



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO  
CURSO DE ENFERMAGEM

BRUNO PINHEIRO SANTOS  
KEIZE BRITO BARATA

**GERENCIAMENTO DE RISCO:** Análise das Ações Preventivas de Lesão por  
Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva

Belém/PA  
2017

BRUNO PINHEIRO SANTOS  
KEIZE BRITO BARATA

**GERENCIAMENTO DE RISCO: Análise das Ações Preventivas de Lesão por Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Paraense de Ensino– FAPEN como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Mônica Olívia L. Sá de Souza

Belém/PA  
2017

Biblioteca de Graduação – Faculdade Paraense de Ensino

---

S237g Santos, Bruno Pinheiro.

Gerenciamento de risco: análise das ações preventivas de lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. / Bruno Pinheiro Santos, Keize Brito Barata. \_ Belém, 2017.

83 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Paraense de Ensino, Belém, 2017.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mônica Olívia Lopes Sá de Souza.

1. Enfermagem. 2. Riscos. 3. Lesão por pressão. I. Título.

CDU 616.083

---

BRUNO PINHEIRO SANTOS  
KEIZE BRITO BARATA

**GERENCIAMENTO DE RISCO:** Análise das Ações Preventivas de Lesão por  
Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Faculdade Paraense de Ensino– FAPEN  
como requisito para a obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Mônica Olívia L. Sá de  
Souza

Aprovado em:12/12/2017

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_ - Orientador

Prof<sup>a</sup>. Mônica Olívia Lopes Sá de Souza

\_\_\_\_\_

Prof. Rodolfo Marcony Nobre Lira

\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Nayana Vêras Jardim de Oliveira

***Aos nossos pais, por acreditarem em nós.***

## **AGRADECIMENTOS**

### **Keize**

À minha mãe, Maria do Carmo Barata, pelo cuidado e dedicação, pois em muitos momentos foram a esperança e a força para eu seguir em frente.

Ao meu pai, Orlando Barata, pela presença em minha vida, o que significou que eu não estaria sozinha nessa caminhada.

Ao meu filho, Rodrigo Barata, pela compreensão quando precisei ficar ausente para estudar.

Ao meu irmão, Kleber Barata, que me impulsionou a escolher o tema deste trabalho.

Ao meu amigo Bruno, pelo companheirismo, amizade e suporte na realização deste trabalho.

À professora Mônica, pela orientação.

À professora Eliza pelas valiosas contribuições.

Às amigas, Elizabeth Santos, Ana Cláudia Souza e Dinalva Corrêa pelo incentivo e apoio constantes.

## RESUMO

A lesão por pressão é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Os fatores que colaboram para essas lesões são: a idade avançada, estado nutricional deficitário, incontinência urinária e fecal, obesidade, a sudorese excessiva, a umidade, as anemias, a dependência parcial ou total da locomoção. A prevenção da lesão por pressão tem sido foco de preocupação de gestores e profissionais de saúde e vale ressaltar que a maior incidência de Lesão por Pressão, no ambiente hospitalar, encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva- UTI. O objetivo deste trabalho é compreender como a atuação da equipe de enfermagem, no gerenciamento de riscos, pode contribuir para a prevenção da Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva adulto, em um Hospital privado, do município de Ananindeua-PA. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Participaram deste estudo, 09 (nove) profissionais que atuam na equipe de enfermagem da UTI. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individualizadas, utilizando-se como instrumento de coleta de dados um questionário com 09 (nove) perguntas. Para analisar os dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, de Minayo (2014). Os resultados encontrados apontam, de forma unânime, a mudança de decúbito como um dos aspectos avaliados em uma Lesão por Pressão. Conclui-se que a equipe de enfermagem possui conhecimento acerca da prevenção da lesão por pressão, por meio do gerenciamento de risco.

**Palavras-chave:** Riscos. Lesão por pressão. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Pressure injury is defined as localized damage to the underlying skin and / or soft tissues, usually over a bone prominence or related to the use of a medical device or other artifact. The factors contributing to these lesions are: advanced age, nutritional deficit, urinary and fecal incontinence, obesity, excessive sweating, humidity, anemia, partial or total dependence on locomotion. The prevention of pressure injury has been a focus of concern for managers and health professionals. The objective of this work is to understand how the nursing team's role in risk management can contribute to the prevention of Pressure Injury in the Adult Intensive Care Unit in a private hospital in the municipality of Ananindeua-PA. This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. Participants of this study were 09 (nine) professionals who work in the ICU nursing team. Data were collected through individualized interviews, using a questionnaire with 9 (nine) questions as a data collection instrument. To analyze the data, we used the Content Analysis technique, by Minayo (2012). The results found unanimously indicate the change of decubitus as one of the aspects evaluated in a Pressure injury. It is concluded that the nursing team has knowledge about the prevention of pressure injury through risk management.

**Keywords:** Scratches. Pressure injury. Nursing.

## LISTA DE SIGLAS

AHCPR	<i>Agence for Healt Core Policy and Research</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DeCS	Descritores em Saúde
EA	Eventos Adversos
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
HMPS	<i>Havard Medical Practice Study</i>
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MIFS	<i>Medical Insurance Feasibility Study</i>
NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NPUPAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PE	Processo de Enfermagem
PNSP	Programa Nacional de Segurança do paciente
RDC	Resolução Diretoria colegiada
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SLTP	Suspeita de Lesão Tissular Profunda
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia- Estomia, Feridas e incontinências
LPP	Lesão Por Pressão

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** Fluxograma 1-Fluxo de gerenciamento de risco de lesão por pressão

**Figura 2** Locais mais comuns para o aparecimento de Lesões por Pressão.

**Figura 3** Categoria/Grau I: Eritema não branqueável.

**Figura 4** Categoria/Grau II: Perda parcial da espessura da pele.

**Figura 5** Categoria/Grau III: Perda total da espessura da pele.

**Figura 6** Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos.

**Figura 7** Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada.

**Figura 8** Suspeita de Lesão nos tecidos profundos: Profundidade indeterminada.

**Figura 9** Modelo do queijo suíço de James Reason.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Considerações iniciais</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 Problematização e Objeto de estudo</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 Questões Norteadoras</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4 Justificativa e Relevância</b> .....	<b>13</b>
<b>1.5 Objetivos</b> .....	<b>14</b>
1.5.1 Geral .....	14
1.5.2 Específicos .....	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 Contexto Histórico da Gestão de riscos</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2 Gerenciamento de riscos</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3 Rede Brasileira de Hospitais Sentinela</b> .....	<b>19</b>
<b>2.4 Lesão por Pressão</b> .....	<b>19</b>
2.4.1 O papel da equipe de enfermagem na Lesão por Pressão .....	26
<b>2.5 Segurança do paciente</b> .....	<b>29</b>
<b>2.5.1 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)</b> .....	<b>29</b>
<b>2.6 Modelo de queijo suíço</b> .....	<b>32</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>3.2 Cenário de estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3 Sujeitos da pesquisa</b> .....	<b>34</b>
3.3.1 Critérios de inclusão .....	34
3.3.2 Critérios de exclusão .....	35
<b>3.4 Técnica de coleta de dados</b> .....	<b>35</b>
<b>3.5 Análise dos dados</b> .....	<b>35</b>
<b>3.6 Aspectos éticos e legais</b> .....	<b>36</b>
<b>3.7 Riscos e Benefícios</b> .....	<b>36</b>
<b>4 Resultados e Discussão</b> .....	<b>37</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO B- TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR</b> .....	<b>57</b>
<b>ANEXO C- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICA CIENTÍFICA</b> .....	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>59</b>
<b>APÊNDICE B- FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b> .....	<b>61</b>
<b>APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO</b> .....	<b>62</b>
<b>APÊNDICE D- PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO</b> .....	<b>63</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Considerações iniciais

Diversas são as terminologias adotadas indistintamente pelos autores para se referirem a úlcera por pressão (UP), tais como: úlcera por compressão, úlcera por decúbito e escara de decúbito (ALVES et al 2008). Segundo Wada et al (2010), o uso corriqueiro de outros termos para se referir à patologia incorporou-se à prática cotidiana, porém revela imprecisões conceituais. O termo “úlcera de decúbito”, por exemplo, apesar de rotineiramente empregado, não contempla a possibilidade de ocorrência da lesão em locais acometidos pela pressão exercida sobre proeminências ósseas com o paciente sentado, porque a palavra “decúbito”, do latim “*decumbere*”, significa “deitado”. Da mesma forma, o termo escara não deve ser empregado, pois se refere apenas ao tecido necrótico que pode existir sobre a úlcera.

Ainda segundo os autores, uma úlcera por pressão pode estar recoberta por uma escara, assim como pode haver apenas a úlcera, sem o tecido necrótico sobre ela. Portanto, o termo escara deve ser utilizado apenas quando houver tecido necrótico sobre a úlcera. No entanto, no dia 13 de abril de 2016, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) publicou a mudança da terminologia para “lesão por pressão” e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. Segundo a NPUAP, a terminologia em questão, descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada, justificando-se assim sua utilização (CALIRI et al, 2016).

De acordo com Nardoni (2016), a lesão por pressão ocorre devido à falta de suprimento de oxigênio e nutrientes nos tecidos. Ela se dá devido à pressão que os tecidos moles sofrem junto a uma proeminência óssea por longos períodos. Isso leva a isquemia local, edema, ativação dos mediadores de inflamação e por fim, morte celular.

De acordo com vários autores, a maior incidência de UP no ambiente hospitalar encontra-se nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), variando de 10,62% a 62,5% (ALCÂNTARA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a incidência e a prevalência das úlceras de pressão como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde (SOARES et al, 2011).

Conforme apontam Melleiro et al (2015), a qualidade e a segurança nos serviços de saúde são atributos inexoráveis, sendo que os gestores e os trabalhadores dessa área têm se preocupado em implementar políticas e metas, com o objetivo de atender às expectativas e às necessidades de seus usuários. Assim, para atingir a excelência nos serviços, torna-se imperativo que os gerentes das organizações construam e adotem políticas da qualidade, atreladas a um contínuo monitoramento, viabilizando produtos e serviços com maior uniformidade, redução de não conformidades, menores custos, ausência de desperdício e de retrabalho.

Dessa forma, a metodologia para a acreditação, Organização Nacional de Acreditação– ONA traz o Gerenciamento de Risco como estratégia e medida de prevenção a ocorrências em todos os âmbitos que envolvem os serviços de saúde. O processo de acreditação é voluntário, ou seja, é a organização, serviço ou programa da saúde que manifesta o interesse em ser avaliado. A avaliação é realizada pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. A certificação pode ocorrer em três níveis: Acreditado, Acreditado pleno e Acreditado com excelência. Sua aplicação pelas equipes assistenciais e administrativas de hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros, traz reflexos diretos na qualidade do atendimento, evitando ou prevenindo danos ao paciente, bem como à própria instituição de saúde (ONA, 2012).

Para compreendermos melhor este estudo, é importante abordar sobre as políticas de saúde, tais como a Rede Sentinela, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), dentre outros, que atuam para a melhoria da segurança do paciente.

Nesse sentido, ressalta-se a importância do papel da equipe de enfermagem no gerenciamento de risco e a aplicação de suas competências profissionais com vistas à prevenção da lesão por pressão.

## **1.2 Problematização e Objeto de estudo**

As Lesões por Pressão - LPP se constituem em um grande desafio para o cuidado de saúde, representando elevados custos financeiros e emocionais para os

pacientes, familiares e para as organizações de saúde. Ainda que seja considerado um problema de alta incidência em pacientes hospitalizados e classificado como um evento adverso, a sua ocorrência nem sempre está condicionada a falhas no cuidado, mas a questões intrínsecas dos pacientes atendidos (BRASIL, 2013).

