sim	45 (27,1)	7 (22,6)	52 (26,4)
Sem informação	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (0,5)
Como considera o nível de conhecimento sobre úlcera de pressão (p=0,690)*			
Muito bom	16 (9,6)	4 (12,9)	20 (10,2)
Bom	102 (61,4)	21 (67,7)	123 (62,4)
Regular	43 (25,9)	5 (16,1)	48 (24,4)
Insatisfatório	5 (3,0)	1 (3,2)	6 (3,0)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta) ou em média ± erro padrão da média. * Valor de p no teste do qui-quadrado.

** Valor de p no teste t-student. *** Valor de p no teste z.

Fonte: A Autora, 2014.

Observa-se que, de maneira geral, não houve um consenso entre os participantes em relação à frequência com que acontece a avaliação do quadro clínico do cliente para se definir o número de profissionais necessários para a assistência. A maior parte dos participantes, 59,4%, desconhece que haja um protocolo específico para a prevenção de UPP.

Porém, quando comparados de acordo com a ocupação atual, diferiu em relação à resposta quanto à existência deste do protocolo de prevenção da UPP, sendo que um percentual maior de enfermeiros, 51,6%, afirmaram que este protocolo não existe, quando comparado com os auxiliares/técnicos, 24,7%. Por outro lado, um percentual maior de auxiliares/técnicos, 63,9%, relatou que desconhece a existência deste protocolo, quando comparados com os enfermeiros, 35,5%.

Dos 197 participantes, 51,8% afirmaram que não existem, em seu serviço, meios de se avaliar a assistência prestada. No entanto, o percentual diferiu entre a ocupação atual, sendo que os enfermeiros, 67,7%, relataram existir este mecanismo em relação aos 44,6% dos auxiliares/técnicos.

Cerca da metade dos participantes, 50,8%, recebeu algum tipo de capacitação específica relacionada à UPP; todavia, a maior parte deles, 73,1%, relatou que a instituição de sua lotação não oferece capacitação para tratamento da UPP. Porém, 62,4% deles consideraram que possuem um bom conhecimento sobre o assunto.

Segundo os pesquisados, a média de indivíduos atendidos em um período de seis horas foi de 6,78 ($\pm 0,78$), enquanto que em um período de doze horas/dia, foi de 8,40 ($\pm 0,69$), este número de indivíduos atendidos em um período de seis e 12 horas foi maior entre os enfermeiros, quando comparados aos auxiliares/técnicos (teste t-student, $p < 0,001$).

Nas Tabelas 4a, 4b e 4c, apresentam-se os resultados quanto à distribuição dos profissionais de enfermagem, de acordo com a porcentagem de acertos no teste de conhecimento.

Tabela 4a: Distribuição dos resultados após aplicação do teste de conhecimento dos participantes do estudo sobre a UPP- Parte I. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual		
	Auxiliar/Técnico (n=166)	Enfermeiro (n=31)	Total (n=197)
	n (%)	n (%)	n (%)
1-A úlcera por pressão na categoria III se apresenta com uma perda parcial da derme superficial e de coloração rosa. (p<0,001)* (F)			
Certo	82 (49,4)	26 (83,9)	108 (54,8)
Errado	84 (50,6)	5 (16,1)	89 (45,2)
2-Na Categoria I a úlcera por pressão é caracteriza por uma pele intacta, com hiperemia não reativa. No entanto em pele de pigmentação escura a área pode estar dolorosa, dura e com alteração de temperatura. (p=0,503)* (V)			
Certo	112 (67,5)	19 (61,3)	131 (66,5)
Errado	54 (32,5)	12 (38,7)	66 (33,5)
3-A perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos, frequentemente cavitadas e fistulizadas, é assim descrita como uma úlcera de categoria IV. (p=0,014)* (V)			
Certo	114 (68,7)	28 (90,3)	142 (72,1)
Errado	52 (31,3)	3 (9,7)	55 (27,9)
4-Uma úlcera por pressão com perda total da espessura dos tecidos, que apresente tecido desvitalizado no leito da ferida, não pode ser determinada a sua real profundidade, pois é considerada como uma úlcera de categoria inclassificável. (p=0,529)* (V)			
Certo	35 (21,2)	5 (16,1)	40 (20,3)
Errado	131 (78,9)	26 (83,9)	157 (79,7)
5-Nas regiões nas quais não há tecido subcutâneo (adiposo) como asa de nariz, orelhas, região occipital e maléolos, a úlcera por pressão classifica-se como categoria I. (p=0,068)* (F)			
Certo	57 (34,3)	16 (51,6)	73 (37,1)
Errado	109 (65,7)	15 (48,4)	124 (62,9)
6-Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como cobertura biológica natural e não deve ser removida. (p=0,998)* (V)			
Certo	75 (45,2)	14 (45,2)	89 (45,2)
Errado	91 (54,8)	17 (54,8)	108 (54,8)
7-Somente o enfermeiro deve receber capacitação/atualização sobre prevenção, tratamento do indivíduo com úlcera por pressão. (p=0,062)* (F)			
Certo	149 (89,8)	31 (100,0)	180 (91,4)
Errado	17 (10,2)	0 (0,0)	17 (8,6)
8-A avaliação de risco realizada, em um indivíduo para desenvolver úlcera por pressão, deve ser registrada e documentada no prontuário em formulário específico, para facilitar o acompanhamento da evolução do indivíduo hospitalizado. (p=0,062)* (V)			
Certo	149 (89,8)	31 (100,0)	180 (91,4)
Errado	17 (10,2)	0 (0,0)	17 (8,6)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado.

Fonte: A Autora, 2014.

Tabela 4b: Distribuição dos resultados após aplicação do teste de conhecimento dos participantes do estudo sobre a UPP- Parte II. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual		
	Auxiliar/Técnico	Enfermeiro	Total
	(n=166)	(n=31)	(n=197)
	n (%)	n (%)	n (%)
9-Para a avaliação adequada do indivíduo em relação ao risco de desenvolver úlcera por pressão é necessário que se utilize uma escala que já tenha sido validada, assim como, a realização da avaliação clínica e da pele. (p=0,085)* (V)			
Certo	142 (85,5)	30 (96,8)	172 (87,3)
Errado	24 (14,5)	1 (3,2)	25 (12,7)
10-Entre os fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão destacam-se: indicadores nutricionais; Perfusão; Oxigenação; Umidade da pele; Idade avançada; Fricção; Percepção sensorial; Temperatura corporal e estado geral. (p=0,360)* (V)			
Certo	153 (92,2)	30 (96,8)	183 (92,9)
Errado	13 (7,8)	1 (3,2)	14 (7,1)
11-Durante o processo de admissão do indivíduo na unidade de internação, o mesmo, deve ser avaliado quanto ao risco para desenvolvimento da úlcera por pressão. (p=0,082)* (V)			
Certo	151 (91,0)	31 (100,0)	182 (92,4)
Errado	15 (9,0)	0 (0,0)	15 (7,6)
12-Durante a permanência do indivíduo e na unidade de internação, cabe apenas ao enfermeiro a reavaliação frequente do risco para desenvolvimento da úlcera por pressão. (p=0,122)* (F)			
Certo	137 (82,5)	29 (93,5)	166 (84,3)
Errado	29 (17,5)	2 (6,5)	31 (15,7)
13-A dor é o primeiro sinal do aparecimento da úlcera por pressão (p=0,009)*			
Certo	111 (66,9)	28 (90,3)	139 (70,6)
Errado	55 (33,1)	3 (9,7)	58 (29,4)
14-Os procedimentos invasivos como cateteres, tubos endotraqueais e próteses como colar cervical e aparelhos gessados são considerados fatores extrínsecos de causa da úlcera por pressão (p=0,108)* (V)			
Certo	92 (55,4)	22 (71,0)	114 (57,9)
Errado	74 (44,6)	9 (29,0)	83 (42,1)
15-Deve fazer parte do relatório de enfermagem a avaliação clínica e da pele do indivíduo, o risco apresentado pelo mesmo e medidas empregadas na prevenção. (p=0,364)* (V)			
Certo	146 (88,0)	29 (93,5)	175 (88,8)
Errado	20 (12,0)	2 (6,5)	22 (11,2)
16-Deve ser realizada massagem ou esfregar vigorosamente a pele na presença de inflamação aguda ou pele frágil. (p=0,032)* (F)			
Certo	135 (81,3)	30 (96,8)	165 (83,8)
Errado	31 (18,7)	1 (3,2)	32 (16,2)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado.

Fonte: A Autora 2014.

Tabela 4c: Distribuição dos resultados após aplicação do teste de conhecimento, dos participantes do estudo sobre UPP- Parte III. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual		
	Auxiliar/Técnico (n=166)	Enfermeiro (n=31)	Total (n=197)
	n (%)	n (%)	n (%)
17- O uso de emolientes para hidratar a pele do paciente, é uma ação que independente de outras medidas, utilizadas para prevenir a úlcera por pressão. (p=0,499)* (V)			
Certo	137(82,5)	24(77,4)	161(81,7)
Errado	29(17,5)	7(22,6)	36(18,3)
18-Os indivíduos com risco para úlcera por pressão devem ser referenciados para uma equipe multiprofissional (p=0,009)* (V)			
Certo	126 (75,9)	30 (96,8)	156 (79,2)
Errado	40 (24,1)	1 (3,2)	41 (20,8)
19-A diarreia é um fator que deve ser considerada para a suspensão da ingestão nutricional, pela enfermagem com o objetivo de prevenir o aparecimento da úlcera por pressão. (p=0,078)* (F)			
Certo	107 (64,5)	25 (80,6)	132 (67,0)
Errado	59 (35,5)	6 (19,4)	65 (33,0)
20-As recomendações quanto à redistribuição de pressão, ou seja, mudança de decúbito, deve ser oferecida a todos os clientes e ou acompanhantes, independente do motivo e unidade de internação (p=0,672)* (V)			
Certo	134 (80,7)	24 (77,4)	158 (80,2)
Errado	32 (19,3)	7 (22,6)	39 (19,8)
21-As ações empregadas na assistência de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera por pressão devem ser informadas ao indivíduo, familiar e ou cuidador. (p=0,463)* (V)			
Certo	160 (96,4)	29 (93,5)	189 (95,9)
Errado	6 (3,6)	2 (6,5)	8 (4,1)
22-A úlcera por pressão é considerada uma ferida estéril (p=0,567)* (F)			
Certo	126 (75,9)	25 (80,6)	151 (76,6)
Errado	40 (24,1)	6 (19,4)	46 (23,4)
23-A determinação da mudança de decúbito está relacionada à avaliação do risco do indivíduo em desenvolver a úlcera por pressão, superfície de apoio (colchão; almofada; cadeira). (p=0,372)* (V)			
Certo	144 (86,7)	25 (80,6)	169 (85,8)
Errado	22 (13,3)	6 (19,4)	28 (14,2)
24-Sentar o indivíduo em cadeira sem alívio de pressão por um tempo maior que 2horas (p=0,010)* (F)			
Certo	112 (67,5)	28 (90,3)	140 (71,1)
Errado	54 (32,5)	3 (9,7)	57 (28,9)
Total de acertos (p<0,001)**	17,39±0,25	19,64±0,27	17,74±0,22
Percentual de acertos (p<0,001)**	72,44±1,04	81,85±1,14	73,92±0,92

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado.** Valor de p no teste t-student.

Fonte: A Autora, 2014.

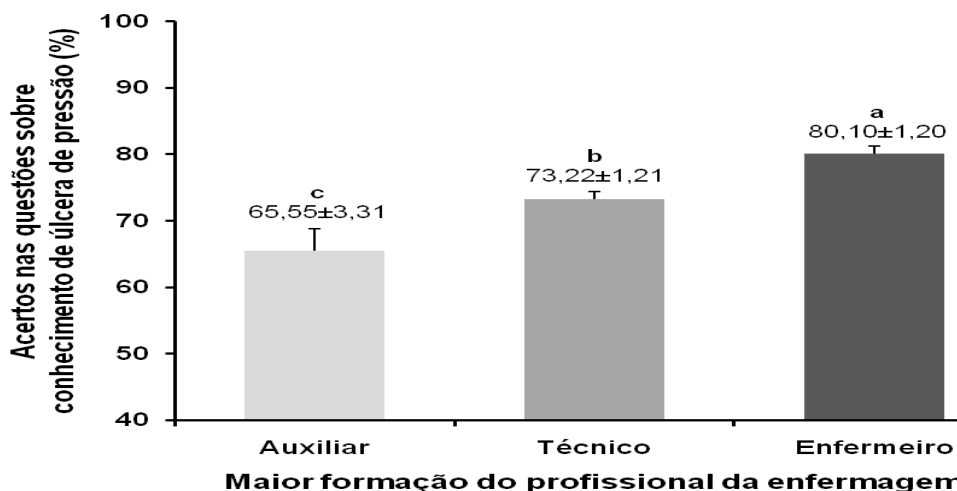
Dos 24 itens do instrumento utilizado, constatou-se que os enfermeiros apresentaram um percentual maior de respostas certas, em comparação com os auxiliares/técnicos, em relação às seguintes questões: A UPP na categoria III se apresenta com uma perda parcial da derme superficial e de coloração rosa (teste do qui-quadrado, $p < 0,001$); a perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos, frequentemente cavidadas e fistulizadas, é assim descrita como uma úlcera de categoria IV ($p = 0,014$); a dor é o primeiro sinal do aparecimento da UPP ($p = 0,009$); deve ser realizada massagem ou esfregar vigorosamente a pele na presença de inflamação aguda ou pele frágil ($p = 0,032$); os indivíduos com risco para UPP devem ser referenciados para uma equipe multiprofissional ($p = 0,009$); sentar o paciente em cadeira sem alívio de pressão por um tempo maior que 2 horas ($p = 0,010$).

Por outro lado, não houve diferenças significativas entre os acertos e erros dos participantes, em relação às seguintes questões: três das descrições das características da lesão (2, 4 e 5) entretanto, em duas das caracterizações houve uma pequena diferença, sendo que para a de categoria I o percentual de acertos foi 67,5% para os auxiliares/técnicos de enfermagem e de 61,3%, para o enfermeiro. Quanto à categoria inclassificável, 78,9% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e 83,9% dos enfermeiros não souberam identificá-la. Nas questões referentes ao tratamento não houve diferença significativas entre os participantes. Já em dez das questões relacionadas às medidas de prevenção para UPP (9,10,12,14,15,17,19,20,21,23) ocorreu uma pequena diferença no percentual de acertos e em três (7,8,11) os sujeitos atingiram um percentual satisfatório, com 90% de acertos para os auxiliares/técnicos de enfermagem em até 100% para os enfermeiros.

De forma geral, os enfermeiros apresentaram um percentual maior de acerto das questões relativas à UPP ($81,85 \pm 1,14\%$), quando comparados com os auxiliares/técnicos ($72,44 \pm 1,04\%$).

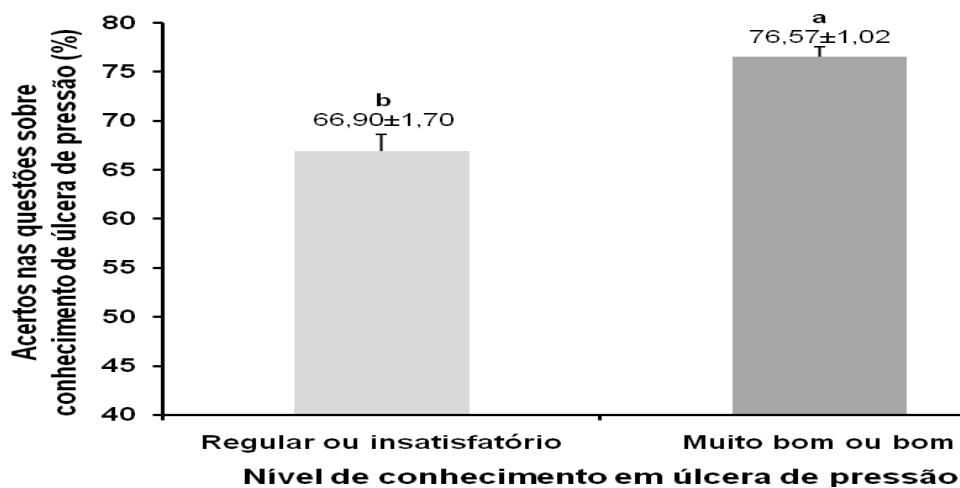
Também houve diferença significativa em relação ao percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de UPP, entre profissionais com sua maior formação como auxiliares, técnicos e enfermeiros, autoavaliação e tempo no setor estes resultados estão apresentados no Gráfico 1, 2 e 3.

Gráfico 1: Percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de UPP, entre os participantes do estudo, de acordo com maior formação em enfermagem. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



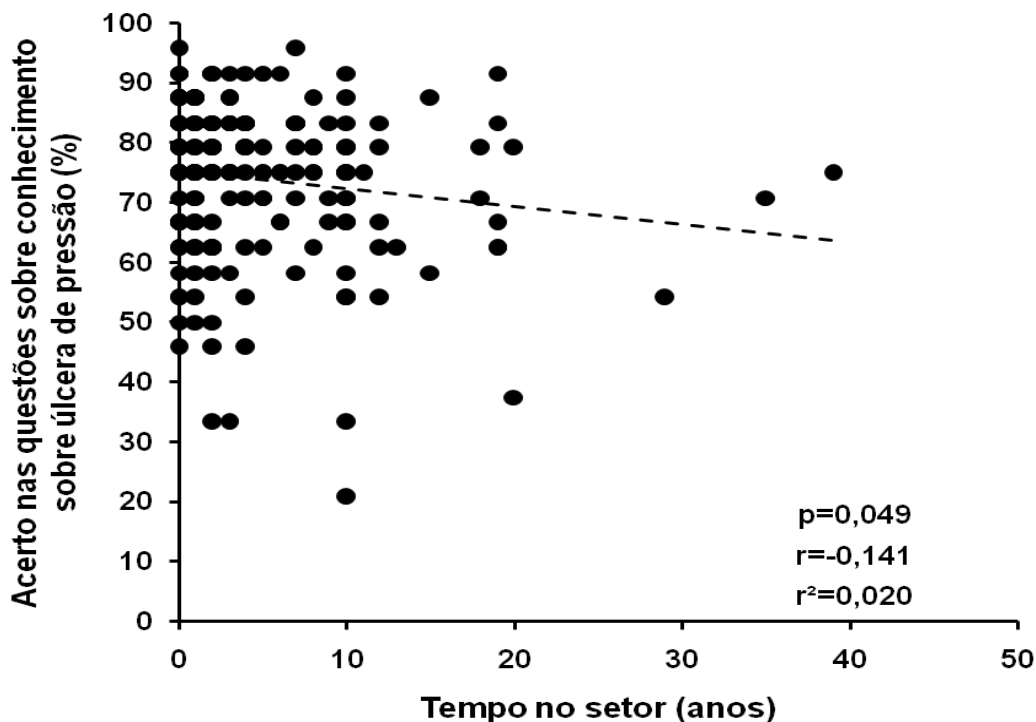
Cada coluna representa a média, a barra o erro padrão da média. Letras indicam diferença significativa entre os profissionais (teste ANOVA de uma via, $p < 0,001$, pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).
Fonte: A Autora, 2014.

Gráfico 2: Percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de UPP, comparados com a autoavaliação dos participantes do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média. Letras indicam diferença significativa entre os níveis de conhecimento (teste t-student, $p < 0,001$).
Fonte: A Autora, 2014.