As lesões por pressão podem desencadear sérios problemas de saúde que afetam todos os níveis assistenciais. Pensando nos pacientes hospitalizados que são acometidos por úlceras por pressão durante sua estada em instituição hospitalar, são obrigados a ver seu tempo de permanência hospitalar prolongado, distanciando-o de seu convívio familiar, aumentando os custos hospitalares, experimentando o desconforto da dor e tantas outras alterações que poderão ocorrer (ALVES et al., 2008).

Publicações demonstraram prevalência de Lesões por Pressão em hospitais americanos de 15%, e incidência de 7%. Aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluem a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias a essa lesão, gerando custo estimado de 11 bilhões de dólares por ano. No Brasil, um estudo realizado em hospital geral universitário evidenciou 39,81% de incidência; já estudos em Unidade de Terapia Intensiva estimaram incidências de 10,62% a 62,5% (OLKOSHI; ASSIS, 2016).

De acordo com Simão et al.(2013), a prevenção da úlcera por pressão (UPP) é considerada uma importante questão, considerando o contexto do movimento global pela segurança do paciente. Pode causar prejuízos de diversas naturezas aos indivíduos e aos serviços de saúde. A gestão de risco tem foco na prevenção de danos, minimização dos eventos adversos e eliminação das quase falhas também denominada fatores potenciais de risco ou quase erros (FELDMAN, 2011).

Diante do enunciado, o trabalho traz como objeto de estudo o papel da equipe de enfermagem na prevenção da LPP.

No sentido de promover a segurança do paciente, a prevenção de úlcera por pressão (UPP) tem sido foco de preocupação de gestores e profissionais de saúde (INOUE; MATSUDA, 2016). Decorrente do exposto surge à questão de investigação: De que forma o gerenciamento de riscos realizado pela equipe de enfermagem pode contribuir para a prevenção da lesão por pressão?

### 1.3 Questões Norteadoras

Na perspectiva de melhor compreender o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco, visto como estratégia de proteção do paciente, suscetível a adquirir lesão por pressão, serviu como subsídio para as seguintes questões norteadoras:

- Quais recursos são necessários para prevenção de tal risco?
- Qual a importância do papel da equipe de enfermagem para o gerenciamento de risco?
- Qual a percepção da equipe de enfermagem na prevenção da lesão por pressão?

### 1.4 Justificativa e Relevância

É sabido que as lesões por pressão acometem principalmente, os pacientes hospitalizados, os quais estão frequentemente, acamados por longos períodos, com mobilidade reduzida ou nula, aqueles que possuem alterações na percepção sensorial e na circulação periférica, níveis de consciência alterados, incontinência urinária e fecal, nutrição deficiente ou são imunodeprimido (MORO; CALIRI, 2016).

O papel da equipe de enfermagem é voltar à atenção para os pacientes com predisposição a ter esse tipo de complicação, pois, prevenir ainda é o melhor remédio. Assim, a equipe de enfermagem deve ter competência profissional para identificar, minimizar e/ou sanar os fatores de risco para as lesões por pressão, pois o enfoque preventivo deve nortear a prática da assistência em enfermagem (ALVES et al., 2008).

A proposta de desenvolvimento deste tema baseou-se nas experiências vivenciadas a partir de nossa formação acadêmica, como técnicos de enfermagem. No entanto, a ideia persistiu quando, a autora da pesquisa em 2013, estava com seu irmão diagnosticado com cetoacidose diabética e ficou internado durante 21 (vinte e um) dias no apartamento e 34 (trinta e quatro) dias em uma Unidade Terapia Intensiva (UTI) e adquiriu uma lesão por pressão de grau inclassificável. Após assistir a falta de prevenção da doença por parte da equipe de enfermagem, foi onde a autora decidiu se responsabilizar pelo tratamento do seu irmão em domicílio.

A inquietude em relação ao tema surgiu quando passamos a entender a magnitude do problema, pelo fato de as lesões por pressão poderem ser evitadas com a adoção de medidas especiais. Por sua vez, a ausência de correção das falhas e a ocorrência de eventos adversos colocam em risco a segurança do paciente, com possibilidade de incorrer em danos leves a graves.

Justifica-se também esta investigação pelo o impacto que causam na vivência, na dor e no sofrimento, quer do paciente, quer dos que o rodeiam, bem como a nível econômico, pelos gastos que se impõem em nível de prevenção e tratamento.

A pesquisa em pauta é relevante para o campo da enfermagem, uma vez que coloca a atuação da equipe de enfermagem como imprescindível para garantir qualidade e segurança aos pacientes. Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de outras pesquisas sobre a temática e para o reconhecimento de sua importância, tanto no âmbito das organizações hospitalares quanto para profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Geral**

- Analisar as medidas preventivas para o desenvolvimento de Lesão por Pressão em pacientes admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da rede privada no município de Ananindeua – PA.

### **1.5.2 Específicos**

- Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção da lesão por pressão;
- Verificar o papel da equipe de enfermagem no gerenciamento de riscos para as lesões por pressão; e
- Descrever qual(is) a(s) categorias/graus mais recorrentes de lesão por pressão no hospital.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Contexto Histórico da Gestão de Riscos**

É importante ressaltar que há diferença entre Gestão e Gerenciamento de risco. De acordo com Feldman (2011), houve um período em que se usavam nomenclaturas variadas por vezes com o mesmo significado. Entretanto, com a recém-lançada ISO 31:000 de 2009, sobre Gestão de Riscos - Princípios e diretrizes. A Gestão de riscos são atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos, e com a publicação da taxonomia para segurança do paciente, de Bohomol E, Denser C e Harada MJ, descrita no livro de Gestão em Enfermagem 2011, da editora Yendis, as palavras foram definidas para este contexto.

Gestão de Risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2014).

A administração ou gestão de riscos começou a se desenvolver nos EUA a partir dos anos 50. Algumas grandes empresas americanas, nessa década, incorporaram a função Gerência de Riscos, que inicialmente compreendia a compra e gestão das apólices de seguro. Posteriormente, a Gerência de Riscos ampliou seu campo de atuação, incorporando a assessoria na tomada de decisões pela necessidade de questionar os riscos das empresas, e para isso buscaram profissionais especializados dedicados a estreitar e tratar de maneira especial o relacionamento com as seguradoras (FELDMAN, 2011).

O Processo de Gestão de Riscos é aplicado a qualquer situação que possa gerar consequências negativas ou um resultado não mapeado ou não esperado, e é parte integrante de toda boa gestão (FELDMAN, 2009).

Segundo Feldman (2011), em meados dos anos 70, produziu-se, naquele país, a chamada “crise do seguro da má prática”. Esta situação se caracterizou pelo crescimento das reclamações por negligência devido às altas importâncias financeiras acordadas nos tribunais de justiça, pelo aumento dos prêmios das apólices de seguro, pelas dificuldades cada vez maiores que pleiteavam as seguradoras na contratação das apólices de responsabilidade civil e pelo gasto público que tudo isso representava para os profissionais e empresas de assistência

à saúde. Essa situação levou as organizações e empresas de saúde nos EUA a estabelecerem programas destinados a melhorar as situações de inflação constantes com estes gastos.

A metodologia incorporou-se ao setor da saúde nos EUA há cerca de 30 anos, decorrente da evolução e alto grau de complexidade dos hospitais e empresas de saúde, como laboratórios clínicos, bancos de sangue e agências transfusionais, centros de diagnóstico por imagens entre outros. Paralelamente, com o mesmo objetivo: proteger as organizações de saúde contra as perdas. No início, a gestão de riscos na saúde também dedicou a máxima atenção na contratação de seguros de responsabilidade civil para cobrir consequências econômicas das ações e processos por má prática, tanto contra profissionais como contra os hospitais (MILAGRES, 2015).

No passado, a gestão de riscos e melhoria da qualidade foram funções frequentemente operadas separadamente nas organizações de saúde e os indivíduos responsáveis por cada função tinham diferentes linhas de trabalho dos relatórios- uma estrutura de organização com uma gestão de risco ainda mais dividida entre a qualidade e a melhoria. Hoje, os esforços das organizações de saúde para gestão de riscos e melhoria da qualidade estão mobilizados perseguindo a segurança do paciente e encontrando maneiras de trabalhar juntos de forma mais eficaz e eficiente para garantir que suas organizações prestem cuidados seguros e de alta qualidade aos doentes (ECRI, 2009).

Com a implantação da Acreditação Hospitalar, nos anos 90, gerenciar riscos nas instituições de saúde tornou-se premissa básica e norteadora dos processos assistenciais para obter a certificação da Qualidade. Tanto que hospitais incorporaram a segurança e a prevenção de danos ao paciente exatamente nos padrões, normas e critérios de avaliação definidos em manuais de acreditação (FELDMAN, 2011).

## **2.2 Gerenciamento de riscos**

O Gerenciamento de Riscos visa aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na identificação, análise, avaliação, controle, monitoramento e comunicação de risco (BRASIL, 2014).

O Gerenciamento é entendido pela operacionalização, ou seja, o como fazer. Traduz-se pelos aspectos relativos à comunicação entre as partes, ao estabelecimento do quadro para identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos. Portanto, trata-se do gerenciamento dos riscos nas atividades e tarefas diárias (FELDMAN, 2011).

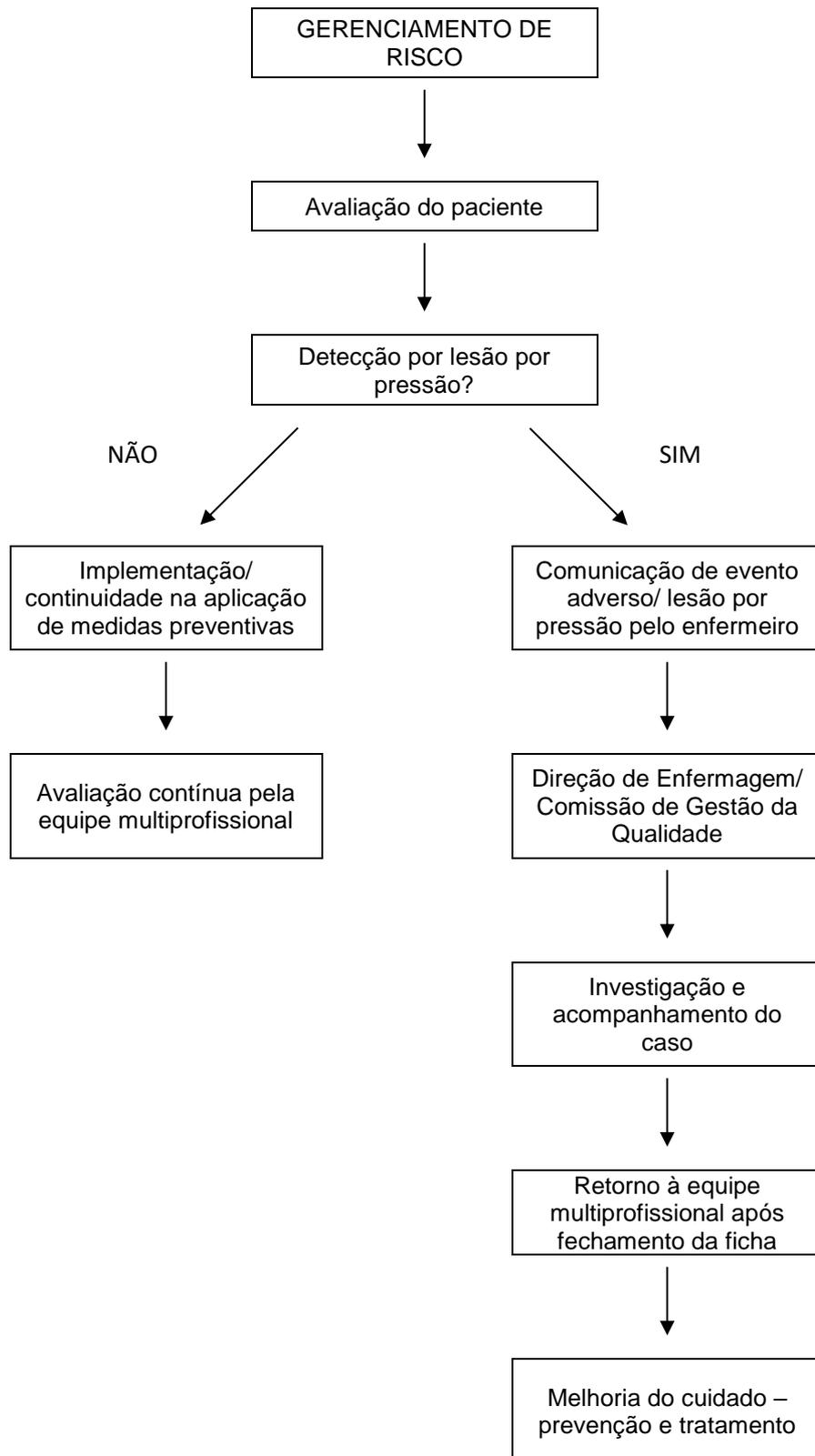
Por meio da RDC 2/2010, o Gerenciamento de Riscos passou a ser uma exigência desta Agência aos estabelecimentos de saúde, pois requer que o mesmo possua uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos, além disso, deve notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Lima e Dutra (2010), os objetivos de um bom gerenciamento de riscos, são:

- melhorar a gestão de incidentes e reduzir perdas e custos com riscos;
- melhorar a identificação das oportunidades de melhorias e das ameaças;
- ter uma base mais sólida e segura para tomada de decisão e planejamento;
- pró-atividade da gestão;
- melhorar o uso e alocação dos recursos;
- melhorar a segurança e confiança das partes envolvidas;
- melhorar a conformidade com a legislação pertinente;
- melhorar a gestão.

O gerenciamento de riscos representa uma das principais estratégias de gestão para identificar oportunidades e utilizá-las para melhorar o desempenho das organizações de saúde. Entretanto, sabe-se que os profissionais e as organizações de saúde encontram-se no estágio inicial de entendimento e melhoria inicial de segurança do paciente (FELDMAN, 2009).

A elaboração de um sistema de comunicação da ocorrência da lesão por pressão permite o levantamento de dados e possibilita a seleção de métodos pela equipe de enfermagem para a prevenção ou comunicação do agravo. O fluxograma, a seguir, demonstra isso:

**Figura 1:** Fluxograma 1 – Fluxo de Gerenciamento de risco de lesão por pressão.

### **2.3 Rede Brasileira de Hospitais Sentinela**

A Rede Sentinela é uma estratégia iniciada em meados do ano de 2001, com o objetivo de ser observatório ativo do desempenho e segurança de produtos de saúde regularmente usados: medicamentos, kits para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes. Trata-se, portanto, de uma importante estratégia para o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS (instituído pela Portaria Ministerial MS nº 1.660, de 22 de julho de 2009) (ANVISA, 2014).

Desta forma, busca promover o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de Saúde. Por este motivo, foi criado o cargo de gerente de risco, responsável pela farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância de saneantes na instituição em que trabalha. Esta Rede Sentinela trabalha com a gestão de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (MILAGRES, 2015).

Com o intuito de participar da Rede Sentinela, ficou estabelecido a partir de 2011, que as instituições necessitam criar uma gerência de risco e apresentar uma política de gestão de risco que descreva estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos. A gerência de riscos da Rede Sentinela poderá atuar, simultaneamente, como Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) ou em conjunto com este (BRASIL, 2014).

Além disso, devem demonstrar como ocorre a integração da sua gerência de risco com outras instâncias que lidam com risco nas instituições, tais como, comissões de controle de infecção, núcleos de epidemiologia e de qualidade, entre outras. Esta gerência de risco é responsável por fazer o elo entre a ANVISA e a instituição de saúde, garantindo que a política de gestão de risco seja aplicada (BRASIL, 2014).

### **2.4 Lesão por pressão**

Lesão é o nome dado a uma ferida no qual se resulta de uma lesão encontrada tanto no tecido mucoso quanto no cutâneo podendo levar a desintegração gradual ou morte do tecido (LAMÃO et al, 2016).

As lesões podem ser encontradas em diversos locais, tais como cutâneo, mucosas (meio externo e interno), serosas e complexas. Em relação à etiologia, as lesões podem ser classificadas em: traumática, varicosas, isquêmica, diabética, vasculites pépticas, mista e por pressão (LAMÃO et al, 2016).

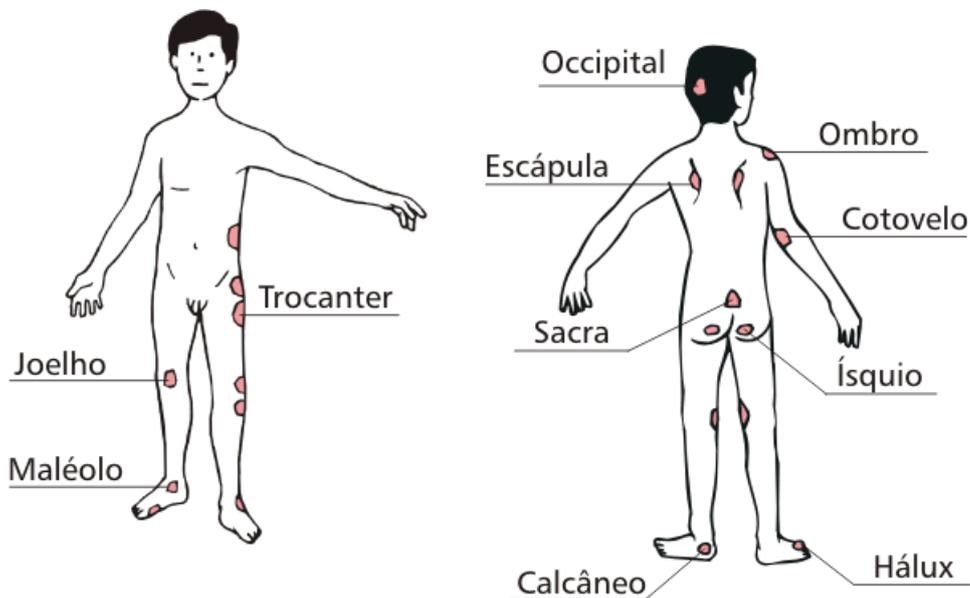
A importância dada ao tema lesão por pressão revela-se como marco a partir de 1987, quando o governo norte-americano criou um órgão para avaliação e credenciamento dos serviços de saúde – *The Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) – o qual estabeleceu que a lesão por pressão passaria a constituir um indicador de qualidade do cuidado, tornando-se, assim, um parâmetro para avaliação dos serviços de saúde (GOULART et al., 2008).

Em novembro de 2015, a Associação Brasileira de Estomaterapia- Estomia, Feridas e Incontinências (SOBEST) lançou a campanha “Mude de lado e evite a pressão”. O objetivo era conscientizar a população sobre as lesões por pressão, muito comuns em pessoas acamadas e impossibilitadas de mudar de posição. Palestras e esclarecimentos sobre o assunto foram realizadas em diversos hospitais do país. As ações fizeram parte de um movimento internacional e tem como data principal o dia 19 de novembro, considerado o Dia Mundial de Prevenção da Úlcera por Pressão (CONTE, 2015).

O *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e o *National pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) definem lesão por pressão como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (CALIRI et al., 2016).

A lesão por pressão pode originar-se em todas as posições que sejam mantidas prolongadamente um paciente. Na figura a seguir, são apresentados os locais mais comuns para o aparecimento da lesão por pressão.

**Figura 2:** Locais mais comuns para o aparecimento de Lesão por Pressão



**Fonte:** Protocolos de Enfermagem. Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão. Hemorio-2010.

As úlceras por pressão são as únicas feridas que são estagiadas. O estagiamento é realizado quando se examinam e registram as condições da ferida e são classificadas segundo critérios estabelecidos pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 1989, entidade norte americana, que discrimina quatro estágios observados visualmente na evolução de uma úlcera por pressão (GOULART et al., 2008).

Segundo Lima et al (2016), de acordo com suas características, pode ser classificada por categorias (I, II, III e IV), como úlceras que não podem ser classificadas até que sejam desbridadas (inclassificáveis) e/ou como Suspeita de Lesão Tissular Profunda (SLTP).

As Lesões por Pressão são categorizadas para indicar a extensão do dano tissular. Os estágios foram revisados com base nos questionamentos recebidos pelo NPUAP dos profissionais que tentavam diagnosticar e identificar o estágio das lesões. São eles: Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece; Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total; Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura

total e perda tissular (CALIRI et al., 2016).

A seguir, apresentamos as categorias/graus das lesões por pressão atualizadas pela NPUAP.

### **Categoria/Grau I- Eritema Não Branqueável**

Pele intacta com hiperemia de uma área localizada. A hiperemia não regride após alívio da pressão, há edema discreto. Neste tipo de úlcera observa-se a cicatrização espontânea se forem realizadas as ações preventivas tais como mudança de decúbito, posicionamento do paciente etc. (MATOS, 2010).

**Figura 3: Categoria/Grau I- Eritema Não Branqueável**



**Fonte:** Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast

### **Categoria/Grau II: Perda parcial da Espessura da pele**

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose. Esta Categoria/Grau não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações. A equimose é um indicador de uma suspeita de lesão nos tecidos profundos (NPUAP, 2014).

**Figura 4: Categoria/Grau II: Perda parcial da Espessura da pele**



Fonte: Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast

### **Categoria/Grau III: Perda Total da Espessura da Pele**

Comprometimento até o tecido subcutâneo que fica visível, sem exposição óssea, tendão ou músculo. Pode haver esfacelo, incluindo descolamento da pele e tuneilização (formação de túneis relacionados com a profundidade) (MATOS, 2010).

**Figura 5: Categoria/Grau III: Perda Total da Espessura da Pele**



Fonte: Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast

### **Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos**

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou das feridas, pode aparecer tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera por pressão de categoria/grau IV varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de Categoria/Grau IV pode atingir o músculo e /ou as estruturas de suporte (ou seja, fáscia, tendão ou cápsula articular),

tornando possível a esteomelite. Tanto o osso como o tendão expostos são visíveis ou diretamente palpáveis (NPUAP, 2014).

**Figura 6: Categoria/Grau IV- Perda total da espessura dos tecidos**



**Fonte:** Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast

**Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada:** Perda total da espessura da pele ou de tecidos –profundidade indeterminada. Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é, no entanto, uma úlcera de estágio III ou IV. Obs. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida (PRESTES, 2014).

**Figura 7: Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade Indeterminada**



**Fonte:** Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast

**Suspeita de Lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada:** Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico. A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais, mesmo que estas recebam o tratamento adequado (NPUAP, 2014)

**Figura 8: Suspeita de Lesão nos tecidos profundos: Profundidade Indeterminada**



**Fonte:** Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast

Além dessas, há outras como: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membranas Mucosas.

São vários os fatores que colaboram para a formação dessas lesões sendo os principais causadores a imobilização, a dependência parcial ou total da locomoção, a alteração do nível de consciência, a idade avançada, a nutrição (deficiência de vitaminas e desnutrição), a pressão excessiva e/ou prolongada sobre os tecidos, a sudorese excessiva, a umidade, as anemias, o edema, a espasticidade, as contraturas, traumatismos, aparelhos como gesso e a incontinência urinária ou fecal (ALVES, et al., 2008).