Gráfico 3: Percentual de acertos nas questões sobre prevenção e tratamento de UPP em relação ao tempo de atuação dos participantes do estudo no setor. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Cada símbolo representa o percentual de acerto e o tempo de atuação no setor, para um único profissional. A linha tracejada representa a linha de regressão linear.
 Fonte: A Autora, 2014.

O gráfico de dispersão ilustra a correlação linear negativa, porém, fraca, entre o percentual de acertos nas questões sobre conhecimento de UPP e o tempo de atuação dos profissionais no setor de trabalho atual.

Os resultados referentes à distribuição dos participantes, de acordo com a frequência empregada na prática quanto à prevenção, tratamento ao indivíduo em risco e ou com UPP, estão representados nas tabelas 5a, 5b e 5c.

Tabela 5a: Distribuição dos resultados quanto à frequência empregada na prática dos participantes ao indivíduo em risco e com UPP- Parte I. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual		
	Auxiliar/Técnico (n=166)	Enfermeiro (n=31)	Total (n=197)
	n (%)	n (%)	n (%)
25-Higienizo as mãos antes do cuidado de um indivíduo com úlcera por pressão (p=0,179)*			
Sempre	140(84,3)	30 (96,8)	170(86,3)
Muitas vezes	24(14,5)	1(3,2)	25(12,7)
Raramente	2(1,2)	0 (0,0)	2(1,0)
Nunca	0 (,00)	0 (0,0)	0 (0,0)
26-Antes da realização da avaliação de risco e ou curativo da úlcera de decúbito você apresenta-se ao indivíduo, informa o procedimento e assegura-lhe a privacidade (p=0,616)*			
Sempre	134(80,7)	24(77,4)	158(80,2)
Muitas vezes	29(17,50)	7(22,6)	36(18,3)
Raramente	3(1,8)	0 (0,0)	3(1,5)
Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
27-Utilizo a mudança de decúbito de 2/2horas em todos os indivíduos com risco de desenvolver úlcera por pressão (0,803)*			
Sempre	84(50,6)	14(45,2)	98(49,7)
Muitas vezes	69(41,6)	14(45,2)	83(42,1)
Raramente	12(7,2)	3(9,7)	15(7,6)
Nunca	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Sem informação	1(0,6)	0 (0,0)	1(0,5)
28-Avalio a condição clínica do indivíduo para realizar a mudança de decúbito (p=0,789)*			
Sempre	92(55,4)	18(58,1)	110(55,8)
Muitas vezes	54(32,5)	11(35,5)	65(33,0)
Raramente	17(10,2)	2(6,5)	19(9,6)
Nunca	3(1,8)	0 (0,0)	3(1,5)
29-Para transferir e movimentar o indivíduo no leito utiliza um lençol e ou um forro como material de apoio (p=0,215)*			
Sempre	128(77,1)	21(67,7)	149(75,6)
Muitas vezes	33(19,9)	10(32,3)	43(21,8)
Raramente	5(3,0)	0(0,0)	5(2,5)
Nunca	0(0,0)	0(0,0)	0 (0,0)
30-Realizo o reposicionamento de decúbito do indivíduo, com o leito na posição de inclinação da cabeceira em 30° (p=0,773)*			
Sempre	67(40,4)	11(35,5)	78(39,6)
Muitas vezes	49(29,5)	38,7 (12)	31,0 (61)
Raramente	28(16,9)	12,9 (4)	16,2 (32)
Nunca	21(12,7)	4(12,9)	25(12,7)
Sem informação	0,6 (1)	0,0 (0)	0,5 (1)
31-Em indivíduos sentados em cadeiras mantenho o calcâneo elevado (0,062)*			
Sempre	61(36,7)	6(19,4)	67(34,0)
Muitas vezes	60(36,1)	14(45,2)	74(37,6)
Raramente	39(23,5)	7(22,6)	46(23,4)
Nunca	6(3,6)	4(12,9)	10(5,1)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado.

Fonte: A Autora, 2014.

Tabela 5b: Distribuição dos resultados quanto à frequência empregada na prática dos participantes ao indivíduo em risco e com UPP - Parte II. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual		
	Auxiliar/Técnico (n=166)	Enfermeiro (n=31)	Total (n=197)
	n (%)	n (%)	n (%)
32-Avalio as condições do colchão antes da admissão e durante a hospitalização do indivíduo em risco e/ou que já desenvolveu a úlcera por pressão (p=0,174)*			
Sempre	72(43,4)	8(25,8)	80(40,6)
Muitas vezes	42(25,3)	13(41,9)	55(27,9)
Raramente	41(24,7)	7(22,6)	48(24,4)
Nunca	11(6,6)	3(9,7)	14(7,1)
33-Nos casos de uso de sonda, cateteres e tubos aplico uma proteção contra pressão, além de manter um posicionamento adequado (p=0,122)*			
Sempre	101(60,8)	13(41,9)	114(57,9)
Muitas vezes	45(27,1)	15(48,4)	60(30,5)
Raramente	14(8,4)	2(6,5)	16(8,1)
Nunca	3(1,8)	1(3,2)	4(2,0)
Sem informação	3(1,8)	0(0,0)	3(1,5)
34-Em indivíduo acamado aplico em calcâneo um apoio para a prevenção de úlcera por pressão, como luvas com água ou ar, rodilhas de tecido (p<0,001)*			
Sempre (p<0,001)**	110(66,3)	9(29,0)	119(60,4)
Muitas vezes (p=0,060)**	44(26,5)	14(45,2)	58(29,4)
Raramente (p=0,033)**	7(4,2)	5(16,1)	12(6,1)
Nunca (p=0,215)**	5(3,0)	3(9,7)	8(4,1)
35-No indivíduo com incontinência urinária ou fecal, a higienização é realizada nos horários programados da rotina (p=0,157)*			
Sempre	66(39,8)	7(22,6)	73(37,1)
Muitas vezes	51(30,7)	11(35,5)	62(31,5)
Raramente	23(13,9)	4(12,9)	27(13,7)
Nunca	25(15,1)	9(29,0)	34(17,3)
Sem informação	1(0,6)	0(0,0)	1(0,5)
36-Avalio a úlcera por pressão identificando características do tecido, infecção, umidade, profundidade, borda da ferida, espaço morto e a pele ao redor da lesão (p=0,181)*			
Sempre	92(55,4)	23(74,2)	115(58,4)
Muitas vezes	43(25,9)	6(19,4)	49(24,9)
Raramente	19(11,4)	2(6,5)	21(10,7)
Nunca	12(7,2)	0(0,0)	12(6,1)
37-Sugiro a solicitação de exames quando necessário, considerando-se o quadro clínico do indivíduo com úlcera por pressão (p=0,194)*			
Sempre	35(21,1)	11(35,5)	46(23,4)
Muitas vezes	46(27,7)	8(25,8)	54(27,4)
Raramente	46(27,7)	9(29,0)	55(27,9)
Nunca	39(23,5)	3(9,7)	42(21,3)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado. ** Valor de p no teste z.

Fonte: A autora, 2014.

Tabela 5c: Distribuição dos resultados quanto à frequência empregada na prática dos participantes ao indivíduo em risco e com UPP - Parte III. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual do participante		
	Auxiliar/Técnico (n=166)	Enfermeiro (n=31)	Total (n=197)
	n (%)	n (%)	n (%)
38-Frente à presença de tecidos desvitalizados na úlcera por pressão realizo o debridamento/desbridamento (p<0,001)*			
Sempre (p=0,006)**	19(11,4)	10(32,3)	29(14,7)
Muitas vezes (p<0,001)**	17(10,2)	14(45,2)	31(15,7)
Raramente (p=0,900)**	26(15,7)	4(12,9)	30(15,2)
Nunca (p<0,001)**	103(62,0)	3(9,7)	106(53,8)
Sem informação	1(0,6)	0(0,0)	1(0,5)
39-Oriento os indivíduos e familiares quanto às causas e fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão (p=0,513)*			
Sempre	107(64,5)	18(58,1)	125(63,5)
Muitas vezes	42(25,3)	11(35,5)	53(26,9)
Raramente	11(6,6)	2(6,5)	13(6,6)
Nunca	6(3,6)	0(0,0)	6(3,0)
40-Em meu local de trabalho todo indivíduo que não deambula em razão de complicação da condição crônica da doença é iniciado a reabilitação e orientação sobre a prevenção e tratamento da ulcera por pressão (p=0,265)*			
Sempre	82(49,4)	11(35,5)	93(47,2)
Muitas vezes	50(30,1)	15(48,4)	65(33,0)
Raramente	27(16,3)	4(12,9)	31(15,7)
Nunca	7(4,2)	1(3,2)	8(4,1)
41-No meu local de trabalho a avaliação da pele é realizada e documentada, na admissão e durante o tempo de hospitalização de um individuo em risco (p=0,039)*			
Sempre(p=0,012)**	42(25,3)	1(3,2)	43(21,8)
Muitas vezes(p=0,344)**	47(28,3)	12(38,7)	59(29,9)
Raramente(p=0,972)**	51(30,7)	10(32,3)	61(31,0)
Nunca(p=0,269)**	26(15,7)	8(25,8)	34(17,3)
42-A orientação é feita pela equipe multiprofissional ao paciente, família e ou cuidador, durante a hospitalização e em seu preparo da alta, quanto à prevenção e ou cuidado com a úlcera por pressão (p=0,047)*			
Sempre (p=0,027)**	64(38,6)	5(16,1)	69(35,0)
Muitas vezes (p=0,025)**	58(34,9)	18(58,1)	76(38,6)
Raramente (p=0,903)**	37(22,3)	6(19,4)	43(21,8)
Nunca (p=0,798)**	6(3,6)	2(6,5)	8(4,1)
Sem informação	1(0,6)	0(0,0)	1(0,5)
43-O serviço disponibiliza as coberturas necessárias e indicadas conforme prescrição (p=0,261)*			
Sempre	48(28,9)	6(19,4)	54(27,4)
Muitas vezes	66(39,8)	10(32,3)	76(38,6)
Raramente	45(27,1)	12(38,7)	57(28,9)
Nunca	7(4,2)	3(9,7)	10(5,1)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado. ** Valor de p no teste z.

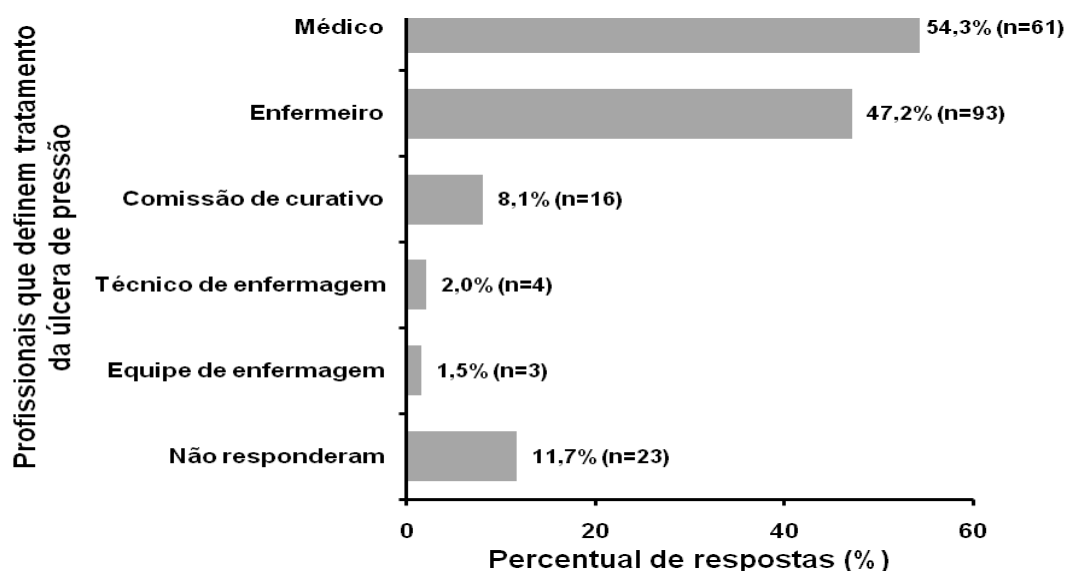
Fonte: A autora, 2014.

Observou-se a associação entre a ocupação atual dos profissionais auxiliares/técnicos e enfermeiros em relação às seguintes práticas assinaladas nas seguintes questões: em indivíduo acamado aplico em calcâneo um apoio para a prevenção de UPP, como luvas com água ou ar, rodilhas de tecido (teste do qui-quadrado, $p < 0,001$ – Sempre: proporção de auxiliares/técnicos maior que a de enfermeiros no teste z, $p < 0,001$; Nunca: proporção de enfermeiros maior que a de auxiliares/técnicos, $p = 0,033$); frente à presença de tecidos desvitalizados na UPP realizo o desbridamento ($p < 0,001$ – Sempre e Muitas vezes: proporção de enfermeiros maior que a de auxiliares/técnicos, $p = 0,006$ e $p < 0,001$, respectivamente; nunca: proporção de auxiliares/técnicos maior que a de enfermeiros, $p < 0,001$); no meu local de trabalho a avaliação da pele é realizada e documentada, na admissão e durante o tempo de hospitalização de um indivíduo em risco ($p = 0,039$ – Sempre: proporção de auxiliares/técnicos maior que a de enfermeiros no teste z, $p = 0,012$). A orientação é feita pela equipe multiprofissional ao paciente, família e ou cuidador, durante a hospitalização e em seu preparo da alta, quanto à prevenção e ou cuidado com a UPP ($p = 0,047$ – Sempre: proporção de auxiliares/técnicos maior que a de enfermeiros no teste z, $p = 0,027$; Muitas vezes: proporção de enfermeiros maior que a de auxiliares/técnicos, $p = 0,025$).

Por outro lado, não houve associação entre a ocupação atual dos profissionais auxiliares/técnicos ou enfermeiros em relação as demais práticas assinaladas pelos participantes da pesquisa.

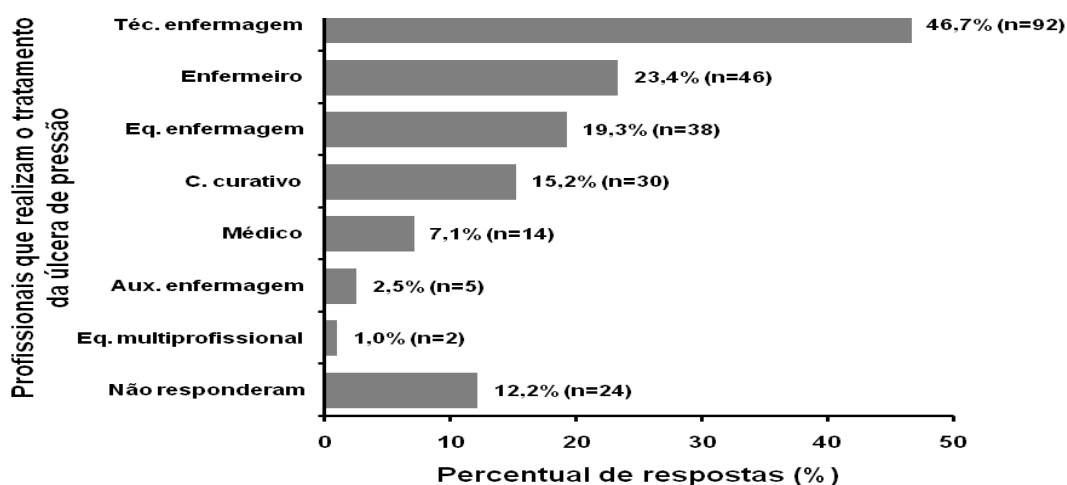
Quanto à gestão da assistência os elementos significativos foram agrupados por frequência de repetição do conteúdo, se presente a UPP, dos 197 entrevistados, 82,2% solicitam a avaliação de outros profissionais. Os resultados encontrados estão descritos nos Gráficos 4, 5, 6 e 7.

Gráfico 4: Distribuição dos profissionais que definem o tratamento das UPP segundo os participantes do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



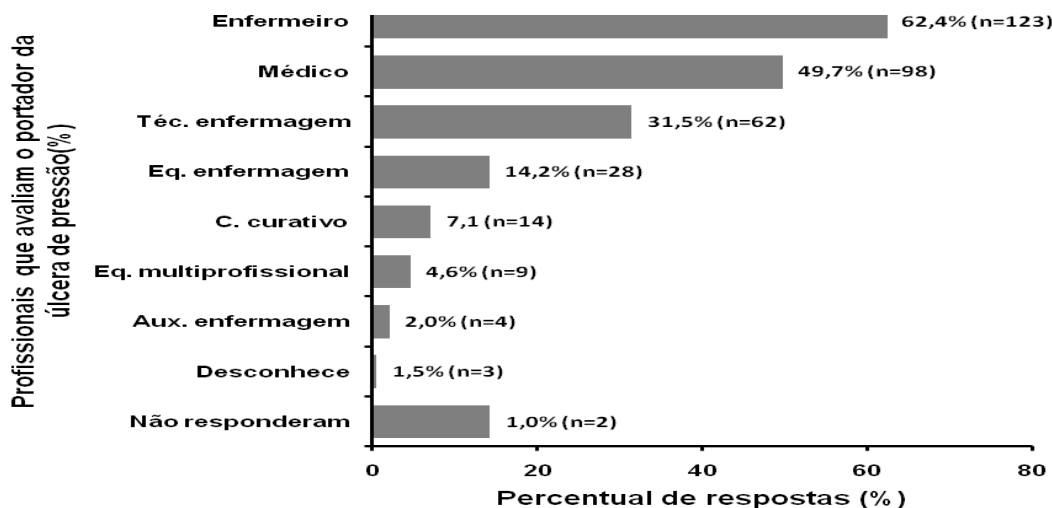
Fonte: A Autora, 2014.

Gráfico 5: Distribuição dos profissionais que realizam o tratamento das UPP segundo os participantes do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Fonte: A Autora, 2014.

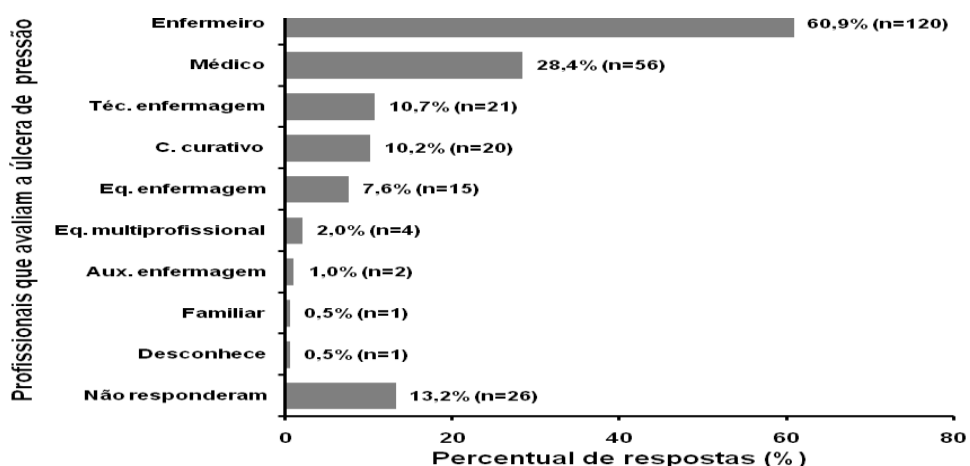
Gráfico 6: Distribuição dos profissionais que realizam a avaliação do indivíduo com a UPP segundo os sujeitos do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Fonte: A Autora, 2014.