O reconhecimento dos indivíduos em risco de desenvolver UP não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas também do uso de um instrumento de medida, como uma escala de avaliação que apresentem adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade (SILVA et al., 2010).

Atualmente, há em torno de 40 escalas de avaliação de risco para UP e seus estudos, na maioria de revisões da literatura, são opiniões de especialistas ou adaptações de instrumentos já existentes. Entretanto, não relatam a identificação dos pesos atribuídos aos fatores de risco nem o emprego de técnicas estatísticas adequadas. Nesse sentido, autores criaram instrumentos de avaliação capazes de prever a ocorrência de UP, sendo os mais conhecidos e utilizados os de Norton, Waterlow e Braden (ARAÚJO et al., 2011).

<b>Escalas de Norton</b>	<b>Escalas de Waterlow</b>	<b>Escala de Braden</b>
<b>Subescalas</b>	<b>Subescalas</b>	<b>Subescalas</b>
Condição física; Nível de consciência; Atividade; Mobilidade; Incontinência.	Peso/altura (IMC); Avaliação visual da pele; Sexo/idade; Continência; Mobilidade; Apetite; Medicações.	Sensorial; Atividade; Mobilidade; Umidade; Nutrição; Fricção ou cisalhamento.
Sub escalas: 1 a 4; Total: 20 pontos; Quanto menor o escore maior risco de UP; Pontuação < 12 maior o risco. (6)	Quanto maior o escore, maior risco de UP: Em risco (escore de 10 a 14); Alto risco (escore de 15 a 19); Altíssimo risco (escore ≥ 20). (13)	Quanto menor o escore, maior risco de UP: Risco muito alto (escores ≤9); Risco alto (escores de 15 a 18 pontos); Sem risco (escores ≥ 19). (14)

Fonte: SANTOS, NEVES e SANTOS (2013).

#### **2.4.1 O papel da equipe de enfermagem na Lesão por Pressão**

De acordo com Ascari et al (2014), a enfermagem é responsável pelo cuidado direto com o paciente e pelo gerenciamento da assistência, cabendo a esta equipe a maior parcela do cuidado.

De acordo com Souza et al (2010), a má qualidade da assistência prestada a indivíduos portadores de UP por muito tempo foi considerada um problema estritamente de enfermagem, uma vez que esses profissionais são os que estão em contato direto com os pacientes. Evidências científicas têm mostrado que o

aparecimento da UP está associada a fatores múltiplos como mobilidade, nutrição, idade, umidade, temperatura elevada, estado cognitivo, lesão medular.

A prevenção de LP deve ser reconhecida como um problema de saúde que necessita do envolvimento de todos os profissionais da área da saúde, mas principalmente da equipe enfermagem, pois esses permanecem no hospital, prestando cuidados diretos aos pacientes (ALVES et al., 2008).

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem executa maior número de horas assistenciais, tendo como atuação a implementação de medidas preventivas e sistematizadas de cuidado, por meio da utilização de instrumentos de medida que apresentem adequados índices de validade preditiva, a exemplo a escala de Braden que tem como finalidade avaliar e identificar os pacientes em risco de desenvolver as UP (NASCIMENTO; SANTOS, 2015).

As estratégias de prevenção da UP incluem alguns elementos chaves que consistem em: avaliar o risco do paciente para UP na admissão em qualquer serviço de saúde e a reavaliação periódica; inspecionar a pele diariamente e protegê-la contra excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento; realizar tratamento precoce ao detectar anormalidades; usar superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade e educar profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores (RANGEL; CALIRI, 2009).

Conforme apontam Costa e Costa (2007), para a previsão e prevenção da úlcera de pressão utilizamos as diretrizes da AHCPR (*Agence for Health Core Policy and Research*).

➤ **Avaliação de risco:**

Pessoas acamadas de modo geral (cama, cadeira de rodas, sem capacidade de mobilidade para se posicionar)

Utilizar um método para avaliação do risco como a escala de Norton ou Braden; Avaliar os pacientes individualmente e em intervalos regulares; Identificar os fatores de risco (idade, estado nutricional, umidade e outros) para direcionar as medidas preventivas;

➤ **Cuidados com a pele:**

Inspecionar a pele regularmente; Frequência do banho individualizada, uso de agente de limpeza suave, evitar água quente e fricção; Usar barreira tópica para

umidade e absorventes higiênicos que absorvam a umidade e deixem a superfície seca; Usar hidratantes adequados, evitar frio e calor excessivos (podem causar ressecamento da pele); Use um posicionamento correto, evitando a pressão e força de cisalhamento; Use coberturas protetoras para evitar o atrito sob lesão; Procure atribuir soluções ou programas para o melhor suporte nutricional, atividades e mobilidade.

➤ **Intervenções e Resultados. Monitorização**

Reposicionar o paciente a cada duas horas; Utilizar colchões redutores de pressão; Observar a postura do paciente e a respectiva pressão; Evite arrastar as pessoas durante a mudança de posição caso seja necessário, use recursos tipo trapézio ou forro de cama; Mantenha as proeminências ósseas em travesseiros de espuma para evitar seu contato com a cama ou o corpo; Eleve a cabeceira da cama o menos tempo possível (ângulo 30° no máximo).

➤ **Educação**

Implementar programas educacionais bem estruturados e direcionados para pacientes e educadores; Fornecer informações sobre: etiologia, fatores de risco, instrumentos de avaliação, uso de suportes, cuidados individualizados, demonstração de posicionamento, documentação e registro correto dos dados.

Para as medidas de prevenção da LP é mais importante que as propostas de tratamento, visto que o custo é menor e o risco para o paciente é praticamente inexistente. Porém, este processo deve envolver uma equipe multidisciplinar integrada para a obtenção dos melhores resultados. O conhecimento e entendimento da definição, causas e fatores de risco por parte dos profissionais da saúde se faz necessário, a fim de se implantar medidas de prevenção e tratamento mais eficazes (GOULART et al., 2008).

É de extrema importância a equipe de enfermagem ter conhecimentos adequados no tratamento em úlceras de pressão, é através dele que se refletirá claramente a sua percepção de prática assistencial ao paciente com úlcera de pressão, pois este paciente necessita de cuidados não somente não só para seus problemas de ordem fisiológicas, mas também psíquicas e sociais, requer a atuação de um profissional de forma integrada, capaz, e comprometido com a qualidade da assistência prestada, ficando assim livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência (AMARO, BATISTA, 2010).

Acredita-se que uma equipe multiprofissional responsável, envolvida e estimulada a entender e conhecer o que são úlceras de pressão, em especial a equipe de enfermagem, pode contribuir para a disseminação do conhecimento com enfoque para a prevenção e tratamento das feridas crônicas, principalmente as úlceras de pressão. Isso diretamente poderá influenciar na redução da carga de trabalho empenhada no tratamento e na recuperação dessas lesões (PAIVA, 2008).

A prevenção de UPP é uma questão que deve ser avaliada. A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. A complexidade e a gravidade dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de UPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar suas estratégias de prevenção conforme as demandas do paciente (ARAÚJO, SANTOS, 2016).

A prevenção da LP foi e continua sendo o cuidado importante na Enfermagem, e por que não dizer: retrata a qualidade da assistência de enfermagem. Compreender a prática do cuidar só é possível a partir de uma concepção holística, ou seja, um cuidar que veja diante de si uma pessoa integralmente (LOBOSCO, et al., 2008).

Além disso, a atitude profissional da equipe de enfermagem em relação às úlceras de pressão vem mudando de forma expressiva, seja pelo interesse de novas modalidades terapêuticas, seja na aplicação de medidas preventivas, isto é, nas mudanças de atitudes relativas aos pacientes, entendo que cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de amor, preocupação com o outro, envolvimento de afeto (PAIVA, 2008).

## **2.5 Segurança do paciente**

As UPP são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente. Desse modo, vale ressaltar o contexto do movimento global pela segurança do paciente que visa promover e apoiar a implementação em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (ARAÚJO; SANTOS, 2016).

Foi na virada do século XX, que um esforço sistemático para melhorar a segurança do paciente começou, impulsionado pela publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), intitulado "Errar é humano". Em 1999, este relatório trouxe à tona a questão dos eventos adversos (EA) e da segurança do paciente, resultando em maior atenção da mídia e dos profissionais de saúde de todo o mundo. Destacava que cerca de 44 a 98 mil pessoas morriam todos os anos, nos Estados Unidos, vítimas de erros médicos e que 7 mil destes casos estavam relacionados aos erros com medicação (MILAGRES, 2015).

Um momento muito importante para a segurança do paciente foi à criação pela Organização Mundial da Saúde da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, por meio de resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004. Nesta assembleia, recomendou-se aos países membros atenção ao tema Segurança do Paciente e, desde então, tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS (BRASIL, 2011).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente visa socializar os conhecimentos e as soluções encontradas, conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (BRASIL, 2011).

A OMS acrescenta que um dos elementos centrais desta Aliança é o Desafio Global, que lança a cada período um novo desafio, ou seja, um tema prioritário e as ações necessárias para minimização de risco de dano desnecessário ao paciente, relacionadas a este tema, para adoção pelos Estados Membros da Organização (OMS, 2009).

Desta forma, a OMS define segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo dano compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico (MILAGRES, 2015).

Segundo a OMS, a segurança do paciente pode ser alcançada através de três ações complementares: evitar a ocorrência de eventos adversos; facilitar sua

visualização; e minimizar os efeitos através de medidas eficazes (MONTEIRO; SILVA, 2013).

O termo “Evento adverso” (EA) foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta (BRASIL, 2014).

Consideram-se como itens de classificação de segurança do paciente segundo a Organização Mundial de Saúde: 1- o tipo de evento (se evento adverso/quase falha/evento sentinela); 2- o tipo de desfecho do paciente (se dano: leve/moderado/grave/morte); 3- as características clínicas do paciente; 4- as características do evento notificado; 5- os desfechos ocorridos na Instituição; 6- a detecção dos riscos; 7- os fatores de mitigação; 8- as ações de melhoria e 9-as ações preventivas de riscos adotadas sistematicamente em toda a instituição (HINRICHSEN, et al., 2011).

#### 2.5.1 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Em Abril de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM no 529/2013, na qual um dos objetivos é o monitoramento da incidência de UP, objetivando minimizá-la em pacientes hospitalizados. Segundo o protocolo do MS, as principais medidas de prevenção são a avaliação dos pacientes em risco; o manejo do estado nutricional incluindo a hidratação, inspeção e avaliação diária da pele; o manejo da umidade e a redistribuição da pressão (BRASIL, 2013).

A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente: A primeira aprova os protocolos: 1-Identificação do paciente, 2- Prevenção de quedas, 3- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. A segunda aprova os protocolos: 4- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde, 5- Cirurgia segura, 6- Prevenção de úlcera por pressão (BRASIL, 2013).

Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs), previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na Resolução da Diretoria Colegiada -RDC nº 36/2013, são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Os NSPs devem ser implantados em serviços de saúde, sejam eles públicos,

privados, filantrópicos, civis ou militares. Estão inclusos nas listagens de estabelecimentos de saúde, portanto, hospitais, clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento (ex: serviços de diálise, endoscopia, radiodiagnóstico, de radioterapia, etc). A criação do NSP é compulsória e será fiscalizada pela vigilância sanitária local. A não estruturação do NSP constitui uma infração sanitária (ROSA, 2014).

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de Saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde (BRASIL, 2014).