Neste contexto, em relação à realização da avaliação do indivíduo, os pesquisados informaram que 62,4%, que é feita pelo enfermeiro, seguido de 49,7% pelo médico e 31,5%, pelo técnico de enfermagem.

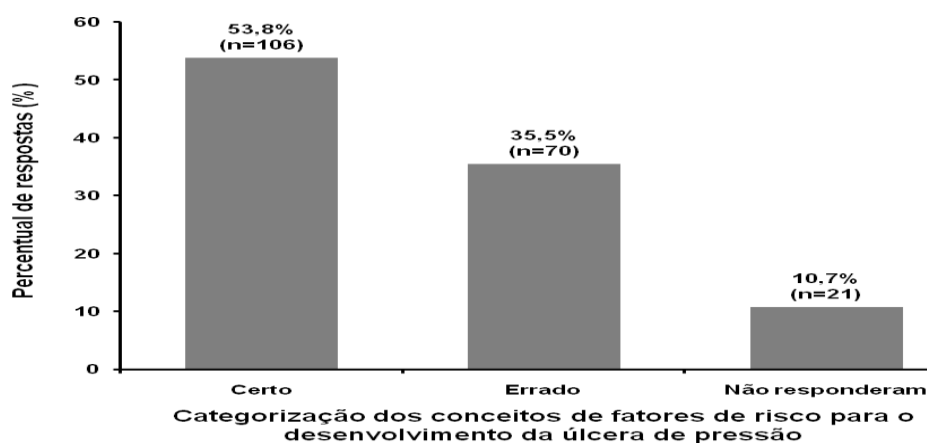
Gráfico 7: Distribuição dos profissionais que realizam a avaliação da UPP segundo os sujeitos do estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Fonte: A Autora, 2014.

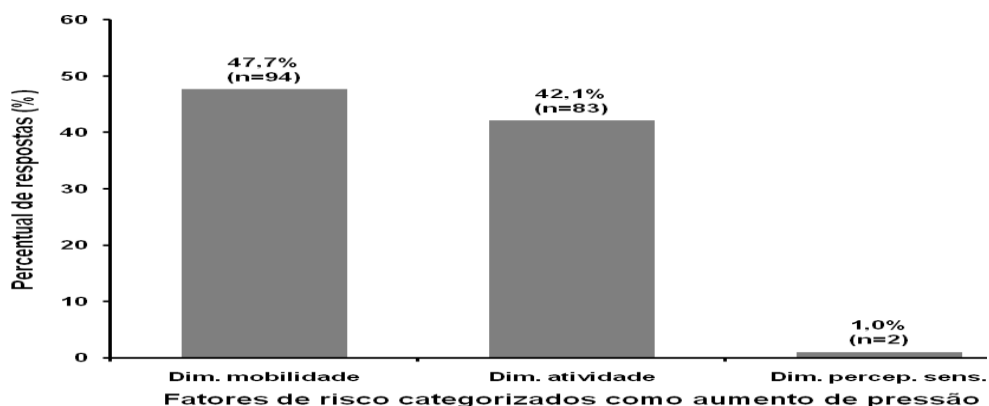
Em uma questão aberta para se investigar o conhecimento dos 197 participantes quanto à identificação de um indivíduo em risco de desenvolver a UPP, 91,0%, dos profissionais afirmaram que sabiam avaliar esses fatores. Dentre os elementos citados, todos foram analisados, segundo o referencial teórico, para serem categorizados como fatores extrínsecos e intrínsecos. Assim, estes resultados estão apresentados nos Gráfico 8, 9, 10 e 11.

Gráfico 8: Distribuição dos acertos e erros dos participantes do estudo em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento da UPP. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Fonte: A Autora, 2014.

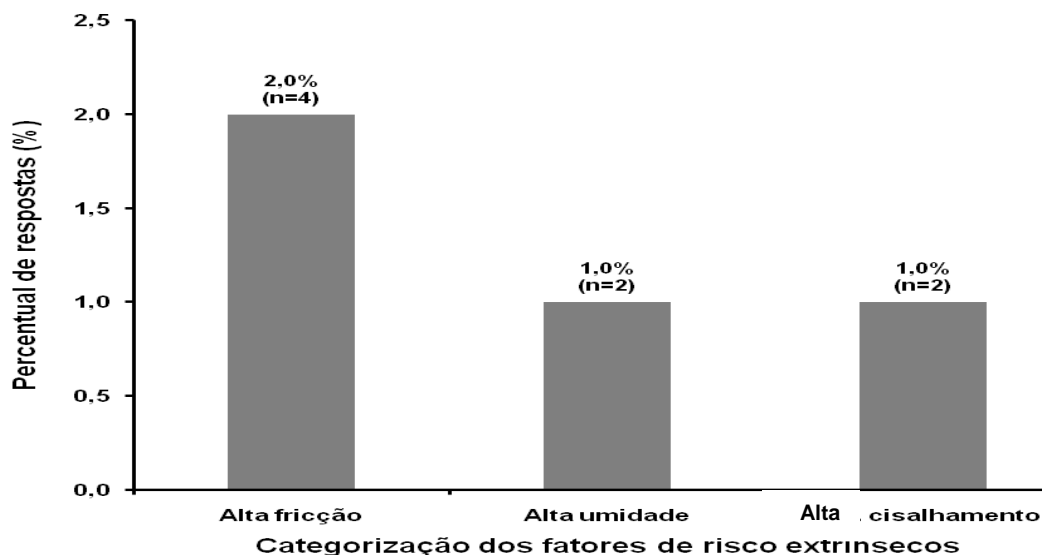
Gráfico 9: Distribuição dos fatores de risco citados pelos participantes do estudo relacionados ao aumento da pressão. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Nota: Dim. significa Diminuição.

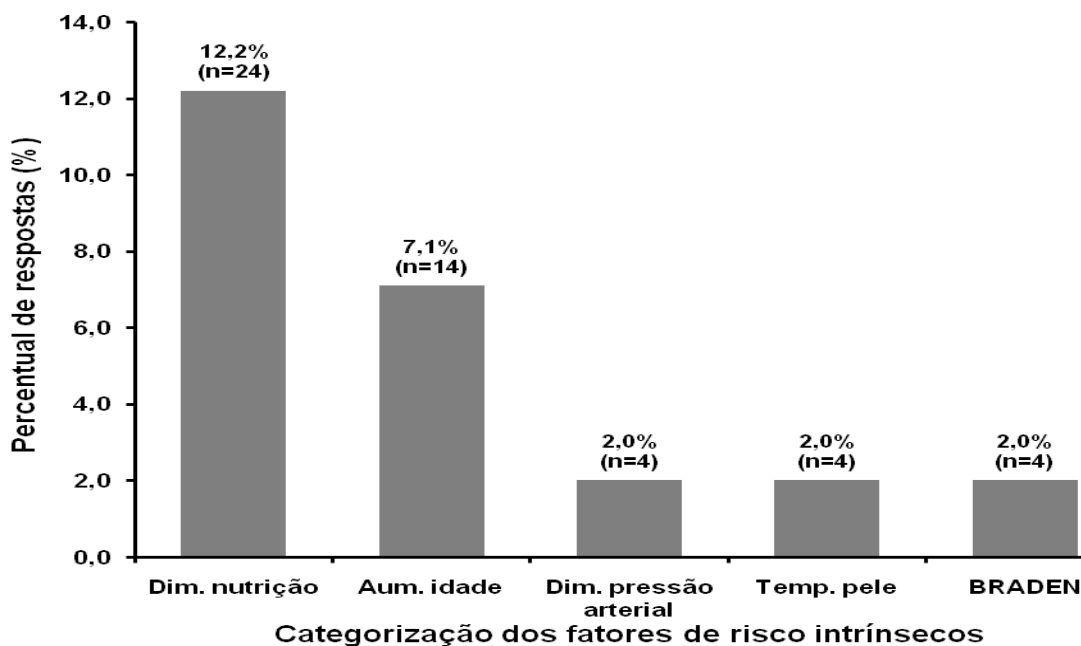
Fonte: A Autora, 2014.

Gráfico 10: Categorização de outros fatores de risco extrínsecos citados pelos participantes do estudo relacionados ao desenvolvimento da UPP. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Fonte: A Autora, 2014.

Gráfico 11: Categorização de outros fatores de risco intrínsecos citados pelos participantes do estudo relacionados ao desenvolvimento da UPP. Campo Grande, MS, Brasil, 2013. (n=197)



Nota: Dim. significa Diminuição/ Aum. significa Aumento / Temp. significa Temperatura.

Fonte: A Autora, 2014.

A distribuição dos sujeitos, de acordo com os elementos facilitadores e dificultadores para a implementação das medidas de prevenção da UPP, está apresentada na Tabela 6.

Tabela 6: Descrição dos elementos facilitadores e dificultadores para a implementação das medidas de prevenção UPP informados pelos participantes do estudo. Campo grande, MS, 2013. (n=197)

Variável	Ocupação atual		
	Auxiliar/Técnico (n= 166)	Enfermeiro (n= 31)	Total (n=197)
	n (%)	n= (%)	n (%)
Existem elementos facilitadores para a implementação das medidas de prevenção da úlcera por pressão? (p=0,087)			
Não	92(55,4)	12(38,7)	104(52,8)
Sim	74(44,6)	19(61,3)	93(47,2)
Elementos facilitadores	n=74	n=19	n=93
Processo de Trabalho (p=0,563)	43(58,1)	9(47,4)	52(55,9)
Recursos Humanos (p=0,043)	29(39,2)	13(68,4)	42(45,2)
Outros (p=0,531)	9(12,2)	4(21,1)	13(14,0)
Existem elementos dificultadores para a implementação das medidas de prevenção da UPP? (p=0,044)			
Não	44(26,5)	3(9,7)	47(23,9)
Sim	122(73,5)	28(90,3)	150(76,1)
Elementos Dificultadores	n=122	n=28	n=150
Falta de material (p=0,892)	86(70,5)	20(71,4)	106(70,7)
Sobrecarga de trabalho (p=0,176)	63(51,6)	19(67,9)	82(54,7)
Processo de trabalho (p=0,093)	23(18,9)	10(35,7)	33(22,0)
Recursos Humanos (p=0,103)	20(16,4)	9(32,1)	29(19,3)
Outros (p=0,233)	10(8,2)	5(17,9)	15(10,0)

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

* Valor de p no teste do qui-quadrado.

Fonte: A Autora, 2014.

De maneira geral, a maior parte dos entrevistados (52,8% - n=104) acredita que não existem elementos facilitadores para a implementação das medidas de prevenção da UPP.

Não houve associação entre a ocupação atual do profissional e a resposta sobre a existência de elementos facilitadores para a implementação das medidas de

prevenção da UPP. Todavia, o percentual de enfermeiros que respondeu serem os recursos humanos um dos elementos facilitadores foi significativamente maior do que aquele de auxiliares/técnicos que também consideraram os recursos humanos como elemento facilitador.

Não houve diferença significativa no percentual de respostas de enfermeiros e auxiliares/técnicos em relação ao elemento facilitador processo de trabalho ($p=0,563$) ou em relação a outros elementos facilitadores ($p=0,531$). De forma geral, o elemento facilitador mais citado foi o processo de trabalho (55,9% - $n=52$), seguido de recursos humanos (45,2% - $n=42$). Outros elementos facilitadores foram citados por 14,0% ($n=13$) entrevistados sendo estes, atuação da residência multiprofissional, acompanhamento diariamente do indivíduo hospitalizado, atuação do serviço social, dispositivo de alívio de pressão (colchão de ar) e presença do familiar.

Em relação aos elementos dificultadores, o percentual de enfermeiros que respondeu que eles existem foi significativamente maior do que aquele de auxiliares/técnicos. Porém, ambos os grupos não diferiram entre si em apontar os elementos dificultadores (valor de p variando entre 0,03 e 0,892). O elemento dificultador mais citado foi a falta de material (70,7% - $n=106$), seguido de sobrecarga de trabalho (54,7% - $n=82$), processo de trabalho (22,0% - $n=33$) e recursos humanos (19,3% - $n=29$). Outros fatores foram citados por 10,0% ($n=15$) dos entrevistados. Sendo estes a falta do cuidado integral, sistematização da assistência de enfermagem, (SAE), capacitação específica sobre o tema, falta do fisiopterapeuta na realização da mudança de decúbito, informação do familiar e a permanência junto aos indivíduos acamados, inexistência do protocolo de prevenção da UPP.

6. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados apresentados estará embasada no referencial teórico temático que foi discutido nesta pesquisa. As instituições que participaram desta pesquisa contribuem na formação de todas as categorias profissionais de enfermagem, sejam na formação do nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem) como a do nível superior, sendo o cenário de atividades práticas para as escolas técnicas e guarda-ção de quase todo o estado.

6.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

A assistência à saúde precisa ser planejada, considerando-se vários aspectos relacionados tanto ao indivíduo, quanto ao cuidado, ao serviço, à sua organização e ao profissional. Em relação a este último, têm-se preconizado de que as boas práticas assistenciais necessitam apoiar-se nas melhores evidências científicas disponíveis.

Alguns autores afirmam que os fatores que influenciam na utilização desses resultados pelos profissionais devem ser compreendidos, considerando-se aspectos físicos, cognitivos e ou psíquicos, afetivos, relacionais e ainda fatores correlacionados as condições de trabalho (LEMOS et al., 2010; SILVA, 2011; PIRES, 2013).

Sabe-se que o conhecimento, atitude e práticas dos profissionais, especialmente no que se refere à adoção de medidas preventivas frente a diferentes tipos de agravos, podem, em alguma medida, relacionar-se a características sociodemográficas, bem como às variáveis relativas à sua formação e atuação profissional, nível de conhecimento e à prática aplicada ao indivíduo.

Diante disto, os profissionais incluídos neste estudo, para fins de análise, foram alocados em dois grupos, sendo um formado por profissionais de nível médio (auxiliares / técnicos), o que corresponde a mais de 80% da amostra, e outra parte composta de profissionais de nível superior (enfermeiros) com pouco mais de 15%.

No Brasil, os auxiliares/técnicos de enfermagem continuam sendo a maioria na equipe de saúde, o que pode estar relacionado à existência de um grande número de escolas técnicas, devido ao investimento do governo federal nos cursos profissionalizantes (BORGUS et al., 2011).

Nos resultados encontrados neste estudo na Tabela 1, observou-se a predominância do sexo feminino entre os profissionais estudados. A feminização da

profissão já foi descrita em uma pesquisa nacional conduzida pelo Conselho Federal de Enfermagem, em 2011, na qual 87,24% dos profissionais atuantes eram mulheres (COFEN, 2013). Nesse contexto, o elemento importante da predominância deste gênero se dá ao fator cultural e às políticas de saúde, historicamente, voltadas ao cuidado preventivo da saúde da mulher. Nesse sentido, dificultando o campo de atuação e visibilidade do profissional do gênero masculino, que veem aos passos lentos ampliar-se sua presença na profissão (MACHIN et al., 2011).

Quanto à faixa-etária dos entrevistados, os dois grupos analisados apresentaram-se de forma heterogênea, sendo observado o predomínio de profissionais com média de idade inferior a 40 anos entre os profissionais de nível médio e abaixo de 30 anos entre os que possuem graduação. Dados estes semelhantes aos observados na literatura em estudos de Faustino et al. (2010); Valença et al. (2010); Silva et al. (2011), os quais encontraram em seus resultados uma idade média inferior a 27 anos para o enfermeiro. Porém, estudos internacionais retratam uma população com faixa etária semelhante à encontrada em nosso estudo, diferindo, inversamente entre as categorias (MIYASAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; DEMARRÉ et al., 2011; GUMINGBERG et al., 2013).

No Brasil, historicamente, a profissionalização da enfermagem iniciou-se com a educação fundamental, para atender a demanda imediata de mercado (BAGNATO et al., 2007). No entanto, a expansão da formação em nível superior ocorreu de forma expressiva nos últimos 20 anos, após a reformulação das políticas públicas da educação, sendo que o número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil passou de 106, em 1991, para 799 em 2011, o que representa um aumento de 754% (FERNANDES et al., 2013).

Somando-se ao avanço na oferta do ensino na enfermagem, foi encontrado um aumento progressivo no nível de instrução entre os pesquisados. Entre os profissionais de nível médio, quando questionados sobre a sua maior formação profissional, 14,2% deixaram de ser somente auxiliares de enfermagem, ocorrendo um acréscimo em torno de 5% para a maior formação como técnico de enfermagem e, um pouco mais de 9%, como enfermeiros. Quanto ao enfermeiro, observou-se que mais de 70% estão engajados nas diversas modalidades de pós-graduação, diferenciados estatisticamente dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Isso reflete uma tendência nacional, pois cada vez mais os trabalhadores buscam atender às demandas do

desenvolvimento econômico, tecnológico, político, social e cultural vivenciado pelo país (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 2008).

Entre os profissionais incluídos neste estudo, mais da metade possui tempo de formação profissional inferior a 10 anos, contrastando com algumas realidades nacionais e internacionais em que a maioria possui tempo de formação superior a este (BEECKMAN et al., 2010; MIYASAKI; CALIRI; SANTOS 2010; DEMARRÉ et al., 2011; GUNNINGBERG et al., 2013).

Considerando o crescimento da profissão nos últimos 20 anos, Fernandes et al. (2013) afirmam que, com essa diferenciação na formação, somada às mudanças na reorganização no nível de atenção à saúde, bem como a ampliação de serviços na rede privada, expandiram-se as oportunidades de trabalho.

Assim o profissional com novas vagas em concurso e processo seletivo diferenciado em uma das instituições, facilitou a busca por uma ascensão no campo de atuação, estabilidade empregatícia e, simultaneamente, estes profissionais que mudaram sua formação ampliaram o seu campo de atuação.

Observou-se uma diferença significativa de tempo de atuação no setor de trabalho, dos auxiliares/ técnicos de enfermagem quando comparados aos enfermeiros, sendo de 8 anos e 4 anos respectivamente. Faz-nos refletir sobre a pouca permanência destes profissionais enfermeiros nos setores, fato que pode ter uma relação com a estrutura organizacional, tipo de vínculo empregatício e as condições de trabalho, assim, esses fatores podem levar à evasão dos serviços de saúde, fragilizando a atitude e práticas com rotatividade de pessoal (JEONG; KURCGANT, 2010).

6.1.2 Características da formação educacional dos pesquisados quanto à UPP

A educação permanente em saúde trabalha com ferramentas que buscam reflexões sobre a prática cotidiana que, quando aplicadas, por si só, possibilitam mudanças nas relações, nos processos, nos atos e nas pessoas. Destacam Carotta, Kawamura e Salazar (2009) que essas estratégias causam impactos positivos sobre a saúde individual e coletiva da população. Jesus et al. (2011) evidenciam a importância do aperfeiçoamento, da atualização e da atitude crítica e reflexiva das situações

vivenciadas na área da promoção, prevenção e reabilitação da saúde, transformando o profissional de um mero expectador como o provedor desta ação.

Dentre os vários fatores investigados, um deles refere-se às oportunidades oferecidas pelas instituições aos seus profissionais, no que tange à capacitação para o cuidado aos indivíduos com UPP. Os resultados revelaram que as instituições não oferecem capacitação sobre o tema específico (UPP), informação que faz ponderar sobre a dificuldade de instituírem-se cuidados preventivos e curativos as pessoas admitidas nestas instituições, uma vez que não são previstas atividades de aprimoramento dos conhecimentos e reflexão sobre as práticas em relação à UPP.

Jesus et al. (2011) enfatizam que a educação continuada e a educação permanente possibilitam as melhores práticas profissionais e minimizam as lacunas da formação, proporcionando, assim, uma assistência humanizada e com menor probabilidade de ocorrer os eventos adversos.

Na evolução da ciência e tecnologia, a área de saúde é a que mais se encontram medidas e ações inovadoras diariamente, não diferentes neste contexto de prevenção e tratamento do indivíduo em risco e com UPP. Desse modo, uma das medidas seguras e viáveis para a redução deste agravo é o emprego de ações referentes à educação em saúde do indivíduo e cuidador e da educação permanente/continuada do profissional. Percebe-se que nas instituições de saúde, ainda existe grande dificuldade de comunicação e participação social nos processos de gestão.

Atualmente, o desenvolvimento de competências tem sido perseguido na formação de profissionais de saúde, entendendo-se que o conceito de competência engloba o conhecimento, as habilidades e atitudes deste profissional (ROEHRS; MALAGUTTI, 2011; MANETTI et al., 2012). As possibilidades de capacitação de profissionais de saúde devem, portanto, possibilitar a atualização técnico-científica, teórica e prática, bem como propiciar avanços em habilidades relacionais.

Ao longo dos anos, organizações internacionais, como a EPUAP, NPUAP e OMS, além do Ministério da Saúde, voltam seus olhares para alguns agravos que podem influenciar as condições de saúde das pessoas e que, em alguma medida, impactam no cuidado oferecido pelos profissionais e serviços.

No caso da UPP, as diretrizes internacionais, para prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo com este agravo, foram publicadas há mais de 20 anos,

atualizadas pela última vez em 2009, estando disponíveis, por meio eletrônico, como um guia rápido para uso na prática clínica (EPUAP/ EPUAP, 2009a, 2009b).

No Brasil, recentemente, foi criado um protocolo de prevenção da UPP, por meio de uma portaria que se instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Corroborando a importância do uso de diretrizes, a implantação de protocolos de prevenção significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais e a chave para um resultado de sucesso, com a intervenção de prevenção e a redução da ocorrência e complicações da UPP (SANTOS et al., 2010; SILVA et al., 2010). Estudos destacam a eficácia de protocolos de prevenção com a restrição na gravidade das lesões em 79% (LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007) e com a diminuição da incidência da UPP de 41,2% para 23,1%, após a aplicação de avaliação de risco e protocolo de prevenção da UPP (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Observou-se, na Tabela 3, uma diferença significativa entre os grupos, quando questionados sobre a existência de um protocolo de prevenção da UPP em sua instituição, sendo que mais de 60% dos auxiliares/técnicos garantiram desconhecer a existência de um protocolo e um pouco mais da metade dos enfermeiros afirmaram a não existência do mesmo. A mesma constatação foi feita por Strang e Lindegren (2010) em um hospital escola na Suécia, quando 68,8% referiram não existir rotinas de avaliação de risco e ou protocolo e ainda 22,6% não sabiam com certeza confirmar a existência.

Segundo Manenti et al. (2012), esse resultado remete pensar em falha no processo gerencial na dimensão comunicativa. O desencontro dessas informações dificulta as relações entre as equipes de saúde, a melhoria na qualidade da assistência e, ainda, opõe-se ao que preconiza a política de educação permanente, cujo foco é desenvolver a produção do aprendizado relativo às intervenções, na destreza em habilidades e a influência em ato das práticas (CECCIM, 2005; ACIOLI, 2008; CAROTTA, KAWAMURA, SALAZZAR, 2009; LESSMAN et al., 2012).

Com as novas tendências na gerência dos serviços de saúde, que vêm se destacando na última década, é evidente que as organizações precisam acompanhar, continuamente, e adaptar-se a elas, com certa flexibilização no processo de trabalho, que possa interferir diretamente no perfil dos profissionais (MANENTI et al., 2012).

Se a prevenção da UPP não é fácil, o tratamento de uma lesão instalada é muito mais difícil, de modo que a prevenção tem caráter prioritário quanto aos vários fatores desencadeantes. Para se atingir a evolução do processo de cuidar, faz-se necessário compreender a multicausalidade do surgimento da lesão, para assim se minimizar os danos físicos, psíquicos e sociais ao indivíduo.

A complexidade da manifestação da lesão nos remete à necessidade do desenvolvimento de um senso crítico e reflexivo sobre a importância da avaliação clínica sistematizada do indivíduo, que contemple os vários fatores envolvidos no aparecimento da lesão e ao bem-estar do indivíduo hospitalizado.

Além disso, torna-se imprescindível considerar os aspectos relativos à missão institucional, seu comprometimento e respeito às atribuições legais de assegurar as condições para uma assistência de qualidade, pautadas na responsabilidade ética e técnica de cada profissional envolvido, seja no planejamento ou na execução do plano de cuidado (AYALA, 2008; FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008; CHIANCA et al., 2010; DEMARRÉ et al., 2011).

Para se definir estratégias voltadas a uma política de gerenciamento de prevenção da UPP, alguns fatores são determinantes. Santos et al. (2007) referem que se deve instituir, prioritariamente, a caracterização clínica do indivíduo, ao passo que Cremasco (2009) e Nogueira et al. (2013) enfatizam que o grau de dependência do indivíduo e o tempo estimado de cada procedimento tornam-se importantes indicadores de gestão da assistência e de pessoas, resultando em um cuidado seguro ao indivíduo.

No presente estudo, observou-se na Tabela 3 que um dos indicadores supracitados - a avaliação clínica do indivíduo - foi referido por uma pequena parcela dos enfermeiros como sendo sempre utilizado, enquanto que um terço dos auxiliares/técnicos de enfermagem informou que este indicador nunca é utilizado na rotina do serviço. Resultado este que faz refletir sobre a responsabilidade no cotidiano do profissional enfermeiro como gestor da assistência ofertada pelos demais membros da equipe de enfermagem e, ainda, em dimensionar os profissionais necessários ao cuidado (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008; SOUZA et al., 2010).

Soldevilla et al. (2007), Lima e Guerra (2011) enfatizam que a inadequação do quantitativo de profissionais em uma equipe de enfermagem dificulta a tarefa de estimar o custo real da prevenção e tratamento da UPP ao sistema de saúde, ocultando-se, assim, os gastos dispensados a este problema. Além disso, Nascimento

et al. (2008) referem que o número insuficiente de profissionais interfere negativamente na segurança dos indivíduos institucionalizados, aumentando sua condição de vulnerabilidade.

Das questões referentes ao conhecimento sobre prevenção da UPP, a avaliação de risco é reconhecida como o primeiro passo, seguida da adoção de outras medidas preventivas (EPUAP/ NPUAP, 2009a). Quando questionados sobre a autoavaliação na identificação de risco, mais da metade dos profissionais pesquisados afirmaram saber identificar esses fatores, dados encontrados na figura 8, 9, 10, e 11.

Entretanto, observou-se que entre os profissionais que se consideraram capazes de identificar os riscos de um indivíduo desenvolver UPP, apenas metade dos pesquisados reconheceu como um dos fatores extrínsecos o aumento da pressão local, uma parcela mínima dos profissionais informou a fricção, umidade e cisalhamento como responsáveis pelo desenvolvimento da UPP, menos de 13% dos entrevistados associou o risco de UPP a outros fatores intrínsecos como a diminuição da nutrição, aumento da idade, temperatura da pele e diminuição da pressão arterial e um pouco mais de 10% de todos os pesquisados não responderam.

Quanto à avaliação de risco, os dados revelam um fato de grande preocupação, quando um número significativo de profissionais não souberam enumerar e ou deixaram de informar como realiza esta identificação, demonstrando lacunas das medidas utilizadas no processo do cuidado. Este, por sua vez tem como objetivo principal a avaliação sistemática e individualizada, associando a identificação do indivíduo e os diversos fatores que os predispõe ao surgimento da lesão, preconizando prioritariamente a prevenção da UPP, em toda qualquer condição clínica que se encontre as pessoas susceptíveis (SILVA et al., 2010; BRANDÃO; SANTANA; SANTOS, 2013).

A investigação epidemiológica tem aumentado nos últimos anos e, assim, tem-se evidenciado uma melhor compreensão dos fatores de risco. EPUAP/NPUAP (2009a) enfatiza que esta avaliação de risco deve ser sustentada na prática. Já Salomé (2010, 2011) afirma que o uso desta dinâmica de identificação no cotidiano pode contribuir com a prevenção, na redução da ocorrência e complicações nas lesões pré-existentes, reforçando que esta é uma ferramenta eficaz, de grande valia para nortear as ações e melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem. Fernandes, Torres e Vieira (2008), em seu estudo, delinearam os fatores de risco, em 40 pacientes de UTI foram encontrados 88 variáveis, sendo 32 condições predisponentes,

27 fatores intrínsecos e 29 extrínsecos, reforçando a necessidade de uma avaliação minuciosa dos indivíduos institucionalizados.

Assim, é imprescindível que os profissionais tenham um olhar clínico para identificar o indivíduo com maior risco, associado ao uso de um instrumento validado e de conhecimento por toda a equipe, facilitando a execução das medidas que possam atenuar o aparecimento da UPP.

6.2 Conhecimentos dos sujeitos do estudo sobre a categorização, prevenção e tratamento de UPP

Ceccim (2005) infere que o conhecimento é a capacidade de reter informações, uma mistura de experiência e habilidade que, somada com a prática, nada mais é que a aplicação de regras que levam à execução da ação, buscando-se, assim, alcançar a qualidade da assistência por excelência.

Neste estudo, um dos objetivos foi identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a prevenção e tratamento de UPP.

Desenvolver profissionais e melhorar o nível do cuidado à saúde beneficiam tanto os trabalhadores, como pessoas que buscam atendimento. Acredita-se que o investimento na equipe de assistência e a prática baseada nas melhores evidências auxiliam no aperfeiçoamento dos critérios e qualidade do cuidado.

Nas bases de dados, foram encontrados poucos estudos que tinham como foco a investigação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre programas abrangentes em toda a esfera do cuidado dispensado ao indivíduo em risco ou com UPP. Niederhauser et al. (2012), em uma revisão sistemática de 1995 a 2010, encontraram em apenas quatro artigos a abordagem na implementação e iniciativas quanto às melhores práticas de prevenção, tratamento, avaliação do nível de conhecimento da equipe, políticas existentes e processo de atendimento.

Neste estudo, a exemplo das diretrizes internacionais, destaca-se a necessidade de que o indivíduo institucionalizado seja tratado como um ser holístico, recebendo cuidado multiprofissional pautado na integralidade da assistência, (EPUAP/NPUAP, 2009a; LEMOS et al., 2010).

Pouco mais de 60% de todos os profissionais estudados considerou possuir um bom nível de conhecimento específico sobre a UPP. Para o conhecimento ser considerado satisfatório, esperava-se percentual de acerto igual ou superior a 90%. No entanto, observou-se entre os participantes enfermeiros e auxiliares/técnicos de

enfermagem este percentual de acerto um pouco mais de 80% e 70% respectivamente, resultado considerado inferior ao esperado.

Vale ressaltar que os resultados obtidos neste estudo não diferem de vários outros estudos nacionais e internacionais. Em destaque, Hidalgo et al. (2007), em uma revisão, selecionaram 18 artigos, neles, encontraram um valor médio de conhecimento em torno de 70%, com um intervalo entre 73 e 85% para prevenção e 56 a 78% para tratamento de indivíduos com UPP. Miyazaki, Caliri e Santos (2010) descrevem o percentual de acertos de 79,4% para o nível de conhecimento dos enfermeiros e de 73,6%, dos auxiliares/ técnicos de enfermagem, dados que corroboram este estudo, apontando déficits de conhecimento das evidências, o que dificulta uma abordagem sistemática de prevenção com o intuito de reduzir o problema.

Quanto ao conhecimento sobre prevenção e tratamento empregados ao indivíduo em risco e com UPP, houve uma diferença significativa quanto ao maior grau de instrução e o percentual de acertos escalonado, sendo o de maior acerto para os enfermeiros, seguidos dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Acioli (2008) reforça que os sujeitos possuidores do saberes diferentes devem se articular a partir de interesses comuns.

Desse modo, cabe ao enfermeiro avaliar e reorientar as ações de educação permanente a serem empregadas a partir da realidade e necessidades identificadas, com o objetivo de melhoria na assistência. Neste contexto, a complementaridade do cuidado deve haver entre as categorias, assim como a articulação com cada profissional, vislumbrando uma prática eficiente, ética e integral ao indivíduo. Assim, verifica-se a necessidade da busca constante de alguns princípios que embasem as ações de todos os profissionais, que juntas, quando bem executadas, demonstram a excelência do cuidado (ROERS; MALAGUTTI, 2011).

Observou-se que o menor percentual de acertos nas questões sobre prevenção e tratamento do indivíduo em risco ou com UPP foi estatisticamente diferente entre os profissionais com maior tempo no setor, este fator tempo pode levar à complacência sobre a atualização e a estagnação do profissional como agente de mudança no processo de cuidar.

Chianca et al. (2010), em seu estudo, encontraram que os profissionais com mais anos de experiência tiveram uma correlação fraca quando comparados com os que tinham menos experiência. Dessa maneira, afirmam que os profissionais no Brasil não são obrigados a seguir uma plano de educação continuada ou permanente, para a

renovação da habilitação profissional. Lessmann et al. (2012) reforçam que a mudança se faz necessária na formação profissional, para a transformação da realidade do trabalho e do aprendizado significativo, estes precisam integrar o ensino-serviço, para que o profissional se aproprie do conhecimento e de atitudes para alicerçar a sua prática, com enfoque interdisciplinar e multidimensional.

Neste mesmo contexto, Saleh, Qaddumi e Antony (2012) constataram, em um estudo experimental, realizado por duas semanas, com intervenção de 6 horas/dia/duas sessões, que o conhecimento foi estatisticamente diferente no pós-teste e que ter mais anos de experiência melhora as atitudes e práticas; porém, diferem no percentual de conhecimento. Já Saleh, Al- Hussami e Antony (2013) encontraram que com anos de experiência foram significativamente maiores os acertos para a implementação do tratamento ($r= 0,03$) do que para a prevenção ($r=0,01$). Em uma revisão sistemática em 14 bases de dados, Hidalgo et al. (2007) encontraram que a experiência profissional, aos extremos pouca (< 20anos) ou muita(>20anos) possuem um nível de conhecimento reduzido.

Ressalta-se que o conhecimento e ações na assistência à saúde devam estar sustentados nas melhores comprovações científicas e que sejam articulados com os profissionais e serviços, sendo que a falha em um destes aspectos pode interferir na qualidade do cuidado e, ainda, causar danos imensuráveis ao indivíduo, à equipe e ao sistema de saúde, bem como à sociedade.

Soldevilla et al. (2007) e Espíndola et al. (2011) inferem ainda que a ocorrência da UPP prolonga períodos de internação, diminui a rotatividade dos leitos e ainda pode levar a um aumento de reclamações ou implicações legais correlacionados com esse agravo.

Portanto, para a intervenção na incidência e/ou prevalência da UPP, faz-se necessário investigar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, pois são eles que recebem os indivíduos na admissão, ou seja, no dia zero de internação até a sua alta hospitalar, sendo que muitas vezes essa lesão transcende as barreiras físicas das instituições e persiste em seu convívio social.

Quanto ao conhecimento sobre a classificação e avaliação das UPP, o instrumento empregado neste estudo continha cinco itens de avaliação, observou-se que os profissionais enfermeiros apresentaram maior percentual de acertos em relação aos auxiliares/técnicos, nas questões que se referiram à descrição da UPP de categoria III e IV, segundo Gomes et al. (2013), a definição do estadiamento da lesão

é um procedimento que pode ser influenciado pelo nível de experiência e de conhecimento do profissional.

Evidencia-se, nesta questão, o reconhecimento dos profissionais ao extremo da característica da lesão. Fase em que se visualizam maiores danos aos tecidos, o que, por sua vez, requer intervenções técnicas como realizar curativo, que somados com a piora da evolução clínica, levam a uma subcategoria de infecções, resistência microbiana e complicações referentes à lesão e pode levar o indivíduo a óbito (DANTAS, 2013). Estes resultados são semelhantes aos estudos de Faustino et al. (2010); Valença et al. (2010); Fernandes e Amaral (2012); Gomes et al. (2013).

Ressalta-se que o profissional com domínio do conhecimento nem sempre está presente na assistência direta ao indivíduo, considerando que os enfermeiros apresentaram um percentual mais elevado de acertos relacionado aos do auxiliares/técnicos de enfermagem. Nesse sentido, a falta de uma orientação embasada cientificamente leva a equipe a praticar o cuidado de maneira empírica, baseada em crenças dos profissionais que tendem a adquirir atitudes imóveis, distanciando a enfermagem das práticas baseadas nas evidências científicas.

No entanto, este dado permite entender que o conhecimento deve ser igualitário entre os profissionais, pois cada um tem sua particularidade na função e assiste integralmente o indivíduo propenso ao aparecimento da UPP, tanto na interdisciplinaridade como no campo multiprofissional.

Quanto a outras descrições das UPP investigadas neste estudo (categorias I, nas regiões que não há tecido adiposo (III) e a inclassificável), os resultados encontrados foram inferior a 70% de acertos em ambos os grupos. Vale ressaltar que prioritariamente a categoria I da UPP não é rotineiramente identificada, como mostra uma pesquisa internacional multicêntrica realizada na Suécia por Gunningberg et al. (2013) entre os enfermeiros, auxiliares e graduandos em enfermagem, que atingiram apenas 55,5% de acertos quanto à classificação e avaliação da lesão na categoria I.

Esta categoria (I) ainda é confundida com outras lesões de pele, como descrito em alguns estudos, nos quais se evidenciou que esta é comumente confundida com dermatite associada à incontinência (fecal e/ou urinária), que na maioria das vezes resultará em intervenção tardia para a prevenção e tratamento e não agravamento da UPP (BEECKMAN et al., 2010; FAUSTINO, 2013).

Os resultados encontrados tanto neste estudo, quanto em estudos anteriores sobre a caracterização das UPP, fazem refletir sobre apenas o domínio técnico acerca

do tema e ainda o menor comprometimento e responsabilidade com seu desenvolvimento profissional, com difusão do saber científico e a articulação da teoria com a prática na integralidade da assistência.

O conhecimento sobre a caracterização das UPP é esperado entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, uma vez que essa caracterização foi padronizada há mais de 20 anos, e os profissionais da saúde ainda continuam despertos para esta problemática, com o cuidado centrado ao modelo biomédico, na produção de assistência tecnicista, desconsiderando as determinações iniciais do processo saúde-doença e na desvalorização da prevenção. Samuriwo (2010) reforça que os determinantes para a mudança de comportamento e das ações é a reavaliação de valores, que parece aumentar a consciência e valoração da prevenção, quando este profissional cuida de um indivíduo com esse agravo.

Torna-se um ponto chave para a mudança do modelo assistencial atual, outros métodos que se pautem pela responsabilização, vinculação e o ato do cuidado, centrado no indivíduo, em toda cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação (MALTA; MERHY, 2010).