A Resolução Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA nº 36/2013) instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta normativa regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

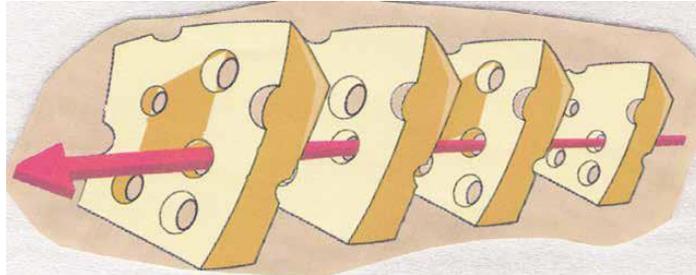
## **2.6 Modelo do queijo suíço em uma abordagem sistêmica**

A definição de erro da OMS - falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano foi baseada nos trabalhos de James Reason. A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. Os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema. Erros latentes são atos ou ações estáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Um erro ativo pode ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração, e um erro latente, a falta de medicamento no hospital (BRASIL, 2014).

A Figura 7 mostra o modelo do queijo suíço o qual demonstra uma abordagem sistêmica para gerenciar o erro ou a falha. O modelo mostra que quando não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. O vetor, mostrado na figura, representa que o risco não encontrou barreira e atingiu o paciente. As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais

atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de *check list* cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos, etc. (BRASIL, 2014)

**Figura 9** – Modelo do queijo suíço de James Reason



**Fonte:** BRASIL, 2014.

No entanto, considera-se por meio dessa abordagem, que homens são falíveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança (aviação, por exemplo), irão conviver com certa taxa de erros, mesmo que mínima (ROSA, 2014).

Dessa forma, no que se refere à lesão por pressão, é fundamental investir em metodologias de acompanhamento das taxas de úlcera por pressão e na implementação de protocolos de prevenção para atenuar os riscos a que os pacientes internados estão expostos (BRASIL, 2013a).

Assim, o Ministério da Saúde lançou em 2013 um Protocolo da Lesão por Pressão com a finalidade de promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele (BRASIL, 2013b).

Todavia, o desaparecimento das UP pode não ser atingido, mas há possibilidade de se obterem drásticas reduções em seus índices com um elevado investimento em práticas educativas e preventivas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2013).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Foi utilizado como caminho metodológico o estudo com abordagem qualitativa de caráter descritivo exploratório do tipo pesquisa de campo. Minayo (2013) descreve que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa nas ciências Sociais com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

A pesquisa exploratória visa oferecer informações sobre o objeto de estudo e orientar na formulação de hipóteses. Já a pesquisa descritiva busca compreender a estrutura e o funcionamento de um fenômeno, por meio do registro de análise de uma determinada realidade (MARCONY; LAKATOS, 2007).

#### **3.2 Cenário de estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, de um Hospital privado de médio porte, no município de Ananindeua-Pará. O Hospital possui 80 (oitenta) leitos de enfermagem, 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva-UTI adulto e 10 leitos neonatal. As especialidades oferecidas são: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia Obstetrícia, Cardiologia, Traumatologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Proctologia, Nutrição, dentre outros.

#### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

A pesquisa foi realizada com a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital do município de Ananindeua-Pará. As entrevistas foram realizadas com os profissionais que atuam nos períodos matutino e vespertino.

##### **3.3.1 Critérios de inclusão**

Os sujeitos deste estudo serão a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atuem no hospital, no mínimo há 06 (seis) meses e que aceitem participar da pesquisa, conforme horário previamente acordado e disponibilidade dos mesmos.

### 3.3.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo aqueles que não se dispuseram a participar, os que desistirem da pesquisa, os profissionais enfermeiros que não trabalhem na UTI Adulto, os que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e por fim, os que não participarem de todas as etapas da Pesquisa.

### 3.4 Técnica de coleta de dados

A técnica utilizada para o registro dos dados foi entrevista individual para proporcionar mais privacidade e um roteiro estruturado de 09 (nove) perguntas abertas acerca do tema e um cabeçalho que permitiu a caracterização do perfil dos profissionais - apenas para identificar os sujeitos da pesquisa.

A entrada no campo da pesquisa, após a localização dos participantes do estudo, deu-se através de uma consulta prévia aos selecionados, após este contato foi feito o convite para participarem do estudo. Nesse momento, foram expostos os objetivos do estudo, foi feita a leitura do TCLE, informando-os sobre a necessidade de respostas francas ao perguntado. Foram orientados em relação à garantia do anonimato por meio da codificação com pseudônimo utilizado para cada participante, ao qual nesse momento, obteve-se as assinaturas das participantes da pesquisa e do pesquisador, que constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do participante. A partir dessa etapa foi realizado o preenchimento do roteiro, (Apêndice C). As perguntas foram realizadas em uma sala reservada para sua melhor privacidade.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados após a realização e transcrição das entrevistas, no qual foi realizada a leitura das informações com a intenção de atender os objetivos propostos da pesquisa. Em seguida, procedeu-se à seleção de textos significativos ao objeto em estudo, procurando estabelecer as categorias para iniciar a sua análise.

Foi escolhida a Análise de Conteúdo na intenção de buscar o significado das mensagens dos depoentes (ou núcleos de sentido), contextualizando-as. Segundo Minayo (2014), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

### **3.6 Aspectos éticos e legais**

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Ministério da Saúde. Porém, este estudo não implicará em ônus para as instituições envolvidas. Para garantir autonomia, um dos quatro referenciais básicos da bioética, presentes na Resolução nº 466/12, foi submetido aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assinado antes da etapa de campo, após uma breve exposição dos objetivos do estudo e técnicas de produção de dados.

Cabe destacar que, além da assinatura do TCLE, foram assegurados o respeito ao anonimato e à liberdade para se retirarem da pesquisa e receberem todo o material produzido (transcrições), sem nenhum comprometimento pessoal.

### **3.7 Riscos e Benefícios**

Os dados foram analisados, considerando o anonimato dos sujeitos, seja neste trabalho, seja em publicações científicas e apresentação de eventos científicos. Como foi necessário uma identificação, foram utilizados nomes fictícios. Sua participação envolverá desconfortos ou riscos. Estarão garantidas todas as informações que a equipe de enfermagem desejar; antes, durante e após a pesquisa e se caso necessite tirar alguma dúvida com relação à pesquisa, deve entrar em contato com os responsáveis pela mesma.

Os sujeitos entrevistados não poderão ter qualquer tipo de benefício direto, compensações pessoais ou financeiras relacionadas à autorização concedida.

Dentre os benefícios que esta pesquisa trará, cabe ressaltar que esta pesquisa é importante para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico. Neste sentido, espera-se que o presente estudo possa contribuir para o planejamento de ações e estratégias para a prevenção ou para a diminuição dos fatores de riscos para o desenvolvimento da lesão por pressão.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Perfil dos participantes

Participaram da pesquisa 09 (nove) profissionais da equipe de enfermagem, sendo 07 do sexo feminino e 02 do sexo masculino. A idade dos profissionais varia de 24 a 43 anos. Em relação ao estado civil, temos: 05 profissionais solteiros 03 com união estável e 01 casado. No que concerne ao grau de escolaridade, temos 05 profissionais com ensino médio completo, 01 com Ensino Superior completo, 02 pós-graduados e 01 não respondeu à informação.

A pesquisa foi realizada nos turnos matutino e vespertino. De acordo com os resultados encontrados, classificamos os conteúdos da análise dos dados em 09 (nove) categorias temáticas:

- 1-Fatores que contribuem para o aparecimento da lesão por pressão;
- 2-Aspectos avaliados em uma lesão por pressão;
- 3- A presença ou ausência de protocolo para prevenção da LPP;
- 4- Dificuldades enfrentadas na prevenção da lesão por pressão;
- 5- Recursos de materiais;
- 6- A adoção de escalas;
- 7- A orientação dos familiares;
- 8- A inclusão de programas educacionais como medidas preventivas;
- 9- A percepção da equipe de enfermagem sobre a LPP.

Os sujeitos foram identificados pela letra P, significando aqui, Profissional, seguida de ordem numérica crescente. (exemplos: P1, P2, P3,..)

#### CATEGORIA: “FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O APARECIMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO”

Nesta primeira categoria, esperou-se que o profissional respondesse “o que causa a lesão por pressão?”. De acordo com Alves et al (2008), são vários os fatores que colaboram para a formação dessas lesões: a imobilização, a dependência parcial ou total da locomoção, a idade avançada, a nutrição (deficiência de vitaminas e desnutrição, entre outros).

Para os profissionais, os fatores que contribuem para o aparecimento da lesão por pressão são os seguintes:

**P1-** *“Má nutrição, infecção, falta de mudança de decúbito e falta de cuidados diários da pele”*

**P2-** *“Má nutrição, infecção, falta de mudança de decúbito e falta de ... diária da pele”.*

**P3-** *“Ausência de mudança de decúbito, má alimentação, falta de proteção adequada dos pontos propícios à lesão”.*

**P4-** *“Longo período do paciente acamado, sem mudança de decúbito, falta de hidratação da pele”.*

**P5-** *“Falta de mudança de decúbito. pele desidratada. Pele com hiperemia, lençol de cama mal posicionado”.*

**P6-** *“Não realização de mudança de decúbito, conforme horário estipulado, falta de colchão casca de ovo, má ou falta de utilização de placas protetivas para a pele, má nutrição do paciente e hidratação da pele do paciente”*

**P7-** *“Ficar acamado por muito tempo em uma única posição, dobras na roupa da cama e pele desidratada e umidade”.*

**P8-** *“Deixar lençóis molhados com dobras, não hidratar a pele, não realização de mudança de decúbito, não colocar o colchão tipo “casca de ovo”, troca de fraldas com frequência que estiverem com incontinência urinária ou fecal”.*

**P9-** *“Deixar de hidratar a pele, mudança de decúbito”.*

Segundo o protocolo de lesão por pressão do Ministério da Saúde, os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Dentre as recomendações das medidas preventivas, são classificados como risco baixo, o respeito ao cronograma da mudança de decúbito, citado pelo P7. A proteção adequada dos pontos propícios à lesão, citada pelo P3 (ex: calcanhar).

Em relação à má alimentação o protocolo recomenda “Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros.”

Além da incontinência urinária e fecal citada pelo P8, o Ministério da Saúde (2013), recomenda que a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

De acordo com França et al (2016), a mudança de decúbito, é uma estratégia que evita a compressão prolongada e, conseqüentemente, a redução da irrigação sanguínea local, portanto deve ser feita a cada duas horas, se não houver contraindicações relacionadas às condições de saúde do paciente.

Ainda de acordo com os autores, a condição da pele é de extrema importância na avaliação do risco. A pele seca pode ser um sinal de desidratação, que se caracteriza pela diminuição da água e perda de eletrólitos totais do organismo. A pele seca apresenta elasticidade diminuída, pouca tolerância ao calor. Já a pele úmida e pegajosa também é considerada como fator de risco significativo para a ocorrência deste agravo, pois a umidade em excesso torna a pele mais fragilizada e suscetível ao atrito e à maceração.

De acordo com Alcântara (2015) sabe-se que a medida mais simples e eficaz para a prevenção de úlceras é a mudança de decúbito para alívio da pressão. Deve ser realizada a cada duas horas e com auxílio de almofadas, coxins e rolos de espuma, que servem para apoiar e distribuir o peso corporal sobre o leito e promover o alívio das áreas ósseas, deixando-os livre da pressão.

Vale ressaltar também que a equipe de enfermagem citou como fatores a serem avaliados as roupas de cama: os lençóis.

*P5- “[...] lençol de cama mal posicionado...”*

*P7- “[...] dobras na roupa de cama...”*

*P8- “Deixar lençóis molhados...”*

De acordo com França et al (2016), as roupas de cama bem esticadas e organizadas é fundamental para evitar o surgimento de lesões por pressão e para o conforto do paciente. Esta medida evita que a pele do paciente fique em atrito com uma superfície em outro relevo, o que evita a formação de marcas que podem evoluir para uma ruptura da pele.