Assim, faz-se necessário redesenhar o atual modelo de saúde, reforçando a necessidade da utilização pelos profissionais de saúde de estratégias de prevenção, classificação e tratamento das UPP, que seja defendido como relevante como qualquer outra intervenção clínica na lesão, pautado no indivíduo, iniciado prioritariamente pela avaliação, periodicidade de execução e da identificação dos fatores de risco para o surgimento das mesmas, reconhecido internacionalmente e que possa ofertar uma assistência sistematizada, humanizada e baseada em evidências científicas (EPUAP/NPUAP, 2009a, 2009b).

Considera-se que, para a redução da ocorrência de UPP e suas graves consequências, é fundamental que os profissionais façam a adesão de um protocolo de evidência clínica somada ao julgamento clínico, não deixando, a critério de cada profissional, diferentes condutas a serem adotadas (TIAGO et al., 2012).

Para se identificar o nível de conhecimento dos pesquisados quanto a algumas medidas específicas de prevenção da UPP, o instrumento aplicado neste estudo possuía 16 questões, observou-se que em apenas três questões não houve diferença estatística entre os participantes, sendo que percentual de acerto foi superior a 85%, sendo elas: a prática da avaliação de risco, informação das ações dos profissionais quanto à prevenção da UPP ao indivíduo e cuidador.

Dentre as medidas protocoladas mundialmente como parte integrante das ações de prevenção, foram utilizadas: o registro adequado e o uso de uma escala validada dos fatores de risco; a capacitação dos profissionais; a frequência da reavaliação de risco; a referência do indivíduo em risco de desenvolver a UPP para uma equipe multiprofissional e a formação e treino dos profissionais, indivíduo e cuidador para o alívio da pressão. O percentual de acerto dos profissionais manteve-se acima de 75%, não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, corroboram esses dados Valença et al. (2010); Ilesanmi, Ofi e Adejumo (2012).

No entanto, observa-se nesses resultados que o profissional enfermeiro tem uma porcentagem de acertos, na maioria dos itens, maior em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem. Porém, em quatro itens este resultado é invertido, apresentando um maior percentual de acertos para os auxiliares/técnicos de enfermagem em relação ao enfermeiro, nas questões de explicação das ações de enfermagem ao indivíduo, familiar ou cuidador, na determinação da mudança de decúbito relacionada à avaliação do indivíduo e superfície de apoio e ainda quando se afirma que o uso de emolientes na pele do indivíduo independe de outras medidas, assim como a educação em saúde de prevenção para os indivíduos e cuidadores. Lise e Silva (2007) afirmam que as medidas preventivas elencadas são de baixa tecnologia; porém, eficazes em manter a integridade da pele. Reforça ainda que não só enfermeiros, mas que toda a equipe multidisciplinar, deve se sentir envolvida e comprometida em conhecer e entender os mecanismos que permitem evitar este problema.

Assim, faz-se necessário redesenhar o atual modelo de saúde, de forma a atender as necessidades da população no que concerne à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na dimensão individual e coletiva (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Nos itens que buscaram avaliar o conhecimento sobre o alívio da pressão como medida de prevenção, notou-se o menor percentual de acerto tanto entre os auxiliares/técnicos de enfermagem como entre os enfermeiros, sendo que o uso de dispositivos médicos, como fator de risco extrínseco foi o fator menos citado pelos pesquisados, embora sejam estes identificados como causadores de danos por pressão pelas diretrizes EPUAP/ NPUAP (2009a). Estes resultados não diferem de alguns estudos, como o conduzido por Martins e Soares (2008), que identificaram em

apenas 60% dos pesquisados a preocupação com a manutenção da integridade da pele de indivíduos em uso de dispositivos médicos. Ainda Sant'Anna (2012), ao avaliar as ações de enfermagem antes e após uma intervenção educativa sobre a prevenção de UPP, encontrou que a utilização frequente do protocolo de cuidado para a prevenção de lesões devido ao uso destes dispositivos médicos passou de 0% para 40%.

As medidas preventivas utilizadas frente ao uso deste tipo de dispositivo são consideradas inovações e foram avaliadas e classificadas internacionalmente com alto nível de evidência, a importância destas na prática diária, bem como na investigação epidemiológica, é inquestionável, para sucesso da prevenção da UPP (EPUAP/NPUAP, 2009a).

A prevenção requer uma abordagem sistematizada que se inicie com a avaliação de risco e prossiga com a adoção de medidas apropriadas, o que envolve toda a equipe de saúde. Como estratégia para atenuar o problema, o desfecho das medidas preventivas depende do conhecimento e habilidades dos profissionais, visando um plano de ação para a utilização de recomendações para a prática baseada em evidência (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; VALENÇA et al., 2010; SOUZA et al., 2010). Reforçam Costa e Costa (2007) a importância do conhecimento da prevenção e a identificação dos agentes causadores da UPP, bem como a informação disseminada entre a equipe de saúde, indivíduo e comunidade, clarificando, assim, que a responsabilidade não é só da equipe de enfermagem, mas de todo o nível de atenção em que o indivíduo esteja inserido.

Quanto ao tratamento da UPP, a utilização da massagem em proeminência óssea foi identificada como prática errônea pela maioria dos profissionais de ambos os grupos, sendo que os enfermeiros apresentaram percentual de acerto significativamente maior que os profissionais auxiliares/ técnicos de enfermagem nesta questão. Vale ressaltar, a preocupação com o fato de que aproximadamente 20% dos profissionais auxiliares/técnicos de enfermagem sinalizaram realizar a massagem sobre proeminências ósseas, uma vez que esta prática é reconhecidamente prejudicial, uma técnica muito antiga e contraindicada pelas diretrizes. Ilesanmi; Ofi; Adejumo (2012) encontraram em seu estudo esta prática indesejada, em que 100% dos enfermeiros pesquisados afirmaram usar rotineiramente a massagem como medida de prevenção da UPP, sendo que ao contrário do efeito preventivo, esta

medida estimula ainda mais a lesão da microcirculação local, intensificando a resposta inflamatória (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Dados encontrados por Martins e Soares (2008) apontaram que, entre equipes de unidades de internação de indivíduos com afecção clínica e cirúrgica, 20% dos profissionais executam massagem como tratamento e ou reabilitação da UPP. Fernandes e Amaral (2012), ao pesquisarem uma equipe multiprofissional (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas), observaram que apenas 23,2% responderam corretamente sobre o uso desta medida. Contrastando com estes dados, Caballero (2012) encontrou, em uma equipe multiprofissional de um pronto socorro, um percentual de acertos superior a 60%, ressaltando, ainda, que algumas respostas para o tratamento vêm motivadas por repetição de intervenções dentro da rotina diária, repetição da prática sem base em conceitos teóricos e científicos, com uma rotina pré-estabelecida, fazendo-se apenas transferência de informações técnicas sem reflexão.

Faz-se necessária a socialização dos conhecimentos a partir de evidências e pesquisas científicas, de modo a promover a assistência fundamentada e visando à melhoria na qualidade e um cuidado humanizado (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Outra medida de tratamento que requer intervenção do profissional é em relação à dor; entretanto esta não deve ser considerada como o primeiro sinal da UPP, uma vez que a ocorrência de quadros algícos está em sua maioria associada a danos profundos na pele, em que medidas preventivas não seriam mais cabíveis (EPUAP/NPUAP, 2009b). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no percentual de acertos para esta questão, sendo que os enfermeiros demonstraram maior conhecimento do que os auxiliares/técnicos de enfermagem.

A dor não deve ser reconhecida como indicador de risco para UPP, considerando-se que estas lesões em muitos casos são silenciosas em indivíduos com mobilidade e sensibilidade prejudicadas, estes permanecem em risco constante ao longo de suas vidas (HENZEL et al., 2011). Um exemplo disso tem-se nos adultos e jovens que passam a vida acometida pela ausência de sensibilidade e sem apresentar a dor, acometidos por uma lesão aguda ou a cronificação desta na medula, em que, muitas vezes, são as principais vítimas da UPP.

6.3 Ações de prevenção e tratamento informados pelos participantes do estudo ao indivíduo em risco e/ou com a UPP

Em relação à prática, observa-se que a valorização de uma abordagem sistemática de prevenção como estratégia para atenuar o problema da UPP é um importante indicador da qualidade na assistência, sendo que o sucesso da prevenção depende do conhecimento e planejamento por parte da equipe.

A busca constante do aperfeiçoamento para melhorar as tomadas de decisões e a determinação de uma prática fundamentada e atualizada poderá direcionar o cuidado sem comprometer a integridade do indivíduo (LEMOS et al., 2010). Quanto à aplicabilidade do conhecimento na prática profissional, a construção deste e a utilização nos resultados são processos interdependentes, configurando a essência para o avanço da prática científica (COSTA; COSTA, 2007).

Quanto à sistemática da realização das ações de enfermagem, foi de extrema relevância, quando se evidenciou uma lacuna entre o conhecimento e o cuidado dispensado pelos profissionais da enfermagem. Silva et al. (2013) definem que a adesão a um conhecimento é como uma aprovação e participação de uma ideia, manter a atitude profissional adequada com o conhecimento técnico, assim, aderir a aplicabilidade de um cuidado seguro e com qualidade.

Quanto à frequência das ações de prevenção, tratamento e reabilitação da UPP informada pelos participantes, foram encontradas nos resultados que algumas destas práticas estão com percentual abaixo do ideal, essas medidas preconizadas devem ser sempre aplicadas ao indivíduo que esteja em situação de risco para desenvolver a UPP.

Dentro da premissa ética de não causar danos aos indivíduos institucionalizados, inicia-se a investigação da prática priorizando o controle de infecção hospitalar, que, dentre os eventos adversos, constitui um dos maiores desafios do sistema de saúde, que deve ser iniciado com uma medida preventiva básica de infecção relacionada à assistência a saúde (IRAS), sendo esta a higienização das mãos (ANVISA, 2009). Entretanto, esta medida não é sempre adotada por aproximadamente 20% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e 10% dos enfermeiros. Várias das infecções são preveníveis, apesar da alta morbimortalidade e custos associados às IRAS, devido a esta possibilidade de prevenção, conforme *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*, muitas

evidências foram sintetizadas em diretrizes e publicadas pelo *Centers for Disease Control*, dentre uma delas está a higienização das mãos (HM) (ERASMUS et al., 2011).

Em relação à frequência da execução de algumas medidas de prevenção, aproximadamente metade dos profissionais de ambos os grupos informaram que sempre realizavam a redução da pressão (alternância de decúbito, avaliação clínica do indivíduo para o alívio de pressão), um terço deles referiram que sempre aplicam medida de prevenção para o cisalhamento (reposicionamento a 30°C) e um percentual maior que 70% sempre realizam a prevenção da fricção (uso de um lençol móvel para a movimentação no leito).

Em estudo, Chianca et al. (2010), ao investigar o conhecimento dos enfermeiros, obtiveram como itens de menor proporção de acertos os relacionados às intervenções para minimizar pressão, fricção e cisalhamento, com resultado de 33,96%. A mesma atitude foi assinalada por 50% dos 29 enfermeiros entrevistados, quando inquiridos sobre a prevenção das UPP (VALENÇA et al., 2010).

Ao se avaliar a aplicação das medidas de prevenção da UPP por alívio de pressão em seu estudo de intervenção entre profissionais de enfermagem, Beeckman et al. (2013) constataram que no grupo experimental a atitude melhorou significativamente de 74,3% para 83,5% ($p < 0,001$) em indivíduos com mobilidade prejudicada, restrito ao leito e a cadeiras. Demarré et al. (2011) encontraram um percentual de 78,3% dos enfermeiros e 72,3% dos auxiliares de enfermagem que afirmaram aplicar as medidas de prevenção.

Quanto a manter a tolerância dos tecidos e protegê-los contra efeitos adversos a forças mecânicas de pressão, fricção e cisalhamento, faz-se necessário que o trabalho seja compartilhado entre a equipe multiprofissional, indivíduo e cuidador, pois a ocorrência da UPP está ligada diretamente com a condição da atividade física do indivíduo, ou seja, mais ativos e menos dependentes. Dessa maneira, a detecção precoce dos sinais clínicos e o tratamento adequado podem reduzir a frequência da ocorrência da lesão e de suas complicações (ROGENSKI; SANTOS, 2005; SALOMÉ, 2010).

Ressalta-se que algumas das medidas de alívio de pressão geram mais conforto e segurança ao indivíduo hospitalizado. Dentre os cuidados dispensados aos dependentes da equipe, destaca-se a realização da alternância de posição no leito e

em cadeira com elevação de calcâneo, considerada como a melhor prática baseada em evidências para a prevenção da UPP pelas diretrizes da EPUAP/NPUAP (2009a).

Neste estudo, menos da metade dos auxiliares/ técnicos de enfermagem e pouco mais que um quarto dos enfermeiros informou que sempre avaliam a superfície de apoio (uso do colchão), mantêm a pele seca e iniciam a reabilitação do indivíduo em condição crônica da lesão, assim como a orientação por uma equipe multiprofissional durante a internação até o preparo de alta. Essa frequência das ações pressupõe um sentimento de pouca importância nas medidas preventivas, evidenciando mais uma vez um modelo de assistência curativa.

Esse resultado difere do encontrado por Martins e Soares (2008) quando 100% dos profissionais de enfermagem referem fazer uso das medidas preventivas, em especial a mudança de decúbito. Já Cláudia et al. (2010), quando correlacionaram o conhecimento e as práticas, encontraram que, apesar dos enfermeiros acertarem 96,88% das questões referentes à prevenção, as medidas de intervenção não chegaram a 20%, sendo estas 19% na atividade e mobilidade, 15% na fricção e cisalhamento e 57% de avaliar a superfície de descanso.

Ricaldoni e Sena (2006) inferem que os auxiliares/técnicos de enfermagem são os profissionais mais próximos dos cuidados diretos ao indivíduo hospitalizado, sendo que o enfermeiro, por sua vez, é envolvido predominantemente pelas questões administrativas, com o intuito de gerenciar a assistência, baseando-se nas melhores práticas, a fim de melhorar a qualidade do cuidado e atentando para a necessidade do indivíduo. Entretanto, esta organização do processo de trabalho, dentro da equipe de enfermagem, acaba por distanciar o enfermeiro do cuidado direto ao indivíduo, o que não o exime da responsabilidade com a gestão do cuidado oferecido pela equipe.

Sabe-se que na rotina prática estas ações estariam a cargo dos profissionais auxiliares/técnicos de enfermagem, mas é necessário destacar que o enfermeiro tem o papel de avaliar os indivíduos e prescrever direcionando os cuidados a serem executados (BRASIL, 1986). Assim, medidas simples que requerem pouco tempo para a execução e que dependem primordialmente da enfermagem não estão sendo prescritas e executadas adequadamente, sugerindo uma lacuna na gestão e assistência nas instituições pesquisadas.

Entretanto o enfermeiro possui competência específica que devem ser consideradas: Como avaliar o indivíduo em risco e propor medidas de prevenção a

este indivíduo no dia zero de internação, com intuito de reduzir danos psicobiosocial e danos irreversíveis aos indivíduos hospitalizados.

Em relação à utilização de luvas de látex infladas com água e/ou ar nos calcâneos para o alívio da pressão, mais da metade dos auxiliares/técnicos de enfermagem e quase um terço dos enfermeiros relataram sempre utilizar tal medida. Entretanto, esta é considerada uma prática potencialmente prejudicial ao indivíduo em risco de desenvolver a UPP, descrita como uma intervenção obsoleta e ultrapassada. Outros estudos demonstram que esta prática ainda se perpetua, com achados das frequências de utilização que variou de 70%, conforme relatam Hidalgo et al. (2007), a 45,2% encontrado por Ilesanmi, Ofi e Adejumo (2012), o que demonstra que apesar da evolução das diretrizes de prevenção da UPP, há mais de 20 anos, esta prática ainda persiste, erroneamente.

Quando questionados sobre a realização da documentação da avaliação da pele, quase a totalidade dos profissionais de ambos os grupos considera como importante a realização desta documentação; no entanto, menos de um terço dos auxiliares/técnicos de enfermagem relataram sempre realizar esta medida e apenas um enfermeiro relatou que sempre documenta a avaliação da pele.

Nesta situação, mesmo sendo observado que os auxiliares/técnicos de enfermagem realizam esta prática com maior frequência que o enfermeiro, o que já era esperado, considera-se o percentual muito aquém do necessário, já que a ausência do registro pode repercutir na qualidade e continuidade do cuidado, além de ser um indicativo de falha no processo de formação profissional e na educação permanente destes indivíduos.

Andrade et al. (2010) referem que os registros estatísticos hospitalares tornam-se enviesados, subestimando a realidade das ocorrências da UPP em indivíduos hospitalizados, podendo interferir na continuidade da assistência, na evolução da enfermagem como ciência e, ainda, no não cumprimento das normas legais e éticas vigentes.

Santos et al. (2013), ao compararem dados notificados em um sistema eletrônico de indicador de qualidade assistencial de UPP, com o registro de evolução de enfermagem nos prontuários, constataram uma subnotificação nos registros de 188 pacientes, em apenas 19% destes foi descrita alguma característica da lesão. Em estudo, Claudia et al. (2010) encontraram resultados importantes referentes à prática assistencial e a seu registro adequado, ao auditar as anotações de 235 prontuários em

uma instituição hospitalar no Canadá, encontraram que, das 95% informações referidas inicialmente pelos 256 enfermeiros, apenas 25% foram realmente registradas nos prontuários dos indivíduos hospitalizados.

Internacionalmente, tem-se investido em políticas de atenção à saúde, trabalhando com indicadores de qualidade, aprimorando a notificação e responsabilizando a instituição e o profissional. Como exemplo, tem-se os Estados Unidos da América que tornaram compulsória a notificação de todas as lesões de pele já na admissão, assim como o surgimento desta no decorrer da internação. Além disso, informar as medidas empregadas para a prevenção da UPP em indivíduos predisponentes, pois somente assim ocorre todo o tratamento gasto na instituição pelo aparecimento e ou agravamento da lesão, restituindo os gastos com a assistência por performance (LYDER; AYELLO, 2009).

Esses dados remetem a uma reflexão sobre a real situação do processo saúde-doença, definição epidemiológica da lesão e ainda uma estratégia de enfrentamento na macropolítica de atenção à saúde e de enfrentamento ao problema, tanto na esfera governamental com a instituição e fiscalização de uma política pública funcionante, como institucional, proporcionando um ambiente de atenção às necessidades do indivíduo e trabalhador, do conhecimento, da prática e na sociedade.

Outro achado importante foi em relação ao tratamento da UPP, que requer dos profissionais intervenções assertivas. Em relação à sugestão de realização de exames complementares para a avaliação do quadro clínico do paciente com UPP, menos de um terço dos enfermeiros relatou sempre sugerir exames, número ainda menor foi observado entre os auxiliares/técnicos de enfermagem.

Sobre a avaliação da lesão, considerando todas as características da lesão, apenas metade dos profissionais auxiliares/técnicos de enfermagem relatou sempre realizar, entre os enfermeiros o número foi bem maior, entretanto, sabemos que estes profissionais não estão no cuidado direto, em muitas das vezes, assumem o gerenciamento da assistência. Gomes et al. (2013) afirmam que a falta de sistematização no diagnóstico interfere negativamente na qualidade da assistência e na evolução clínica do indivíduo, retardando o início do tratamento adequado. Santos et al. (2007) inferem que a não avaliação integral do indivíduo com feridas compromete o processo de gerenciamento da assistência, aumentando a demanda de tempo e interferindo no dimensionamento dos profissionais.