#### CATEGORIA: “OS ASPECTOS AVALIADOS EM UMA LESÃO POR PRESSÃO”

Nesta categoria, esperávamos como respostas o que o profissional observasse na lesão, no intuito de descrevê-la ou classificá-la. Os resultados obtidos pelos profissionais em relação aos “aspectos avaliados em uma lesão por pressão” demonstram que os mesmos têm conhecimento acerca da avaliação da lesão. Abaixo, citamos alguns aspectos:

*P1- “Má nutrição, infecção, falta de mudança de decúbito e falta de cuidados diários da pele”.*

*P2- “local, extensão e grau”.*

*P3- “espessura profunda de aspecto de tecido, bordas da lesão”.*

*P4- “É o longo período do paciente acamado sem mudanças de decúbito, a falta de hidratação da pele”.*

*P5- “Pele lesionada com hiperemia, grau, tipo de ferida, odor”.*

*P6- “Coloração da lesão/presença ou não de fluidos secreativos, bordas da lesão, presença de sangramento ou não”.*

*P7- “Pele perimiada, desidratação, ponta de necrose, presença de exudato, tamanho da lesão, etc...”*

*P8- “A interrupção da circulação em um determinado local do corpo próximo a uma região óssea”.*

*P9- “Pele hiperemiada/sinais flojísticos”.*

Dentre os aspectos avaliados em uma lesão por pressão, os profissionais P1 e P8 citaram **os fatores intrínsecos e extrínsecos** (grifos nossos), os quais influenciam à tolerância da pele à pressão. Os fatores intrínsecos citados pelo P1 foram: má nutrição, falta de mudança de decúbito e os extrínsecos foram a falta de cuidados diários com a pele, o que podemos inferir o cuidado com a umidade, fricção e cisalhamento).

Os aspectos citados pela equipe ao avaliar a lesão por pressão foram a hiperemia, tamanho da lesão, coloração, grau, etc.

O P2 citou como aspectos: o local, extensão e o grau. Percebe-se que há uma preocupação em relação aos locais.

De acordo com GOULART et al., (2008), as lesões por pressão são as únicas feridas que são estagiadas. O estagiamento é realizado quando se examinam e registram as condições da ferida e são classificadas segundo critérios estabelecidos pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 1989, entidade norte americana, que discrimina quatro estágios observados visualmente na evolução de uma úlcera por pressão.

É importante ressaltar que ao avaliar os aspectos em uma lesão por pressão, deve-se avaliar não somente após o paciente estar acamado, mas também antes, pois muitas vezes, o paciente já traz consigo uma lesão e que a posteriori será desenvolvida no leito.

## CATEGORIA: “A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ROTINA OU PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DA LPP”

A equipe de enfermagem citou como presença de rotina para a prevenção da lesão por pressão os seguintes cuidados abaixo:

**P1 e P2-** “ Não”

**P3-** “*Sim, realização de mudança de decúbito em 2 e 2 horas, proteção com placas, instalação, colchões ortopédicos, alimentação, alimentação certa*”.

**P4-** “*Sim, através da mudança de decúbito a cada 2 horas*”.

**P5-** “*Sim, mudança de decúbito de 2 em 2 horas, hidratação cont. da pele. Sim*”.

**P6-** “*Mudança de decúbito de 2 em 2 horas, hidratação pele do paciente e uso de placas protetivas.*”

**P7-** “*Sim! É feita a mudança de decúbito de acordo com orientação da equipe médica, higiene do paciente, lençóis sempre esticados, etc*”.

**P8-** “*Sim, sim. Mudança de decúbito de 2 em 2 horas, não deixar dobras no lençol e hidratar bastante a pele do paciente*”.

**P9-** “*Sim, sim, prescrição médica*”.

De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde (2013), todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, no caso a mudança de decúbito é uma delas. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

No entanto, todos os profissionais entrevistados afirmaram como rotina a mudança de decúbito. Entretanto, sabemos que a prevenção não se dá somente por isso. Entendemos como rotina aquilo que é executado diariamente a e em relação ao protocolo, nenhum profissional citou o Protocolo de lesão por pressão, elaborado em 2013, pelo Ministério da Saúde, pois é o protocolo que estabelece a rotina..

## CATEGORIA “DIFICULDADES ENFRENTADAS NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO”

Os profissionais de enfermagem demonstraram algumas dificuldades na prevenção da lesão por pressão. Tais dificuldades estão relacionadas à equipe, à infra-estrutura do hospital, entre outros.

**P1-** *“Acompanhamento profissional, nutrição adequada, produto ortopédico”.*

**P2-** *Pessoal: Humanização, Infra-estrutura: disponibilização de materiais (placa de boa qualidade)*

**P3-** *“Alimentação adequada, produtos ortopédicos, acompanhamento nutricional, instabilidade hemodinâmica do paciente”.*

**P4-** *“Seguir a rotina de mudança de decúbito conforme o horário”.*

**P5-** *“As vezes, a falta de mudança de decúbito”.*

**P6-** *(Não respondeu)*

**P7-** *“ Seguir o cronograma de mudança de decúbito”.*

**P8-** *“Melhorias em relação aos leitos, melhores condições de material de trabalho”.*

**P9-** *“ O conhecimento, para melhorar o atendimento”.*

Dentre as dificuldades apresentadas pelos profissionais na prevenção da lesão por pressão há uma, em especial, o acompanhamento profissional, apresentada pelo P1. Segundo Ascari et al (2014), a enfermagem é responsável pelo cuidado direto com o paciente e pelo gerenciamento da assistência, cabendo a esta equipe maior parcela do cuidado. O enfermeiro exerce papel importante nessas ocasiões por ser um profissional que tem condições de avaliar o cuidado diariamente atentando-se aos riscos e as Necessidades Humanas Básicas (NHB), sem deixar de lado os princípios técnicos científicos para o planejamento dos cuidados que atendam estes quesitos, através de valores éticos indispensáveis à prática profissional.

Percebe-se que o P2 trouxe uma questão muito importante e que talvez seja uma das maiores dificuldades enfrentadas na lesão por pressão: a falta de Humanização. De acordo com Sônega (2015), ao abordar sobre *A humanização na área da saúde*, a autora expõe que segundo o Manual de Humanização do Ministério da Saúde, “humanizar é garantir a palavra na sua dignidade ética”. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor, ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. A Humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes.

Vale ressaltar que a escassez de produtos ortopédicos citados pelos P1, P2 e P3 e P8 é unânime. Pinho et al (2014), ao analisar a eficácia do uso do colchão pneumático na redução de úlcera por pressão em unidades coronarianas de um

hospital de referência em cardiologia, afirma que a utilização de colchões com superfície distribuída de pressão em mesas operatórias e leitos hospitalares diminui a probabilidade de formação de novas lesões. Embora exija maior investimento, essa medida pode ser custo-efetivo ao diminuir o tempo de hospitalização.

Portanto, acreditamos que dentre as dificuldades apresentadas, não basta equipar o hospital com recursos materiais se a equipe de enfermagem não oferecer um cuidado humanizado, no qual os profissionais ofereçam uma assistência hospitalar alicerçada nos princípios da dignidade humana, da ética, do respeito, da valorização humana.

#### CATEGORIA: “PRESENÇA E/OU AUSÊNCIA RECURSOS MATERIAIS”

A equipe informou alguns recursos de materiais que o hospital possui e também apontou a carência de alguns. Dentre os recursos materiais que o hospital possui, alguns profissionais informaram os seguintes:

**P3-** *“O hospital possui plaquetas de proteção, necessita de equipe especializada em proteção da pele, colchões ortopédicos, nutrição enteral”.*

**P7-** *“Não observei carência em relação á LPP”*

Em relação à ausência de materiais, citaram que há falta:

**P1-** *“De materiais como placa de boa qualidade”.*

**P2-** *(não respondeu)*

**P4-** *(não respondeu)*

**P5-** *“Colchão caixa de ovo, óleo desoni para o paciente, relógio de acompanhamento de mudança de decúbito”.*

**P6-** *“Macas hidráulicas para maior acomodação e posicionamento do paciente.”*

**P8-** *“Colchão tipo ‘casca de ovo’, leitos hidráulicos e aulas educativas”.*

**P9-** *“Pouco, sim, melhores equipamentos”.*

Os recursos materiais são fundamentais para os cuidados e para o bom funcionamento das organizações, contribuindo para que os funcionários possam dar resposta adequada às necessidades dos clientes e às exigências da organização. Devem ser adequados em qualidade e quantidade e estar disponíveis, de forma que a sua redução não sirva de desculpa para a não realização de cuidados ou para a desmotivação dos profissionais. As limitações destes dispositivos incluem o custo, a disponibilidade e o ajuste aos diferentes

ambientes de cuidados, pois nos serviços domiciliares pode não ser possível o seu uso (RODRIGUES, SORIANO, 2011).

Segundo, Ramos et al (2014), estudo realizado em um hospital público do interior da Bahia evidenciou a deficiência de recursos materiais e infraestrutura para a prevenção de UP, que se expressava na falta de leitos e colchões adequados, macas duras e estreitas que dificultavam a mobilização do paciente e a ausência de coxins. No entanto, os autores entenderam que essa deficiência não devia ser usada como justificativa do descuido para com o usuário, permitindo o surgimento da UP, uma vez que era possível a adequação dos materiais existentes na instituição de forma a torná-los úteis para a proteção do paciente contra as úlceras.

#### CATEGORIA: “A UTILIZAÇÃO DE ESCALAS NO AUXÍLIO DA PREVENÇÃO”

Um dos meios utilizados na prevenção da UP é a aplicação de escalas que auxiliam na implantação de medidas específicas preventivas, direcionando as intervenções de enfermagem. Dentre as respostas apresentadas abaixo, observa-se que apenas um profissional da equipe de enfermagem respondeu de forma correta se o Hospital adotava alguma escala para prevenção da LPP.

A percepção dos demais profissionais em relação à utilização de escala é a prescrição médica ou mudança de decúbito. Observe, novamente, a carência de conhecimento dos profissionais em relação as escalas. Apenas um profissional citou que a escala de Braden é utilizada na admissão.

**P1, P6, P8 e P9-** “*Sim. Prescrição médica*”

**P2-** “*Sim. Braden (na admissão)*”

**P3-** “*Sim. Mudança de decúbito de 2 em 2 horas, dorsal, lateral direito e lateral esquerdo*”.

**P4-** “*São adotadas as medidas nas trocas de decúbito*”

**P5-** “*Sim. Relógio de acompanhamento*”

**P7-** “*São adotadas as medidas nas trocas de decúbito.*”

A escala de Braden está amparada na fisiopatologia das úlceras por pressão e permite avaliação de aspectos importantes à formação da úlcera, segundo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção

e cisalhamento. Os cinco primeiros subescores recebem uma pontuação que varia de um a quatro, enquanto que o subescore fricção e cisalhamento, de um a três. A soma da pontuação de cada subescore permite a estratificação em faixas, onde menores valores indicam piores condições (BORGHARDT, et al, 2015)

De acordo com Marchiore et al (2015), a aplicação das escalas de avaliação de risco para UP demonstra preocupação e prioridade atribuída pelos profissionais e instituições de saúde, visando à melhor qualidade da assistência e minimizando o aparecimento de agravos (UP) que podem ser evitáveis.

#### CATEGORIA: “A ORIENTAÇÃO PARA OS FAMILIARES”

A orientação dos familiares em relação às causas e aos fatores de risco para o desenvolvimento das lesões foi citada de forma igual, ou seja, metade afirmou que é realizada a orientação e a outra metade respondeu negativamente.

**P1, P2, P7 e P9:** “Não”

**P3-:** “Sim, orientados sobre o risco e orientados em adquirir produtos e materiais de prevenção”.

**P4,P5, P6 e P8:** “Sim”

Conforme Ramos et al (2014), durante a hospitalização, nas unidades públicas de saúde, é comum a permanência do familiar que constantemente tem sido demandado a colaborar com a assistência de seu ente. Além disso, pessoas que desenvolvem LPP em geral recebem alta antes que estejam cicatrizadas.

Os autores acima apontam que os estudos de Andrade et al. (2009) mostraram que a maioria dos familiares acompanhantes permanece junto ao paciente no ambiente hospitalar e não recebe orientações, nem no hospital, nem no momento da alta, sobre o cuidado direto a ser dispensado.

E ainda acrescentam que a LPP é, portanto, uma lesão corporal. Seu surgimento decorre da deficiência na atenção e no cuidado a pacientes vulneráveis. Por esta razão, os profissionais podem ser responsabilizados pela sua ocorrência. Constitui-se lesão corporal a ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem (BRASIL, 1940). O não cumprimento do dever de cuidar acontece por negligência, caracterizada pela omissão e inobservância dos deveres que a situação exige.

CATEGORIA: “A INCLUSÃO DE PROGRAMAS EDUCACIONAIS COMO MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DA LESÃO POR PRESSÃO”

Nos trechos apresentados abaixo, verificamos que há contradição nas respostas de alguns profissionais, pois alguns negam e outros confirmam a existência o desenvolvimento de programas educacionais como medidas preventivas para reduzir a incidência de lesão por pressão.

**P1-** *“Não. Deveria para melhoria da equipe multiprofissional”.*

**P2-** *“Não. porém deveria para o bem estar do cliente”.*

**P3-** *“Sim, orientações e apresentação de treinamentos no setor. Após a admissão de um paciente acamado devemos manter todo o cuidado possível, prevenindo com placas, decúbito variável, uso de colchões ortopédicos e outros para a prevenção de uma pele inteira”.*

**P4-** *“Sim. Através de orientações educativas”.*

**P5-** *“Sim. Sempre procuro informar, promovendo e orientando os funcionários de forma adequada para prevenir”.*

**P6-** *“(não respondeu)”*

**P7-** *“Sim, sempre procuro informar, promovendo e orientando os funcionários de forma adequada para prevenir”.*

**P8-** *“Não. Deveria para melhoria da equipe multiprofissional”*

**P9-** *“Não, porém deveria para o bem estar do cliente”.*

No que tange a enfermagem, esta área sempre se preocupou com a educação permanente do pessoal de enfermagem, fator este fundamental para a qualidade dos serviços prestados. A qualidade na assistência de enfermagem se concretiza quando o profissional exerce suas ações com conhecimento, habilidade, humanidade e competência para atender às necessidades de saúde e expectativas do ser humano (MARQUES, 2011).

De acordo com Espindola et al (2011), há uma visão errônea dos Programas Educativos visto como Educação permanente, uma vez que aos profissionais referem esta como palestras, orientações e treinamentos. Para as autoras, a Educação Permanente desenvolvida pelo Serviço de Educação continuada (SEC), com relação à prevenção da UPP, deve preocupar-se com as características de

aprendizagem como um processo dinâmico, contínuo, global, pessoal, gradativo e cumulativo.

**CATEGORIA: “A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A LPP”**

As respostas dos profissionais de enfermagem demonstram que os mesmos têm conscientização dos cuidados para a prevenção.

**P1-** *“A equipe deve manter-se atualizada do risco que o paciente oferece por ser um paciente frágil”.*

**P2-** *“Precisa ser visto com mais atenção e ter mais comprometimento e comunicação imediata quando observar alterações na pele”.*

**P3-** *“A equipe deve-se manter atualizada dos riscos que o paciente oferece. Pode ser um paciente frágil à abertura de lesões. A equipe deve estar acostumada e ciente dos pontos mais propícios à abertura das lesões, portanto prevenindo com mudanças de decúbito, hidratação da pele, alimentação correta, de colchões pneumáticos e descompressões da pele, massagem de conforto, outros”.*

**P4-** *“A equipe busca o máximo de informação para os cuidados do paciente”.*

**P5-** *“Evita ao máximo o início de úlcera de pressão no paciente.com prevenções através de placas protetoras, assim como, placa hidrocoloide, hidratação da pele, lençóis bem esticados e posicionado”.*

**P6-** *“São orientados em relação ao tema”.*

**P7-** *“A equipe busca sempre evitar seguindo as rotinas, realizando as mudanças de decúbito conforme orientados”.*

**P8-** *“Conhecimento individual, pouco conhecimento ou nenhum”.*

**P9-** *“ Pouco ou nenhum conhecimento”.*

Estes relatos demonstram que a atualização é a principal percepção que a equipe de enfermagem deve ter sobre a lesão por pressão. De acordo com Minami et al (2012), no artigo intitulado *“Avaliação do treinamento ‘prevenção e tratamento de úlcera por pressão’ ministrado à equipe de enfermagem”*, as ações educativas realizadas no ambiente de trabalho visam à capacitação do indivíduo e ao aprimoramento do desenvolvimento profissional no que se refere à aquisição ou aumento do conhecimento e da habilidade e à evolução atitudinal.

Olkoski e Assis (2016), avaliando o conhecimento da equipe de enfermagem acerca das medidas de prevenção para UP, resultados apresentaram as medidas

citadas pelo P3. No entanto, outro estudo feito pelas autoras demonstrou o uso de luvas com água e a hidratação com óleo de girassol. Observa-se que as equipes possuem algum conhecimento de práticas recomendadas, porém citam também condutas errôneas e ultrapassadas, evidenciando a necessidade de educação permanente com o intuito de incorporar novos conhecimentos, tecnologias, e alternativas disponíveis para a utilização em suas práticas. Concomitantemente, devem ser ressaltadas a responsabilidade e atuação de cada profissional frente ao cuidado relacionado à LPP.

Recentemente, tivemos algumas modificações a respeito da nomenclatura que antes era úlcera por pressão, escara, etc. e passou a ser Lesão por pressão. A NPUAP inseriu mais dois graus de estagiamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da análise foi possível identificar de que forma a equipe de enfermagem contribui para a prevenção da lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ao reconhecer que apesar de a UTI ser um local complexo, pelo fato de o paciente encontrar-se acamado por um longo período e que esse paciente não possui mobilidade, a equipe consegue reconhecer que um paciente poderá desenvolver uma lesão por pressão, a partir dos fatores, tais como, a mudança de decúbito a cada duas horas e até mesmo a posição correta do lençol no leito.

A segurança do paciente se faz a partir das medidas de prevenção e ao fazer isso, a equipe está gerenciando o risco de os pacientes agravarem à saúde. Sabemos que há fatores que contribuem para o paciente desenvolver a lesão por pressão como a obesidade, a incontinência urinária e fecal, dentre outros e isso requer uma atenção redobrada da equipe de enfermagem.

No entanto, a lesão por pressão não é de responsabilidade apenas da equipe de enfermagem, mas também devido a uma variedade de fatores que causam a lesão, mas que precisam das competências profissionais da equipe.

A segurança do paciente depende, primordialmente, da equipe de enfermagem, pois é ela que mantém o contato direto com o paciente. Se um profissional negligenciar a prevenção e no plantão seguinte o outro fazer o mesmo e assim sucessivamente, teremos a presença da lesão formada. Infelizmente, na nossa experiência profissional atuando em uma equipe de enfermagem, ainda nos deparamos com pacientes que desenvolvem lesão por pressão e de grau inclassificável no prazo de sete dias. Além disso, muitos profissionais desconhecem que podem responder juridicamente pela lesão por pressão, pois esta é vista como lesão corporal e os familiares não são orientados em relação às medidas de prevenção.

No entanto, não basta somente o gerenciamento de risco por parte da equipe de enfermagem, mas é necessário também que o hospital e a família participem do processo de prevenção da lesão por pressão. O hospital precisa adotar medidas como uso de escalas para avaliação de risco, possuir um protocolo, dispor de uma boa estrutura física e de materiais como o colchão casca de ovo, hidratantes, etc.; e a família precisa ser orientada pela equipe a respeito das medidas de prevenção.

Uma vez tomadas essas medidas profiláticas, a família e o hospital não serão obrigados a se deparar com o paciente em tempo de permanência prolongado, tendo que conviver com a dor, longe do convívio com a família e o hospital não terá que elevar os índices com os custos hospitalares e outras intercorrências que poderão ocorrer.

Portanto, a lesão por pressão pode e deve ser evitada. Mas o trabalho precisa ser realizado de forma integrada, e a equipe, apesar de trabalhar de forma exaustiva, precisa ser qualificada e ter como princípio no ato de cuidar a humanização e o bem-estar do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Catarina Vieira. Úlceras por pressão em Terapia Intensiva sob o olhar dos enfermeiros. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde** | Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015.
- ALVES, A. R et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 2008: 26 (4): 397-402.
- AMARO, Héllen Silva; BATISTA, Isabela Abreu. **A enfermagem na prevenção da úlcera de decúbito**. Projeto de Conclusão de Curso. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Campus Muzambinho. Pólo da Rede de Ensino da Unidade Capetinga. Capetinga, 2010.
- ARAÚJO, T.M.de; ARAÚJO, M.F.M.de; CAETANO, J.A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paul Enferm**. 2011; 24(5):695-700.
- ARAÚJO, Antônia Almeida; SANTOS, ARIANE, Gomes dos. **Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura**. ISSN: 1983-652X jan.-abr. 2016; 9(1):38-48 Artigo de Revisão  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>  
<http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2016.1.20804>
- ASCARI, R. A et al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Brazilian Journal of surgery and Clinical Research-BJSCR**.V.6, n.1, pp.11-16 (Mar-Mai 2014)
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISO 31000. **Gestão de riscos - Princípios e diretrizes**. Rio de Janeiro: ABNT, 2010.
- BORGHARDT, et al., Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan.-fev. 2015;23(1):28-35.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO-RDC Nº 2, DE 25 DE JANEIRO DE 2010**. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. 2010. Disponível em:  
<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-2-de-25-de-janeiro-de-2010>
- \_\_\_\_\_. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo. Brasília v.1.nº1. p.1-12, 2011.Disponível em:  
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/B>  
 . Acesso em: 21/02/2017.
- \_\_\_\_\_. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: [bvms.saude.gov.br/saudelegis/cns](http://bvms.saude.gov.br/saudelegis/cns). Acesso em: 09/05/2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria MS/ GM nº 529/2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 24/03/2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário oficial da União**: Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 24/03/2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde.** 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. **Portaria GM/MS nº 1.377**, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do paciente. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 24/03/2017.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 21/02/2016.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anexo 2. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. Acesso em: 01/12/2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada- RDC N º 51, DE 29 DE SETEMBRO DE 2014. Dispõe sobre a **Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** 2014. Acesso em: 21/02/2016.

CALIRI, M.H.L et al. **Classificação das lesões por pressão-Consenso NPUAP 2-16. Adaptada culturalmente para o Brasil.** Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomatoterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE. 2016. Disponível em: <http://sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 23/02/2017.

CONTE, J. **Como prevenir as úlceras por pressão?** 2015. Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/envelhecimento/como-prevenir-as-ulceras-de-pressao/>. Acesso em: 09/05/2017.

COSTA, F.M.F da; COSTA, S.H.P da. Assistência de enfermagem ao cliente portador de úlcera de pressão: abordando a importância do conhecimento e informação. **Rev Meio Amb. Saúde.** 2007; 2 (1): 22-32.

CROZETA, Karla. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino**. 94fls.Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFPR. Curitiba, 2009.

CROZETA, Karla et al. **Gestão de risco de úlceras por pressão: um compromisso ético legal do enfermeiro**.2011.