Entre os enfermeiros, um terço relatou sempre utilizar a técnica de desbridamento, técnica também referida como sempre utilizada para pouco mais de 10% dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Fato que chama a atenção já que este questionamento não especificava uma única técnica de desbridamento, imagina-se pelo pequeno percentual de auxiliares/técnicos de enfermagem que relatou realizar o desbridamento, que consideraram apenas a técnica de corte, uma vez que em sua rotina se sabe ser frequente o desbridamento mecânico, executado, por exemplo, com a remoção a seco da gaze da UPP ou fricção desta na lesão (SANTOS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Os mesmos autores referenciam que, no Brasil, as diferentes classes da profissão exercem um importante papel no cuidado com feridas, guardando os diferentes níveis de complexidade de suas ações. Ressaltam que apenas a prática do desbridamento conservador até a fáscia muscular deve ser realizada pelo enfermeiro. Porém, alguns conselhos instituíram em sua região as normativas referentes ao assunto; mas é unânime que estes profissionais devem ser responsáveis por seus padrões técnicos e conheça as vantagens e desvantagens de cada técnica, assim como suas indicações e respaldar-se para que sua habilidade esteja na regulamentação profissional (SANTOS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Um programa de prevenção de UPP deverá estar bem integrado com a enfermagem em uma atividade diária, as pesquisas, às vezes, não são aplicáveis no cotidiano do trabalho, assim como uma série de fatores pode distanciar o conhecimento das atitudes e crenças desses profissionais. Barker et al. (2012), em um estudo de coorte de nove anos, auditaram 4.368 prontuários e encontraram inicialmente a prevalência hospitalar de 12,6% de UPP e, após seis anos de um programa de prevenção baseado em evidências, o percentual caiu para 2,6%.

Matos, Duarte e Minetto (2010) afirmam que a prática com qualidade faz-se necessária para que as ações do cuidado estejam cientificamente sustentadas nas melhores evidências clínicas para a otimização dos recursos disponíveis e a redução de custos à instituição.

Assim, é responsabilidade indelegável dos profissionais de enfermagem definir parâmetros para a realização do seu trabalho, bem como a urgência de uma maior compreensão e socialização das mudanças que ocorrem na prática assistencial junto às evidências clínicas, atribuir direções esperadas e significados a essas mudanças,

na prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo com a UPP (TRONCHIN et al., 2009; ESPÍNDOLA et al., 2011).

Evidencia-se a importância dessa construção por meio de inúmeras transformações que ocorrem constantemente no cotidiano e por meio das mudanças na prática assistencial junto às evidências clínicas para a prevenção da UPP. É importante que se busque o aprofundamento dos conhecimentos e saberes, no sentido de adquirir segurança para a prática profissional transformando realidades (ESPÍNDOLA et al., 2011).

6.5 Gestão da assistência: gerenciamento do cuidado frente a presença da UPP e fatores facilitadores/ dificultadores para a implementação da prevenção e tratamento de upp

Quando questionados sobre a presença da UPP, 80%, dos pesquisados, informaram que solicitam a avaliação de outro profissional. Afirmam em 50% que o tratamento é indicado pelo médico, seguido de um pouco mais de 45% pelos enfermeiros. Quanto aos que executam o tratamento prescrito, é referenciado pelos pesquisados feito em mais de 50% pelos técnicos/equipe de enfermagem, e mais do que 20% por enfermeiro. Para a informação de avaliação do indivíduo e da UPP, os dois itens em mais de 60% são feitos pelo enfermeiro, próximo a 50% e 30%, respectivamente, pelos médicos e 31,5% e um pouco mais de 10% pelos técnicos de enfermagem. Martins e Soares (2008) reforçam que a UPP tem origem multifatorial, e se faz necessário o esforço de todos os membros da equipe multiprofissional para preveni-la e tratá-la, porém neste referencial os autores citam que 33,3% dos entrevistados referem seguir prescrição médica.

Silva (2011) esclarece que no modelo de gestão em saúde, a figura do médico ocupa ainda a posição hierárquica. Assim, este resultado é explicitamente centrado no modelo biomédico; desse modo, a pessoa, deixa de ser o centro das atenções e passa a ser secundário ao plano terapêutico. Neste contexto os médicos, na maioria das vezes, sentem-se responsáveis, mas não preparados, sendo referenciados em poucos estudos quanto ao nível de conhecimento sobre o tema. Fernandes e Amaral (2012) pesquisaram em uma equipe multiprofissional em diferentes tipos de unidades de internação e obtiveram a média geral de acertos em 70,8%, Levine et al. (2012) indicaram que os escores médicos foram de 69%, e a maior dificuldade deste era de

identificar lesão aos tecidos profundos e categorização da lesão. Nesse sentido, é importante que haja planejamento e as ações baseadas em recomendações pautadas em evidências para que o tratamento seja benéfico e sem falhas.

Dessa maneira, no âmbito do cuidado da UPP, com rigor nenhuma conduta é absolutamente autônoma, há possibilidade de uma autonomia relativa para o exercício de ações específicas. Porém, contendo momentos de complementaridade com outros profissionais em que se mantém a interdependência (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

Os mesmos autores enfatizam que a autonomia exige embasamento de conhecimento técnico e científico, além de responsabilidade ética, assim nesta temática, o cuidado de envolver outros profissionais e organizações num espírito de cooperação e colaboração em ambas as profissões se complementa e que uma disciplina respeite a outra, a fim de conseguir um bem maior, qual seja, a recuperação do indivíduo (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

O terceiro objetivo porposto foi apontar os fatores facilitadores e dificultadores relatados pela equipe de enfermagem para implementação de ações preventivas e curativas relacionadas às UPP, foram aplicadas duas questões abertas e, ao afirmarem a existência destes fatores, eram solicitados que as identificassem.

Em relação aos elementos facilitadores, constatou-se que um pouco mais de 60% dos enfermeiros afirmaram a existência destes e em mais da metade dos auxiliares/técnicos de enfermagem informaram não existir. Dentre os que afirmaram existir estes indicadores facilitadores, destacam-se entre os auxiliares/técnicos de enfermagem o de maior porcentagem o processo de trabalho e, para os enfermeiros, os recursos humanos. Quanto a este elemento facilitador Gabriel et al. (2011) destacam as atividades prioritárias no processo de trabalho na enfermagem estão as assistenciais, estas por sua vez se faz com cuidado integral ao ser humano, articuladas as outras ações gerenciais.

Assim os profissionais da enfermagem indicam a soma de dois principais elementos que possam atuar diretamente nas realizações das ações de prevenção das UPP, o profissional capacitado e a dedicação à assistência em seus preceitos éticos, seguindo a sistematização do cuidado.

Luz et al. (2010) afirmam que a UPP é de alta relevância prática, seu estudo de revisão nas bases de dados e artigos indexados nos últimos cinco anos faz refletir que as principais dificuldades na efetivação de tais medidas de prevenção ainda são: a

escassez de profissionais e materiais, ausência de treinamento e a falta de apoio financeiro das instituições. Silva et al. (2011) afirmam que a adoção de medidas isoladas de compreensão da dinâmica do trabalho, distanciada da realidade dos trabalhadores, produzindo condições de trabalho inadequadas e precárias condições de saúde, somam ao impacto negativo para a implantação das medidas prevenção destas lesões.

Os mesmos autores reforçam que a humanização é capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível, respeito ético e cultural ao paciente, espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e satisfação do profissional de saúde e usuário, quando manifestadas no âmbito organizacional, ambiental, nas interrelações e nas atividades terapêuticas (SILVA et al., 2011).

Observou-se neste estudo que mais de 90% dos enfermeiros e um pouco mais de 70% dos auxiliares/técnicos de enfermagem identificaram a existência de elementos dificultadores em seu local de trabalho para prevenção e tratamento das UPP. Os fatores mais citados por ambos os grupos foram a falta de material e a sobrecarga de trabalho. Rogenski e Santos (2005) relatam que a inadequação quantitativa e / ou qualitativa dos recursos humanos e materiais têm dificultado a execução de protocolos e tratamento da UPP. Souza, Pereira e Gama (2010); Silva et al. (2011) corroboram os mesmos elementos citados.

A assistência à saúde envolve conhecimento e ações que se relacionam com serviços e diversos profissionais e torna a instituição de saúde como um ambiente de alto risco para ocorrer eventos adversos. Paiva, Paiva e Berti, (2010), em um estudo de investigação, identificaram 826 notificações que sinalizaram como as principais causas da adversidade em ambiente hospitalar: a porcentagem de 11% referente à falta de pessoal e 15% da falta ou falha de material de consumo. Strand e Lindgren (2010) enfatizaram que a falta de tempo, a escassez de pessoal e de conhecimento associados a outras prioridades da assistência ao indivíduo hospitalizado dificultam as implementações para a prevenção, deixando-a em segundo plano.

Quaddumi e Khawaldel (2014) identificaram que as barreiras para a prática de prevenção comumente citadas pelos enfermeiros foi 34,1%, para a falta de tempo, 24,4%, número de profissionais e 19,3%, a falta de recursos e equipamentos.

Os resultados justificam o repensar da organização da atenção e da gestão da prevenção da UPP. Nesse sentido, o trabalho da enfermagem desenvolve-se como um trabalho coletivo e em colaboração com outros profissionais e trabalhadores da

saúde. As práticas colaborativas interdisciplinares poderiam contribuir para a redução dos efeitos adversos, o agir ético e um conhecimento instrumentalizado, garantindo a assistência com qualidade e o cuidado seguro ao indivíduo.

Assim, reforçam Elliott, Mckinley e Vicki (2008) que os pontos positivos para as medidas de prevenção devem se embasar em ensaios clínicos quando se faz um *feedback* imediato aos resultados encontrados, orientando com prudência o uso de recursos, aos indivíduos em risco e evidenciando as ações de educação em saúde dos profissionais da assistência.

Assim para a gestão do cuidado deve ser efetivadas ações e estratégias de promoção da saúde, centrada na prevenção, detecção precoce e intervenção junto às pessoas em risco. Isso exige uma educação e comunicação eficaz entre a equipe de saúde, administradores e decisores políticos, instituições de ensino e indivíduo que usam o sistema de saúde, para discutir o impacto que a UPP causa na sociedade e priorizar a tomada de decisão a fim de reduzir o desenvolvimento desta.

Neste estudo evidenciou-se que um programa de prevenção da UPP é uma economia para o orçamento de saúde e de baixo custo, que requer uma tecnologia avançada da ciência por ideais humanísticos e um profissional com conhecimento científico atualizado, capacidade técnica, avaliação holística e estabelecimento de metas junto ao indivíduo, um cuidado baseado em evidências, em particular é preciso entender que este é apenas a ponta da iceberg, esta lesão leva a um custo ainda maior para o indivíduo como sofrimento, dinâmica da família, perda de dias de trabalho e a restrições ao convívio social.

Reforça que uma abordagem de qualidade para a melhoria da prática tem que ser planejada, estudada e ser oferecida uma assistência com a incorporação das evidências científicas, bem como a capacitação contínua da equipe de saúde.

CONCLUSÃO

Ao analisar o conhecimento e a prática empregados pela equipe de enfermagem durante os cuidados aos indivíduos em risco e com UPP, constatou-se que ainda há uma lacuna entre o conhecimento e as ações desenvolvidas, o percentual de acertos referente à prevenção e tratamento foi considerado insatisfatório, não atingiram um percentual $\geq 90\%$.

Ao comparar os profissionais enfermeiros com aos auxiliares/ técnicos de enfermagem observou-se que os enfermeiros obtiveram maiores escores de acertos em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem. E quando comparados ao o tempo de permanência no setor não revelou impacto positivo expressivo sobre o conhecimento.

Ao analisar a frequência das ações de enfermagem referenciada quanto à prevenção e tratamento, não houve diferença significativa, sendo informado pelos participantes do estudo que realizavam em 50% sempre o alívio de pressão, 60% a prevenção do cisalhamento e 70% a redução do cisalhamento.

Quanto às questões direcionadas ao tratamento empregado, execução de procedimentos, pautada no modelo biomédico, realizado por diferentes profissionais, sem sistematização do processo. Perpetuando assim, medidas obsoletas, uma prática ritualista sem reflexão e prejudicial ao indivíduo.

Faz-se necessário conscientizar os profissionais de que as ações de educação em serviço, adotadas sistematicamente, aprimora a prática profissional com base científica, incentivando o desenvolvimento técnico e a execução da assistência embasada nas competências éticas e legais.

A ocorrência da UPP é multicausal e diferentes fatores estão interligados neste contexto temático. Constatou-se na ordem administrativa e gerencial, que os pesquisados identificaram os elementos facilitadores em menor proporção que os dificultadores, reconhecidos como meios para implementação das medidas de prevenção, os elementos apontados como facilitadores foi o processo de trabalho e recursos humanos e os dificultadores foram à falta de material e a sobrecarga de trabalho.

Considerando-se o cuidado como o ponto central da produção dos atos que ocorrem entre o profissional e o indivíduo susceptível, em especial ao da enfermagem

em que se produz coletivamente a assistência, é preciso que seja realizado o planejamento do cuidado terapêutico e a readequação no processo de trabalho como um todo, para que possa garantir uma assistência com qualidade.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. In: **Rev bras enferm**, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2008.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. In: **Ciência & Saúde coletiva**. v.16, n.7, p. 3061-3068. 2011.
- ANDRADE, S. M. O. A pesquisa em saúde: concepção e execução. In: **Caderno de estudo**. 6. ed. rev. atual. Campo Grande- MS, 2013.
- ANDRADE, P, PEREIRA, F. S.; SANTOS, L.; SALDANHA, M. H. Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina interna. In: **Revista da Sociedade Portuguesa de medicina interna**. V. 13, n. 1, p. 13-20, trimestral, jan./mar, 2010. Disponível em: <[http:// www.revista.spni.pt](http://www.revista.spni.pt)>. Acesso em: 3 fev.2013.
- AYALA, A. E. Curso de atenção farmacêutica- **Lesão de pele. Úlceras por pressão**. Módulo 3. p. 1-12. Ediciones mayo, AS. 2008.
- BAGNATO, M. H. S.; Bassinello, G. A. H.; Lacaz, C. P. D. C.; Missio, L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. In: **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 279-286. 2007.
- BARKER, A. L.; KAMAR, J.; TYNDALL, T. J.; WHITE, L.; HUTCHINSON, A.; KLOPFER, N.; WELLER, C. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. **International wound Journal**. N. 10, p. 313-320. 2012.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. In: **Saúde e Sociedade**. v. 20, n. 4, p. 884-99, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc>>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- BEECKMAM, D.; SCHOONHOVEN, L.; FLETCHER, J.; FURTADO, K.; HEYMAN, H.; PAQUAY, L.; BACQUER, D. D.; DEFLOOR, T. Pressure ulcer and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the pressure ulcer classification education tool on classification by nurses. In: **BMJ Quality e Safety**. [Online]. p. 399-410. 2010. Disponível em: [Http:// <qualitysafety.bmj.com>](http://qualitysafety.bmj.com). Acesso em: 6 abr. 2014.
- BEECKMAN, D.; CLAYS, E.; HECKE, A. V.; VANDERWEE, K. SCHOONHOVEN, L.; VERHAEGHE, S. A multi- faceted tailored strategy to implement an electronic clinical decision support system for pressure ulcer prevention in nursing homes: A two- armed randomized controlled trial. In: **International Journal of Nursing Studies**. V.50, p. 475-86. 2013. Disponível em: <[http:// www.elsevier.com/ijns](http://www.elsevier.com/ijns)>. Acesso em: 14 jun. 2013.
- BLANES, L. et al.. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internado no hospital São Paulo. In: **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 182-187. 2004.

BOGUS, C. M.; BERSUSA, A. A. S.; MARTINS, C.L.; ESCUDER, M. M. L. In: **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 4, p. 945-52, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 25 abr. 2014

BRANDÃO, E. S.; SANTANA, M, H, M.; SANTOS, I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. In: **R. pesqu.: fundam.**(online). v. 5, n. 1,p. 3221-28, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br>>. Acesso em: 23 jan. 2014

BRASIL. Lei n.º 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legislhtm>>. Acesso em 24 jan. 2014.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 24 jan. 2014.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov.br> >.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013. Aprova o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP). In: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 Abril 2013a. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/htm>> Acesso em 24 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**: Assistência segura: Uma reflexão Teórica aplicada à prática. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/htm>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2009.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS- Departamento de Informática do SUS**: Informações saúde- morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Notas Técnicas. SIH/SUS. 2013. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIHD>>. Acesso em 24 jan. 2014.

CABALLERO, D. H. Conocimiento de los profesionales de urgencias sobre la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. In: **GEROKOMOS**. v. 23, n. 4, p. 178-84. 2012.

CALIRI, M. H. L.; MIYAZAKI, M. Y.; PIPER, B. Knowledge about pressure ulcers by undergraduate nursing students in Brazil. In: **J. Wound Ostomy Continence Nurs.** v. 49, n. 3, p. 54-63, Mar. 2003.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. In: **Rev saúde e Sociedade.** v. 18, n. supl. 2009.

CLAUDIA, G.; DIANE, M.; DAPHNEY, S. G.; DANIELE, D. Preventiom and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: a correlational study examining nurses knowledge and best practice. In: **International journal of nursing practice.** v.16, p. 183-87. 2010.

CARDOSO, J. R. S. Prevalence of pressure ulcers in a Brazilian hospital: Results of a cross-sectional study. In: **Ostomy Wound Management.** v. 56, n.10, p. 52-57, Oct. 2010. Disponível em: <<http://www.o-wn.com>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário. In: **Interface-comunic, saúde, educ.** v. 9, n.16, p. 161-77, set. 2004./ fev. 2005.

CHAYAMITI, E. M. P. C., CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. In: *Acta Paul Enferm.* v. 22, n. 6, p. 29-34. 2010.

CHIANCA, T. C. M.; REZENDE, J. F. P.; BORGES, E. L.; NOGUERIA, V. L.; CALIRI, M. H. L. Pressure ulcer knowledge among nurses in a Brazilian university hospital. In: **Ostomy wound management.** v. 56, n.10, p. 58-64. 2010. Disponível: <<http://www.own.com>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CHIANCA, T. C.; BORGES, E. L.; ERCOLE, F. F. Advances in pressure ulcer management in Brasil. In: **Wonds International.** v. 2, n. 3, p. 7-10, Sept. 2011. online practice-based. Journal for clinicians. Wolwild. London. UK. Disponível em: <<http://www.woundsinternational.com>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais.** Brasília, DF, Versão 3, fev. 2013.

COFEN. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/atlas>>. Acesso em 23 mar. 2014.

COLTRO, P. S.; FERREIRA, M. C.; BATISTAS, B. P. S.N; NAKAMOTO, H. A.; MILCHESKI, D. A.; TUMA, JR. P. Atuação da cirurgia plástica no tratamento de feridas complexas. In: **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 38, n. 6, P. 381- 86, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 03 fev. 2013.

COSTA, I. G. incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. In: **Rev. Gaúcha. Enfer (online)** v. 31, n. 4, p. 693-700, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 30 jan. 2013.

COSTA, I. G.; CALIRI, M. H. L. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. In: **Acta paul. Enferm** (online). v. 24, n.6, p. 772-77. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.> Acesso em: 30 jan. 2013.

COSTA, F. M.F; COSTA, S. H. P.; Assistência de Enfermagem ao cliente portador de UPP: Abordando a importância do conhecimento e informação. In: **Rev Meio. Amb. Saúde**. v. 2, n. 1, p.22-32, 2007.

CREMASCO, M. F.; WENZKE, F.; SARDINHA, F. M.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Úlcera por pressão: Risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. In: **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. spe, p. 897-902. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/ez51.periodicos.capes.gov.br/scielo>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

DANTAS, A. L. M.; FERREIRA, P. C.; VALENÇA, C. N.; DINIZ, K. D.; NUNES, J. P.; GERMANO, R. M. Complicações das úlceras por pressão para o paciente grave: estudo descritivo exploratório. In: **Online. braz J nurs**. v. 12, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.ogjnursing.uff.br>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas**: um guia para enfermeiras. 3ª ed. São Paulo, Atheneu Editora, 2008.

_____. The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. In: **J Wound Care**, UK, v.21, n.6, p. 261-2, 264-66, june. 2012.

DEMARRÉ, L.; VANDERWEE, K.; DEFLOOR, T.; VERHAEGHE, S. SCHIONHOVER, L.; BEECKMAN, D. Pressure ulcers: knowledge and attitudes of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. In: **Jornal of clinical nursing**, v. 21, p.1425-1434, june, 2011.

ELLIOTT, R.; MCKINLEY, S.; VICKI, F. Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. In: **Am jCrit Care**. v. 17, n.4, p.328-34, julho, 2008. Disponível em: < <http://www.ajconline.org/acjcc.aacnjournals.org>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

ERASMUS, V.; HUIS, A.; OENEMA, A.; VAN EMPELEN, P.; BOOG, M. C.; VAN BEECK, E.H. The ACCOMPLISH study. A cluster randomised trial on the cost-effectiveness of a multicomponent intervention to improve hand hygiene compliance and reduce healthcare associated infections. In: **BMC Public Health**. v. 11, p. 721. 2011. Disponível em: <<http://www.biowebspin.com/pubadvanced>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

ESPÍNDOLA, I.; GEHELEN, M. H.; ILHA, S.; ZMBERLAM, C.; FREITAS, H. M.; NIETSCH, E. A educação permanente em saúde: uma estratégia à prevenção das úlceras por pressão. In: **VIDYA**. v.31, n.1, p. 91-98, jan./jun. 2011.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP/NPUAP). Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. In: **National Pressure Ulcer Advisory Panel**.

Washington DC. 2009a. Tradução Associação Portuguesa de tratamento de ferida (APTFERIDAS). Disponível em: <[http:// www.epuap.org](http://www.epuap.org)> Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. Tratamiento de las úlceras por presión: GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA. In: **National Pressure Ulcer Advisory Panel**. Washington DC. 2009b. Disponível em: <[http:// www.epuap.org](http://www.epuap.org)> Acesso em: 20 jun. 2012.

FAUSTINO, A. M.; JESUS, C. A. C.; KANEDA, I.; REIS, P. E. D; IZIDORIO, S. R.; FERREIRA, S. S.; The knowledge of nurses about new descriptors for classification of pressure ulcers: descriptive study. In: **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 9, n. 1. [08 telas], 2010. Disponível em: [http:// www.objnursing.uff.br](http://www.objnursing.uff.br). Acesso em: 15 jul. 2013.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Foco no paciente. In: BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.(org.). **Competências Gerenciais: Desafio para o enfermeiro**. São Paulo. Martinari, 2008.

FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. S.; SILVA, M. G.; FLORÊNCIO, R. M. S.; SILVA, R. M. O.; ROSA, D. O. S. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 3, [08 telas], maio./jun. 2013. Disponível em: <[HTTP:// www.eerp.usp.br](http://www.eerp.usp.br)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HASS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. In: **Acta Paul Enf**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008.

FERNANDES, N. C. N.; AMARAL, J. P. B. Cohecimento da equipe multidisciplinar de úlcera de pressão no hospital universitário sul Fluminense/ RJ. In: **Rev Estação Científica**. Ed. Especil.Fisioterapia. n. 1, p. 1-10, nov. 2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera em pacientes de terapia intensiva. In: **Rev.Eletr.enf**. v.10, n. 3, p. 733-46, 2008. Disponível:<<http://www.fen.ufg.br/revista.>> Acesso em: 03 dez. 2012.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMERA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomiado cuidado. In: **Arq Ciênc Saúde**. v. 15, n. 3, p. 105-9, jul./ set. 2008.

FIGUEIRA, A. B.; AMESTOY, S. C.; CECAGNO, D. TRITÃO, F. S. A.; TRINDADE, L. L.; CORREA, V. A. Visão do enfermeiro frente a prática da educação em saúde no ambiente hospitalar. In: **Cogitare Enferm**. V. 18, n. 3, p. 310-16, abr./jun, 2013. Disponível em: [http:// < http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/ >](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/). Acesso em: 20 set. 2013.

GABRIEL, C. S.; MELO, M. R. A. C.; ROCHA, F. L. R.; BERNARDES, A.; MIGUELACI, T.; SILVA, M. L. P. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. In: **Rev. Latino-Am-Enfermagem**. v. 5, n. 19, [9 telas], set./out, 2011. Disponível em: <[http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) >. Acesso em: 20 Jun. 2013.

GOMES, F. S. L.; BASTOS, M. A. R.; BATISTA, J. A.; MELENDEZ, G. V. Análise da concordância da valiação de estadiamento de úlcera por pressão. In: **REME. Rev Min. Enfem.** v. 17, n. 2, p. 250-3. abr./jun. 2013.

GUNNINGBERG, L.; MARTENSSON, G.; MAMHIDIR, A.G.; FLORIN J.; ATHLIN, M. A.; BAATH, C. Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. In: **Int Wound J.** P. 1-7, aug. 2013. Disponível em: <<http://www.internationalwoundjournal>>. Acesso em: 30 set. 2013.

HENZEL, M. K.; BOGIE, K. M.; GUIHAN, M.; HO, H. C. Pressure ulcer management and research priorities for patients with spinal cord injury: Consensus opinion from SCI QUERI Exoert panel on Pressure Ulcer Research implementation. In: **J Rehabil Res Dev.** v. 48, n. 3. 2011. Disponível em: <<http://www.rehab.research.va.gov>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

HIDALGO, P. P. L.; FERNÁNDEZ, F. P. G.; TORRES, M. C. R.; GARCÍA, M. T.; MEDINA, M. I. L. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revision sistemática de la literatura. In: **Gerokomos** v. 18, n. 4, p. 30-38, [revista en la Internet]. 2007. Disponível em: <http://scielo.isciii.es>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

ILESANMI, R. E.; OFI, B. A.; ADEJUMO, P. O. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention in ogun state, Nigeria: results of a pilot survey. In: **Ostomy/wound management**, v. 58, n. 2, p. 24-32, feb. 2012. Disponível em: <<http://www.o-wm.com>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT- **5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Pressure Ulcers How-to Guide:** Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2008. Disponível em: <<http://www.ihl.org>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. E.; AMARAL, A. M. M.; ROCHA, L. O.; THIOLLENT, M. J.M. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. In: **Rev Esc Enferm USP.** n. 45, v. 5, p. 1229-36, [09 telas], 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

JEONG, D. J. Y.; KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. In: **Rev Gaúcha Enferm.** v. 31, n. 4, p. 656-61, dez. 2010.

LE MOS, R. C. A.; JORGE, L. L. R.; ALMEIDA, L. S.; CASTRO, A. C. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 2, p. 354-9. 2010. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 21 abr. 2014.
LESSMANN, J. C.; LANZONI, G. M. M.; GUBERT, E.; MENDES, P. X. G.; PRADO, M. L.; BACKES, V. M.; Educação profissional em enfermagem: necessidades, desafios e rumos. In: **Reme- Ver. Min. Enferm.** v. 16, n.1, p. 106-10, jan./mar. 2012.

LEVINE , J. M.; AYELLO, E. A.; ZULKOWSKI, K. M.; FOGEL, J. Pressure ulcer knowledge in medical residents: An opportunity for improvement. In: **Advances im Skin & Wound care**. v. 25, n. 3, p.115-17, march, 2012.

LIMA, A.C.B.; GUERRA, D.M.; Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 267-277, 2011.

LISE, F. Úlcera de pressão em UTI: Análise de riscos e atuação da equipe multidisciplinar. In: **Revista Intensiva**. v. 8, n. 2, p. 24-2, fev./mar./abr. 2007.

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

LYDER, C.; AYELLO, E. Annual checkup: The CMS Pressure Ulcer present-on-admission indicator. In: **Advances in Skin& Wound Care**. v. 22, n. 10, p. 476-84, Oct. 2009.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P.; Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlcera de pressão. In: **Revista Brasileira de terapia Intensiva**. V. 19, n. 3, P. 337-41, jul./ set., 2007.

LUZ, S. R.; LOPACINSKI, A. C.; FRAGA, R.; URBAN, C. A. Úlcera de pressão. In: **Geriatrics& Gerontologia**. v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlceras por compressão: prevenção e tratamento. In SILVA, R. C. L. (Org). **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Yendis, 2011. Cap. 16, p. 389-01.

MARCHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. S.; VALENÇA, O. A.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudos com profissionais de saúde da atenção primária. In: **Ciências&Saúde coletiva**. v.16, n.11, p.4503-12, 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O Percurso da Linha do Cuidado solucionar uma Perspectiva das Doenças Crônicas Localidade: Não transmissíveis. In: **Interface**. (Botucatu), v. 14, n. 34, P. 593-606, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 23 mai. 2014.

MANENTI, S. A.; CIAMPONE, M. H. T.; MIRA, V. L.; MINAMI, L. F.; SOARES, J. M. S.; O porcesso de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. In: **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 3, p. 727-33, 2012. Disponível em:< [http:// www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)> acesso em: 3 out. 2013.

MARTINS, D. A.; SOARES, F. F. R. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlcera de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. In: **Rev. Cogitare Enfer**. v. 13, n. 1, p. 83-7, jan./mar. 2008.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um hospital público do DF. In: **Rev. Eletr. Enf.** [internet] v. 12, n. 4, p. 719-26. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão proposto por enfermeiros. In: **Rev esc Enferm USP** (online). v. 43, n. 1, p. 223-8, 2009. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. F. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. In: **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v. 10, n. 1. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2012.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 18, n. 6, P. [06telas], nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 03 jun. 2012.

MÜLLER, Mary Stela. **Normas e padrões para teses, dissertações e monografias /** Mary Stela Müller, Julce Mary Cornelsen – 8ª Ed. Atual. Londrina: Eduel, 2011.

NAGEH. **Manual de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar/ Programa de Qualidade Hospitalar (CQH),** APM/CREMESP, 2a ed. São Paulo, 2012.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L. A.; FREITAS, W. G.; PADILHA, K. G. indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. In: **Rev Latino. Am. Enfermagem.** v. 16, n. 4, [7laudas], jul./ago. 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br>>. Acesso em: 3 dez. 2012.

NIEDERHAUSER, A.; VAN DEUSEN LUKAS, C.; PARKER, V.; AYELLO, E. A.; ZULKOWSKI, K.; BERLOWITZ, D. Comprehensive programs for preventing Pressure Ulcers: A review of the literature. In: **Advances in Skin& Wound Care.** v. 25, n. 4, p. 167-88, Apr. 2012.

NOGUEIRA, L. S.; KOIKE, K. M.; SARDINHA, D. S.; PADILHA, K. G.; SOUZA, R. M. Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. In: **Rev Bras Ter Intensiva.** V. 25, n. 3, p. 225-32, 2013.

OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de mensuração de atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Gultman, Alpert. Prática-Pesquisa-Ensino. In: **Administração,** v. 2, n. 2, abr./maio./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fecap.com.br>>. Acesso em: 3 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: Centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. **Classificação internacional de doença (CID. 10)**. Classificação e problemas relacionados à saúde. 10ª. Rev. V. I. Versão. 2008. Disponível em: <[http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 20 jun. 2013

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos Adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. In: **Rev Esc Enferm USP**. V. 44, n. 2, p. 287-94. 2010. Disponível em: <[http:// www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>. Acesso em: 20 ago.2013.

PARANHOS, W.Y. Úlceras de Pressão In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas**. São Paulo: Ed: Atheneu, 2003, cap.20, p.287-98.

PIEPER, B.; MOTT, M. Nurses Knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. In: **ADV WOUND CARE**, v. 8, n.3, p. 34-40, May-June. 1995.

PIRES, D. E. P. Transformação necessária para o avanço da enfermagem como ciência do cuidar. In: **Rev Bras Enferm**. v. 66, n.(esp), p. 39-44, 2013.

QUADDUMI, J., KHAWALDEH, A. Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a cross- sectional study. In: **BMC nursing**. V.13, n.6, p.1-8, 2014. Disponível em: <[http:// www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R.. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 6, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 26 mai. 2014.

ROEHRS, H.; MALAGUTTI, W. Competências legais e éticas do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com feridas. In MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. (Org). **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. Cap. 47, p. 625-636.

ROGENSKI, M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlcera por pressão após implementação de um protocolo de prevenção. In: **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [internet]. v. 20, n. 2, p. [07telas], mar./abr. 2012. Disponível em:<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

ROGENSKI, N. M. B; SANTOS, V. L. C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. In: **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 4, p. 474-80, jul./ago. 2005. Disponível em:< <http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

SALEH, M. Y. N.;AL-HUSSAMI, M.; ANTHONY, D. pressure ulcer prevention and treatment knowledge of Jordanian nurses. In: **Journal of Tissue viability**. v, 22, n. 2, p. 1-11, Feb. 2013. Disponível em:[http://dx.doi.org.ez.51. periodicos.capes.gov.br](http://dx.doi.org.ez.51.periodicos.capes.gov.br) >. Acesso em: 14 jun.2013

SALEH, M. Y. N.; QUADDUMI, J. A. M.S.; ANTHONY, D. An interventional study on the effects of pressure ulcer education on jordan registered nurses' knowledge and practice. In: **Procedia-social and behavioral sciences**. n. 47, p. 2196-2206. 2012. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com> >. Acesso em: 28. Abr. 2013.

SALOMÉ, G. M. Ocorrência de úlcera por pressão em indivíduos internados em uma Unidade de Terapia intensiva. In: **Rev Saúde Coletiva**. v. 42, n. 7. p 183-88, 2010. Disponível em:< HTTP:// www.redalyc.org>. Acesso em: 3 dez. 2012.

_____.Incidência e fatores de risco para úlcera por pressão em um conjunto hospitalar. In: **Revista nursing**. v. 14, n. 160, p. 491- 95. 2011.

SAMURIWO, R. Effects of education and experience on nurses' value of ulcer prevention.In: **British Journal of Nursing**. V. 19, n.20, [10 telas], Nov. 2010. Disponível em: <http:// www.CINAHL >. Acesso em: 14 Jun. 2013.

SANDERS, L. S. C.; PINTO, F. C. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de fortaleza. In: **Rev. Min. Enferm**, v.16, n.2, p. 166-170, abr./jun. 2012.

SANT'ANNA, P. P. M. **Prevenção da úlcera de pressão: resultados da ação educativa junto a equipe de enfermagem**. 2012. 106 f. Dissertação de Mestrado em enfermagem- Universidade do estado do Rio de Janeiro/ UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, C. C. V.; SHIRATORI, K.; PRADO, L. M.; PELLON, L. H. C.; JESUS, R. F.; FALCÃO, V. D. C. Aspectos éticos e legais na assistência de enfermagem. In SILVA, R. C. L. (Org). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3ª ed. São Paulo: Yendis, 2011. Cap. 16, p. 01- 30.

SANTOS, C. T.; OLIVEIRA, M. C.; PEREIRA, A. G. S.; SUZUKI, L. M.; LUCENA, A. F. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. In: **Rev Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 1, p. 111-18, 2013.

SANTOS, F., ROGENSKI, N. M. B., BAPTISTA, C. M. C., FUGULIN, F. M. T. Sistema de classificação: Proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. In: **Rev Latino-am Enfermagem**. (online), v. 15, n.5, s/p., set./out. 2007.

SANTOS, I. C. R. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. A Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. In: **Texto contexto Enferm**. n. 22, v. 1, p. 184-92. jan/mar. 2013.

SANTOS, J. C. R. V.; ACIOLY, A. C. C.; ANDRADE, B. M. C.; FIGUEIREDO, J. H. F. Perfil dos portadores de úlcera por pressão internados em hospitais privados da região metropolitana de Recife, João Pessoa e Aracajú. In: **Revista nursing**. V. 12, n. 142, p. 125-29, mar. 2010.

SCARLATTI, K. C.; MICHEL, J. L. M.; GAMBA, M. A.; GUTIERREZ, M. G. R. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia : incidência e fatores associados. In: **Rev.Esc.Enferm USP**, v.45, n.6, p. 372-9. 2011 (online). Disponível em: <http:// www.scielo.br/eeusp>. Acesso em: 20 dez. 2012.

SHOTT, S. **Statistics for healthprofessionals**. London: W.B. SaundersCompany, 1990.

SILVA, A. A. B.; FRANCELINO, G. A.; SILVA, M. F. S.; REOMANHOLO, H. S. B. A enfermagem na prevenção de úlcera por pressão por fatores extrínsecos em um hospital público no R.O. In: **Rev. Eletrônica da Facimed**. V. 3, n. 3, p. 352-62. Jan./jul. 2011.

SILVA, E. W. N. L.; ARAÚJO, R. A. A.; OLIVEIRA, E. C.; FALCÃO, V. T. F. L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. In: **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 22, n. 2, p. 175-85. 2010.

SILVA, F. F.; CLRIZOSTIMO, M.; AZEVEDO, M. L. A.; SOUZA, S. F.; BRAGA, D. S.; LUIZ, A.; LIMA, J. L. Um desafio para o controle de infecção: falta de adesão da enfermagem às medidas de prevenção e controle. In: **Rev Enfermería Global**. n. 31, p. 330-42. Trimestral, jul. 2013. Disponível em : <[http:// www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)> . Acesso em: 20. dez. 2013.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [On-line], v 16, n. 8, p. 3393-3402, ago. 2011, Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo>>. Acesso em: 28 jan. 2103.

SOLDEVILHA, A. J. J.; TORRA, B. J. E.; POSNET, J.; VERDÚ, S. J.; SAM, M. L.; MAYAN, S. J.M. Uma aproximación al impacto del cost econômico del trataminto de lãs úlceras por presión em Espana. In: **GEROKOMOS**, v. 18. n. 4, p. 201-10. 2007.

SOUZA, T. S.; MACIEL, O. B.; MÉIER, M. J.; DANSKI, M.; T. R.; LACERDA. M. R. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. In: **Rev Bras Enferm**. Brasilia, v.63, n.3, p. 470-6, maio./jun. 2010.

SOUZA, A. C.; PEREIRA, K. C.; GAMA, F. N.; O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão. In: **Revista de Enfermagem Integrada. Unileste**. v. 3, n. 1. p. 369-8,. jul/ago. 2010.

STEIN, E.A.; SANTOS, J. L. G.; PESTANA, A. L.; GUERRA, S. T.; PROCHONOW, A. G.; ERDMANN, A. L. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidador para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. In: **R. pes. : cuid. Fund**, v. 4, n.3, p. 2605-12. 2012.

STRAND, T.; LINDGREN, M. Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross- sectional study. In: **Intensive and critical care nursing**. v. 26, p. 335-42, 2010. Disponível em: < [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) >. Acesso em: 23 jun. 2013.

TIAGO, F.; OLIVEIRA, C. T.; SILVA, S. S.; MELO, A. S. Conhecimentos dos graduandos de enfermagem relativo à úlcera por pressão: um estudo no cenário privado. In: **Revista Nursing**. v.164, n.14, p. 21-28, jan. 2012.

THEIN, H. H.; GOMES, T.; KRAHN, M. D.; WODCHIS, W. P. Health status utilities and the impact of pressure ulcers in long-term care residents in Ontario. In: **Quality of Life Research**, v. 19, n. 1, p. 81-89, 2010.

TRONCHIN, D. M. R.; MIRA, V. L.; PEDUZZI, M. CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M.; SILVA, J. A. M.; SILVA, A. M.; SOARES, J. M. S. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. In: **Rev Esc Enf USP**. v. 43, n. (esp2), p. 1210-05. 2009. Disponível em:< [http:// www.scielo.br/ eeusp](http://www.scielo.br/eeusp)>. Acesso em: 25 jan.2014.

VALENÇA, M. P.; LIMA, P. O.; PEREIRA, M. M.; SANTOS, R. B. Percepção dos enfermeiros sobre a prevenção das úlceras por pressão em um hospital escola da cidade do Recife. In: **Rev enferm UFPE**. v. 4, n. 2, p. 673-82, abr./jun. 2010. Disponível em:<[http:// www.jnuol.com](http://www.jnuol.com) >. Acesso em: 20 mar. 2013.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul **UFMS**



INSTRUMENTO: CONHECIMENTOS E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADOS AO INDIVÍDUO EM RISCO E COM UPP.

SEÇÃO I: DADOS PESSOAIS E OCUPACIONAIS

Iniciais do nome: _____ Codinome: _____

Data do preenchimento: ___/___/___ Horário: _____ Idade: () Anos. Sexo: () M () F

Instituição onde trabalha: () HU () HRMS () SANTA CASA .Tempo de serviço nesta instituição: ___anos.

Ocupação atual: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem

Setor: _____ Tempo no setor: _____ meses ou _____ anos.

Carga horária neste setor: () Dia. () Semanal

Quantos pacientes estão sob seus cuidados neste setor: em 6h.(_____) e ou em 12h. (_____) .

Exerce outra ocupação? () SIM () NÃO **Se afirmativo, qual?** _____

Carga horária nesta ocupação: () dia () semanal

SEÇÃO II: FORMAÇÃO EDUCACIONAL

Formação: () ENFERMEIRO TEMPO DE FORMAÇÃO(EM ANOS) _____
() TÉCNICO DE ENFERMAGEM TEMPO DE FORMAÇÃO(EM ANOS) _____
() AUXILIAR DE ENFERMAGEM TEMPO DE FORMAÇÃO (EM ANOS) _____

Fez pós-graduação? () SIM () NÃO.

Em caso afirmativo, qual área e o ano de conclusão: _____

II.1. FORMAÇÃO EDUCACIONAL QUANTO A ÚLCERA POR PRESSÃO:

1- Você recebeu capacitação específica para prevenção, tratamento e reabilitação de um indivíduo com úlcera por pressão? () SIM () NÃO

2- Caso tenha feito a capacitação, esta contemplou atividades práticas? () SIM () NÃO

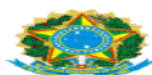
3- Em que momento você já recebeu informações específicas sobre úlcera por pressão?
A. () Graduação B. () Curso técnico profissionalizante C. () Congressos D. () Curso extra
E. () Nunca recebi nenhuma informação.

4- Como você considera seu conhecimento sobre Úlcera por Pressão:
A. () Muito Bom B. () Bom C. () Regular D. () Insatisfatório

5- Na instituição que você trabalha atualmente oferece atualização sobre o assunto: Úlcera por pressão?
() SIM () NÃO

6- Você sabe identificar um indivíduo em risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão?
() SIM () NÃO

Se afirmativo como realiza esta identificação? _____



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações que você julgue pertinente aos seus conhecimentos sobre a úlcera por pressão.

CONHECIMENTO	CONCORDO	NAO CONCORDO	NAO SEI
1- A úlcera por pressão na categoria III se apresenta com uma perda parcial da derme superficial e de coloração rosa.			
2- Na categoria I a úlcera por pressão é caracteriza por uma pele intacta, com hiperemia não reativa. No entanto em pele de pigmentação escura a área pode estar dolorosa, dura e com alteração de temperatura.			
3- A perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos, frequentemente cavitadas e fistulizadas, é assim descrita como uma úlcera de categoria IV.			
4- Uma úlcera por pressão com perda total da espessura dos tecidos, que apresente tecido desvitalizado no leito da ferida, não pode ser determinada a sua real profundidade, pois é considerada como uma úlcera de categoria inclassificável.			
5- Nas regiões nas quais não há tecido subcutâneo (adiposo) como asa de nariz, orelhas, região occipital e maléolos, a úlcera por pressão classifica-se como categoria I.			
6- Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como cobertura biológica natural e não deve ser removida.			
7- Somente o enfermeiro deve receber capacitação/atualização sobre prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos com úlcera por pressão.			
8- A avaliação de risco realizada, em indivíduos para desenvolver úlcera por pressão, deve ser registrada e documentada no prontuário em formulário específico, para facilitar o acompanhamento da evolução do indivíduo hospitalizado.			
9- Para a avaliação adequada do indivíduo em relação ao risco de desenvolver úlcera por pressão é necessário que se utilize uma escala que já tenha sido validada, assim como, a realização da avaliação clínica e da pele.			
10- Entre os fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão destacam-se: indicadores nutricionais; Perfusão; Oxigenação; Umidade da pele; Idade avançada; Fricção; Percepção sensorial; Temperatura corporal e estado geral.			
11- Durante o processo de admissão do indivíduo na unidade de internação, o mesmo, deve ser avaliado quanto ao risco para desenvolvimento da úlcera por pressão.			
12- Durante a permanência do indivíduo na unidade de internação, cabe apenas ao enfermeiro a reavaliação frequente do risco para desenvolvimento da úlcera por pressão.			
13- A dor é o primeiro sinal do aparecimento da úlcera por pressão.			
14- Os procedimentos invasivos como cateteres, tubos endotraqueais e próteses como colar cervical e aparelhos gessados são considerados fatores extrínsecos de causa da úlcera por pressão.			
15- Deve fazer parte do relatório de enfermagem a avaliação clínica e da pele do indivíduo, o risco apresentado pelo mesmo e medidas empregadas na prevenção.			
16- Deve ser realizada massagem ou esfregar vigorosamente a pele na presença de inflamação aguda ou pele frágil.			
17- O uso de emolientes para hidratar a pele do indivíduo, uma ação que independente de outras medidas, utilizadas para prevenir a úlcera por pressão.			
18- Os indivíduos com risco para úlcera por pressão devem ser referenciados para uma equipe multiprofissional.			
19- A diarreia é um fator que deve ser considerada para a suspensão da ingestão nutricional, pela enfermagem com o objetivo de prevenir o aparecimento da úlcera por pressão.			



Serviço Público Federal
Ministério da Educação



Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

CONHECIMENTO	CONCORDO	NÃO CONCORDO	NÃO SEI
20- As recomendações quanto à redistribuição de pressão, ou seja, mudança de decúbito deve ser oferecida a todos os indivíduos e ou acompanhantes, independente do motivo e unidade de internação.			
21- As ações empregadas na assistência de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera por pressão devem ser informadas ao indivíduo, familiar e ou cuidador.			
22- A úlcera por pressão é considerada uma ferida estéril.			
23- A determinação da mudança de decúbito está relacionada à avaliação do risco do indivíduo em desenvolver a úlcera por pressão e superfície de apoio (colchão; almofada; cadeira).			
24- Sentar o indivíduo em cadeira sem alívio de pressão por um tempo maior que 2horas.			

Assinale uma alternativa que representa a frequência, que você julgue pertinente em sua prática ao indivíduo em risco e com úlcera por pressão.

ASSISTÊNCIA/PRÁTICA	SEMPRE	MUITAS VEZES	RARA MENTE	NUNCA
25- Higienizo as mãos antes do cuidado de um indivíduo com úlcera por pressão				
26- Antes da realização da avaliação de risco e ou curativo da úlcera de decúbito você apresenta-se ao indivíduo, informa o procedimento e assegura-lhe a privacidade.				
27- Utilizo a mudança de decúbito de 2/2hora em todos os indivíduos com risco de desenvolver úlcera por pressão.				
28- Avalio a condição clínica do indivíduo para realizar a mudança de decúbito.				
29- Para transferir e movimentar o indivíduo no leito utiliza um lençol e ou um forro como material de apoio.				
30- Realizo o reposicionamento de decúbito, com o leito na posição de inclinação da cabeceira em 30°.				
31- Em indivíduos sentados em cadeiras mantenho o calcâneo elevado.				
32- Avalio as condições do colchão antes da admissão e durante a hospitalização do indivíduo em risco e/ou que já desenvolveu a úlcera por pressão.				
33- Nos casos de uso de sonda, cateteres e tubos aplico uma proteção contra pressão, além de manter um posicionamento adequado.				
34- Em indivíduo acamado aplico em calcâneo um apoio para a prevenção de úlcera por pressão, como luvas com água ou ar, rodilhas de tecido.				
35- No indivíduo com incontinência urinária ou fecal, a higienização é realizada nos horários programados da rotina.				
36- Avalio a úlcera por pressão identificando características do tecido, infecção, umidade, profundidade, borda da ferida, espaço morto e a pele ao redor da lesão.				
37- Sugiro a solicitação de exames quando necessário, considerando-se o quadro clínico do indivíduo com úlcera por pressão.				
38- Frente à presença de tecidos desvitalizados na úlcera por pressão realizo o debridamento/desbridamento.				
39- Oriento os indivíduos e familiares quanto às causas e fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão				



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



	SEMPRE	MUITAS VEZES	RARA MENTE	NUNCA
ASSISTÊNCIA/PRÁTICA				
40- Em meu local de trabalho todo indivíduo que não deambula em razão de complicação da condição crônica da doença é iniciado a reabilitação e orientação sobre a prevenção e tratamento da úlcera por pressão.				
41- No meu local de trabalho a avaliação da pele é realizada e documentada, na admissão e durante o tempo de hospitalização de um indivíduo em risco.				
42- A orientação é feita pela equipe multiprofissional ao indivíduo, família e ou cuidador, durante a hospitalização e em seu preparo da alta, quanto à prevenção e ou cuidado com a úlcera por pressão.				
43- O serviço disponibiliza as coberturas (produtos) necessárias e indicadas conforme prescrição no tratamento da úlcera por pressão.				

SEÇÃO III: GESTÃO DA ASSISTÊNCIA

1- Neste serviço existe um protocolo específico para prevenção da úlcera por pressão?

() SIM () NÃO () Desconhece a existência de protocolo utilizado na instituição.

Em caso afirmativo, você sabe informar qual o documento norteador é utilizado para a operacionalização desse protocolo?

2- Neste setor é avaliado o quadro clínico do indivíduo para definir quantos profissionais serão necessário para prestar assistência?

A. () Sempre B. () Frequente C. () Raramente D. () Nunca F. () Desconhece qualquer método de avaliação

3- Existe um meio de comunicação que o usuário (indivíduo; familiar e cuidador) possa avaliar a assistência de enfermagem prestada? () SIM () NÃO **Se resposta é afirmativa, Qual?** _____

4- Se presente a úlcera por pressão solicita a avaliação de outro profissional? () sim () Não.

- A. Quem define o tratamento? _____
- B. Quem realiza o tratamento? _____
- C. Quem avalia a úlcera por pressão? _____
- D. Quem são os profissionais que avaliam o indivíduo com úlcera por pressão?

5. Existem **elementos facilitadores** para a implementação das medidas de prevenção da úlcera por pressão?

() Sim () não . Se a resposta afirmativa, quais são esses elementos?

A.() Recursos Humanos B.() Processo de Trabalho E.() outros _____

6. Existem **elementos dificultadores** para a implementação das medidas de prevenção da úlcera por pressão?

() Sim () não . Se a resposta afirmativa, quais são esses elementos?

A.() Recursos Humanos B.() Processo de Trabalho C.() Sobrecarga de trabalho D.() Falta de Material
E.() outros _____

APÊNDICE II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem no cuidado ao indivíduo em risco e com Úlcera por Pressão”

A pesquisa a ser desenvolvida consiste na identificação do Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem no cuidado do paciente com de Úlcera de Pressão do programa de pós-graduação (Mestrado em Enfermagem) na UFMS, que será feita por meio de um instrumento de coleta de dados (questionário) que deverá ser preenchido pelo próprio pesquisado, o qual poderá dirimir suas dúvidas, no momento do preenchimento, junto à pesquisadora.

Convido você a participar, como voluntário (a) nesta pesquisa, como sujeito de investigação, no consentimento em preencher o questionário.

Eu, _____,

Afirmo, que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo com finalidade de publicação dos resultados da pesquisa que serão divulgados nos meios acadêmicos e científicos, inclusive à população de estudo. Fui também esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e que não corro nenhum risco em participar desta pesquisa. Minha colaboração se fará de forma anônima, gerando dados com o preenchimento do instrumento, a ser concedido a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora MERCY DA COSTA SOUZA, pelos telefones (67) 9983-6379 (67) 3345-3110.

Campo Grande, MS _____, de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Este projeto tem aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande- MS (CEP/UFMS), assim como pela Direção/Gerência do Serviço de Enfermagem das instituições participantes e está elaborado conforme disposto na resolução 196/96 do Congresso Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos. Sendo que desta forma, você ainda tiver dúvidas ou desejar alguma informação adicional sobre esta pesquisa você pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da UFMS no endereço: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, S/N, bairro cidade Universitária, Edifício de Pró- reitorias, telefone: (67) 3345-7187. Bem como, a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional (DEPQI), comissão de ética em pesquisa do HRMS: (67) 3378-2909 e (76) 3378-2766.

A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda, informado (a) de que posso me retirar desta pesquisa a qualquer momento, e caso me sinta constrangido (a) ao preencher alguma questão do instrumento posso deixá-la em branco, sem prejuízo ou sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Campo Grande, MS _____/_____de _____.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SANTA CASA



Ofício nº 07/Pesquisa/GEP/DPC/ABCG

Campo Grande, 26 de Abril de 2013.

De Gerência de Ensino e Pesquisa

A: Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem UFMS: Profª Drª Adriane Pires Batiston

CC: Gerência de Enfermagem


Autorização

Vimos autorizar a realização da pesquisa da mestranda Mercy da Costa Souza intitulado **CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO E AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA DE PRESSÃO** sob a orientação da Profª Drª Adriane

Esclarecemos que a pesquisa ocorrerá sob a aplicação do instrumento para os profissionais de enfermagem, conforme cronograma apresentado no projeto (meses de março a dezembro de 2013).

Solicitamos que nos sejam repassados os relatórios sobre as atividades desenvolvidas da pesquisa.

Atenciosamente,


Agleison Ramos Omido Júnior
Gerência de Ensino e Pesquisa

Agleison P. Omido Júnior
Gerente de Ensino e Pesquisa
ABCG - Santa Casa

ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



RESOLUÇÃO Nº 12 DE 10 DE JULHO DE 2013.

O CONSELHO DIRETIVO DO NÚCLEO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, resolve:

APROVAR o Projeto de Pesquisa intitulado: "Conhecimento e Prática dos Profissionais de Enfermagem na Prevenção e Cuidado do Paciente com Úlcera de Pressão", Pesquisadora Enf^a Mercy da Costa Souza, sob a coordenação da Prof^a Dr^a Adriane Pires Batiston.


CLÁUDIO WANDERLEY LUZ SAAB
Presidente

Núcleo de Hospital Universitário - NHU
Av. Senador Felinto Muller, 353 - Cidade Universitária - Vila Ipiranga - Campo Grande-MS - 79080-190
Fone (67) 3343 3304 - (67) 3343 3349(fax) - www.nhu.ufms.br - e-mail: secgab@nhu.ufms.br

ANEXO I



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Carta de Anuência do Chefe do Serviço do NHU para realizar pesquisa em seres humanos:

O Chefe do Serviço de Enfermagem /NHU, concorda com a realização da Pesquisa intitulada "CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CUIDADO DO PACIENTE COM ÚLCERA DE PRESSÃO", de responsabilidade da Orientadora Prof^a Dr^a. Adriane Pires Batiston e da pesquisadora Mercy da Costa Souza, em Nível de Mestrado do Programa da Enfermagem, a ser realizada no setor de Clínica Médica, Clínicas Cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva Adulto do NHU, no período de Agosto a Outubro de 2013.

Por ser verdade, firmo o presente,


Chefe do Serviço de Enfermagem - NHU
SIAPE - Jozias dos Anjos 1144895
Diretor de Enfermagem
DRE/EPN/NHU
COREN - 44002-148

ANEXO IV – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Conhecimento e prática dos profissionais de enfermagem na prevenção e cuidado do paciente com úlcera de pressão

Pesquisador: Mercy da Costa Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13003113.8.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 292.247

Data da Relatoria: 16/05/2013

UFMS



Continuação do Parecer: 292.247

CAMPO GRANDE, 04 de Junho de 2013

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Edilson dos Reis
Vice-coordenador
CEPI/UFMS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 711.042

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não se aplica.

Benefícios: Contribuir na produção de conhecimento acerca do assunto, para facilitar a identificação precoce dos riscos, de prevenção e intervenção adequada as UP, oferecendo uma assistência com qualidade e subsidiar ações e programas de promoção em educação e saúde, criação de protocolos regionais de prevenção a esse agravo.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A Pesquisadora informa a mudança de título para:

"CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO INDIVÍDUO EM RISCO E COM ÚLCERA POR PRESSÃO".

Informa ainda que não houve alteração na Metodologia e Objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e/ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 07 de Julho de 2014

Assinado por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Edilson dos Reis
Vice-coordenador
CEPI/UFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

ANEXO V – Formulário do SIGproj



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO

FORMULÁRIO-SÍNTESE DA PROPOSTA - SIPES EDITAL DISSERTAÇÃO E TESES

Uso exclusivo da Pró-Reitoria de Pesquisa

PROCESSO N°:
SIPES N°: 140566.540.1013.15022013

1. Introdução

1.1 Identificação da Proposta

Título:	Conhecimentos e prática dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente portador de úlcera de pressão
Coordenador:	Mercy da Costa Souza / Técnico
Tipo da Proposta:	PPG da IES - Mestrado
Editais:	DISSERTAÇÃO E TESES
Instituição:	UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Unidade Geral:	CCBS - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Unidade de Origem:	PPGEnf - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Início Previsto:	08/08/2012
Término Previsto:	30/07/2014
Possui Recurso Financeiro:	Não

1.2 Detalhes da Proposta

Natureza do Projeto:	Básica
Área de Conhecimento:	Ciências da Saúde » Enfermagem » Enfermagem Médico-Cirúrgica
Grupo de Pesquisa no CNPq:	Processo de cuidar em saúde e enfermagem do adulto e do idoso nas dimensões individual e coletiva.
Linha de Pesquisa:	Processo de cuidado ao adulto e idoso.
Parecer do Comitê de Ética:	Humanos
Local de Realização:	Núcleo do Hospital Universitário/UFMS, Santa Casa de Campo Grande/ABCG, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul/HRMS