ECRI INSTITUTE. **The discipline of Science. The integrity of Independence, 2009**. Disponível em:

[www.ecri.org/press/pagls/2009\\_Healthcare\\_standards\\_Directory.arpx](http://www.ecri.org/press/pagls/2009_Healthcare_standards_Directory.arpx). Acesso em: 25/05/2017.

FELDMAN, L. B. **Gestão de risco na enfermagem**. In: FELDMAN, L. B. (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2ªed. Martinari: São Paulo, 2009. 391p.

\_\_\_\_\_. Portal da Enfermagem. **Gerenciamento de Risco** [internet] 2011 [citado 2011 Junho 28]. Disponível em <http://www.portaldaenfermagem.com.br>. Acesso em 18/01/2017.

FORTUNA, E.C. dos. S. **Cuidados de Enfermagem aos pacientes com úlcera por pressão (UP) na UTI**. Atualiza Associação Cultural. Salvador-Bahia, 2012.

GOULART, F.M. et al. **Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura**. São Paulo, 2008.

HINRICHSEN, et al. Gestão da qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo:- piloto. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – jul./dez.2011**.

INOUE, K.C.; MATSUDA, L.M. Custos e coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral. **Rev. Bras. Enf.** [internet]. 2016. Jul-Ago; 69 (4);641-5.

LAMÃO, L. C.L; QUINTÃO, V.A; NUNES, C.R. Cuidados de Enfermagem na prevenção de lesão por pressão. Múltiplos Acessos. **Revista Científica Interdisciplinar**. nº 1.V.1. artigo nº9.Outubro/Dezembro de 2016.

LIMA, H. de. O; DUTRA, E.C.R. O Gerenciamento de Riscos na Saúde – aplicação na atenção hospitalar. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - jul./dez. 2010**.

LIMA, A. F.C et al. Custos direto dos curativos de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Bras. Enf.** [internet].2016.marc-abr;69(2): 290-7.

LOBOSCO, A.A.F et al. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. Enfermeria Global. **Revista eletrônica trimestral de Enfermaria**. nº 13. jun.2008.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 6ªed.revista e ampliada. Editora Atlas. São Paulo, 2007.

MATOS, A.G.de & colaboradores. **HEMORIO. Protocolos de Enfermagem. Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão.** 2010.

MEDEIROS, et al. Análise da prevenção e tratamento da úlcera por pressão propostos por enfermeiros. **Rev Esc. Enferm USP.** 2009.43 (1): 223-8.

MELLEIRO, M.M. et al. Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP.** vol.49 nº2. São Paulo Dec. 2015.

MENDES, et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev Assoc Med Bras.** 2013; 59(5):421–428.

MILAGRES, L.M. **Gestão de riscos para a segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação de eventos adversos.** (Dissertação) Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Enfermagem. 2015.

MINAMI, L.F. Avaliação do treinamento “prevenção e treinamento úlcera por pressão” ministrado à equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):663-70. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a24.htm>. Acesso em: 05/11/2017.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 33 ed. Petrópolis, Rj: Vozes, 2013.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

MORO, J.V; CALIRI, M.H. L. Úlcera por pressão e o cuidado hospitalar após alta em domicílio. **Escola Anna Nery.** 2016.20(3).

NARDONI, Natália. **Úlcera por pressão ou lesão por pressão?** 2016. Disponível em: <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/ulcera-por-pressao-ou-lesao-por-pressao/>. Acesso em 23/02/2017.

NASCIMENTO, Ana Lúcia; SANTOS, SANTOS, Patrícia Bispo. **Atuação da equipe de enfermagem na prevenção e cuidado da úlcera por pressão ao paciente crítico.** Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).Enfermagem. Aracaju, 2015.

OLKOSHI, E; ASSIS, G.M. **Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa.** Escola Anna Nery. 20(2) Abr-Jun 2016.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO-ONA. 2012. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Noticia/173/Gerenciamento-de-Risco-traz-mais-seguranca-no-atendimento-a-saude>. Acesso em: 27/02/2017.

PAIVA, Lucila Corsino de. **Úlcera de pressão em pacientes internados em um Hospital Universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco.**

Dissertação (Mestrado).98 fls. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

PRESTES, G.M. **Úlceras por pressão:** prevenção e cuidados de enfermagem. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Hospitalar Conceição Centro de Educação tecnológica e Pesquisa em saúde – Escola GHC Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Campus Porto Alegre, 2014.

RODRIGUES, A.M; SORIANO, J.V. Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlcera por pressão. **Revista de Enfermagem**. Referência III. Série nº5. Dezembro, 2011.

RAMOS, D.O. et al. Conhecimento de familiares acerca das úlceras por pressão e de seus direitos à reparação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. v. 28,nº 1. pp.23-30. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8545/8714>. Acesso em: 01/12/2017.

ROSA, M.B. **Segurança do paciente:** Falhas humanas e tipo de abordagem: Histórico e consequências. Eurofarma Hospitalar. ismp. Brasil. 2014.

SANTOS, M.P; NEVES, R.C; SANTOS, C. O. dos. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**. 2013 Ago; 2(1):19-31.

SOUZA, Angélica Cristina de; PEREIRA, Karla Cristina; GAMA, Fernanda Nunes. O processo de cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão. **Revista Enfermagem Integrada-Ipatinga- Unileste MG-V.3. N.1-Jul/Ago.2010**.

SCARLATTI, K.C. et al. Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(6):1372-9

SILVA et al., 2010. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, 2010.22 2 175-185.

SIMÃO, C.M.F; CALIRI, M.H; SANTOS, C.B. dos. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. **Acta Paul Enferm**. 2013; 26(1):30-5..

SOARES, D. A. S et al., Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Cir. Plást**. 2011; 26(4): 578-81.

WADA, Alexandre; NETO, Nuberto Teixeira; FERREIRA, Marcus Castro. Úlceras por pressão. **Rev Med (São Paulo)**. 2010 jul.-dez.;89(3/4):170-7.

**ANEXO A -TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR****TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO/PESQUISADOR**

**TÍTULO DO PROJETO: GERENCIAMENTO DE RISCO:** Análise das Ações Preventivas de Lesão por Pressão em Uma Unidade de Terapia Intensiva

**ORIENTADOR (A):** Prof<sup>a</sup> MSc. Mônica Olivia Lopes Sá de Souza

**PESQUISADORES:** Bruno Pinheiro Santos e Keize Brito Barata Almeida.

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e a integridade física dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- 2- Manter sob sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto;
- 3- Respeitar todas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na execução deste projeto.

---

Nome do aluno  
Pesquisador

---

Nome do aluno  
Pesquisador

---

Nome do orientador  
Orientador/Pesquisador

**ANEXO B- TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR****TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu, Mônica Olivia Lopes Sá de Souza, docente do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Paraense de Ensino - FAPEN, aceito orientar o trabalho intitulado “**Gerenciamento de riscos: Análise das Ações Preventivas de Lesão por Pressão em Uma Unidade de Terapia Intensiva**”, de autoria dos Discentes: BRUNO PINHEIRO SANTOS E KEIZE BRITO BARATA ALMEIDA.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 09 de Maio de 2017.

---

Prof<sup>a</sup> MSc. Mônica Olivia Lopes Sá de Souza

Orientadora

## ANEXO C- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA



### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA

Sr. Diretor,

Através do presente instrumento, solicitamos a este conceituado Hospital, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) dos acadêmicos, **BRUNO PINHEIRO SANTOS e KEIZE BRITO BARATA DE ALMEIDA**, orientados pela Professora MSc. Mônica Olivia Lopes Sá de Souza, tendo como título: **“GERENCIAMENTO DE RISCO: Análise das Ações Preventivas de Lesão por Pressão em Uma Unidade de Terapia Intensiva”**. A coleta de dados será realizada através de um roteiro de entrevista com a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva desta instituição e tem previsão de ocorrer em outubro de 2017.

A presente atividade é requisito para a conclusão do curso de BACHARELADO EM ENFERMAGEM DA FACULDADE PARANSE DE ENSINO -FAPEN.

As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem autorização final da Instituição campo de pesquisa.

Belém-PA \_\_\_\_de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Orientadora MSc. Mônica O. L. Sá de Souza

\_\_\_\_\_  
Acad. Bruno Pinheiro Santos

\_\_\_\_\_  
Acad. Keize Brito Barata de Almeida

## APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V. S<sup>a</sup>. a participar desta pesquisa intitulada “**GERENCIAMENTO DE RISCO: Análise das Ações Preventivas de Lesão por Pressão em Uma Unidade de Terapia Intensiva**”, cujo objetivo geral é analisar as medidas preventivas para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da rede privada no município de Ananindeua – PA.

Para participar é necessário que o (a) senhor (a) leia este documento com atenção. Ressalto que a sua decisão em participar deste estudo é voluntária e o (a) senhor (a) não será pago por sua participação, assim como ela não terá custo. Assim sendo, caso decida participar, o (a) senhor (a) deverá assinar esse termo de consentimento. Contudo, poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A entrevista realizada com o objetivo de coletar as informações fornecidas pelo (a) senhor (a) serão feitas com a utilização de um questionário. Os locais e horários das entrevistas serão agendados pelos sujeitos participantes. Os dados obtidos serão analisados, considerando o anonimato dos sujeitos, seja no trabalho, seja em publicações científicas e apresentação de eventos científicos. Caso seja necessária uma identificação, serão utilizados nomes fictícios. Sua participação não envolverá desconfortos ou riscos. Estarão garantidas todas as informações que o (a) senhor (a) desejar, antes, durante e após a pesquisa e se caso necessite tirar alguma dúvida com relação à pesquisa, deve entrar em contato com o responsável pela mesma.

Os sujeitos entrevistados não poderão ter qualquer tipo de benefício direto, compensações pessoais ou financeiras relacionadas à autorização concedida. Cabe ressaltar que esta pesquisa é importante para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico.

---

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

Nome: Bruno Pinheiro Santos

Fone: (91) 989138038

Email: [mn20santos@hotmail.com](mailto:mn20santos@hotmail.com)

---

Nome: Keize Brito Barata Almeida  
Fone: (91) 983041982  
Email: [kekaenfa@hotmail.com](mailto:kekaenfa@hotmail.com)

---

Nome: Mônica Olívia L. Sá de Souza-Orientadora  
Fone: (91) 981542996  
E-mail: [monicaexecutiva@hotmail.com](mailto:monicaexecutiva@hotmail.com)

Eu \_\_\_\_\_ declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como de seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Belém, PA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do sujeito participante da pesquisa

**APÊNDICE B- FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**APENDICE C– ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1) Sexo:  
( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Outro ( ) Prefiro não dizer
- 2) Idade: \_\_\_\_\_
- 3) Estado civil  
( ) solteiro/a ( ) casado/a ( ) união estável ( ) viúvo/a ( ) divorciado/a ( ) separado/a( )
- 4) Escolaridade  
( ) Ensino Médio completo ( ) Superior completo ( ) Superior incompleto ( ) Pós-graduado/a
1. De acordo com a sua experiência profissional quais os fatores que contribuem para o surgimento da LPP?
2. Quais os aspectos que você avalia em uma lesão por pressão?
3. Existe alguma rotina ou protocolo na unidade para a prevenção e o tratamento da LPP? Ele é seguido? Como?
4. Quais as maiores dificuldades enfrentadas na prevenção da LPP no que se refere ao pessoal, à infra-estrutura hospitalar?
5. Quais recursos de materiais o hospital possui? Há carência de outros recursos? Quais são eles?
6. O hospital adotou alguma escala para prevenção da LPP? Qual?
7. Os familiares são orientados quanto às causas e aos fatores de risco para o desenvolvimento da lesão por pressão?
8. A Instituição desenvolve programas educacionais como medidas preventivas para reduzir a incidência da lesão por pressão? Comente!
9. Qual a percepção da equipe de enfermagem na lesão por pressão?

## APÊNDICE D- PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO