



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

GRASIELI DE MOURA FERNANDES

EDUCAÇÃO PERMANENTE – UM PROPÓSITO PEDAGÓGICO NECESSÁRIO!
ESTUDO DE CASO SOBRE LESÃO POR PRESSÃO COM PROFISSIONAIS DO
CUIDADO ASSISTÊNCIAL.

GRASIELI DE MOURA FERNANDES

EDUCAÇÃO PERMANENTE – UM PROPÓSITO PEDAGÓGICO NECESSÁRIO!
ESTUDO DE CASO SOBRE LESÃO POR PRESSÃO COM PROFISSIONAIS DO
CUIDADO ASSISTENCIAL.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Fernades, Grasieli
EDUCAÇÃO PERMANENTE - UM PROPÓSITO PEDAGÓGICO
NECESSÁRIO! ESTUDO DE CASO SOBRE LESÃO POR PRESSÃO COM
PROFISSIONAIS DO CUIDADO ASSISTÊNCIAL / Grasieli
Fernades. -- 2021.
102 f.
Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. educação permanente. 2. educação em saúde. 3.
diálogo de saberes. 4. prevenção das lesões por
pressão. 5. lesão por pressão. I. Peixoto de
Albuquerque, Paulo, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde-Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Grasieli de Moura Fernandes, com ingresso em 17/08/2018

Título: **EDUCAÇÃO PERMANENTE – UM PROPÓSITO PEDAGÓGICO NECESSÁRIO! ESTUDO DE CASO SOBRE LESÃO POR PRESSÃO COM PROFISSIONAIS DO CUIDADO ASSISTÊNCIAL.**

Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Data: 23/10/2021

Horário: 10:00

Local: Web conferência

Banca Examinadora

	Origem
Carmen Lucia Bezerra Machado	UFRGS
Daniele Noal Gai	UFRGS
Ana Marina da Silva Moreira Francisco	Externo

Porto Alegre, 23 de outubro de 2021

Membros	Assinatura	Avaliação
Carmen Lucia Bezerra Machado		Aprovada
Daniele Noal Gai		Aprovada
Ana Marina da Silva Moreira Francisco		APROVADA

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: (x) Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2ª andar – Bairro Santa Cecília - Telefone 33085599
Porto Alegre/RS

AGRADECIMENTOS

A vida é tão boa e repleta de oportunidades! Em minha trajetória, sempre caminhei acreditando que não podemos parar na busca pelo saber, por conhecimento, por aprender mais, e foi com essa vontade que cheguei ao Mestrado em Ensino na Saúde.

Neste período da minha vida, tive que ir mais devagar, mas em nenhum momento pensei em desistir. Tive alguns percalços, mas agradeço a Deus por eles, pois acredito que foram livramentos: com eles pude reafirmar a minha fé e encarar de frente, com força, esse momento difícil, também devido à pandemia. Com muita gratidão a Deus e à vida estou finalizando mais uma etapa da trajetória do aprender, embora permaneça a vontade e o desejo de prosseguir na busca incessante do saber e do conhecimento!

Agradeço especialmente ao meu incansável e atencioso orientador, Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque, por todos os ensinamentos e direcionamentos. Com sua tranquilidade e paciência, ajudou-me a me manter focada e tornou a construção deste trabalho um processo de crescimento e aprendizagem mais leve e possível.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e colegas, por poder compartilhar tantas vivências e aprendizados. Aprendi e cresci em cada aula, em cada experiência refletida e conversa. Obrigada por tanta construção de conhecimento!

Agradeço à instituição para a qual me orgulho tanto de trabalhar, referência em serviço humanizado e 100% do SUS, representada pelo meu supervisor e amigo Rodrigo Nogueira. Obrigada pelo apoio, incentivo e por oportunizar a construção de dados para esta pesquisa. Também agradeço a todos os entrevistados, colegas queridos com quem tenho o imenso prazer de conviver diariamente; cada um, com seu jeito, sua profissão e seus conhecimentos, acrescentou muito em minha vida pessoal e profissional.

Com muito amor, agradeço ao meu esposo Alessandro da Veiga Ribeiro, por tanto apoio, incentivo, carinho, cuidado e dedicação. Obrigada por entender minhas ausências, minhas angústias e por cuidar com desvelo da rotina da nossa casa e dos nossos *pets*.

Com muito carinho e admiração, agradeço à minha irmã Francieli de Moura Fernandes, por toda ajuda, incentivo e apoio, pelos momentos de conversas e vivências refletidas – já que também é uma profissional da saúde –, desabafos e conversas importantes, que rendiam tanto e me ajudavam inclusive na formulação de parágrafos.

Agradeço aos professores da banca, por se disponibilizarem a participar da minha avaliação e por contribuírem para o aperfeiçoamento deste estudo.

Agradeço a todos os amigos que torcem e vibram com as minhas conquistas, cujas palavras de apoio foram muito importantes.

A todos, o meu muito obrigada!

*A gente se forma como educador
permanentemente na prática e na reflexão
sobre a prática.*

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo tem por objetivo geral compreender como a educação permanente, como conceito chave, atua na prevenção da lesão por pressão em um hospital de médio porte da cidade de Porto Alegre/RS. Partimos dos pressupostos de que não existe um saber ou uma cultura melhor do que a outra, mas saberes, culturas e realidades complementares e inter-relacionadas, e de que a educação permanente pode ser a estratégia para a construção de um processo comunicativo que promova o diálogo e a materialização dos saberes oriundos da prática. Nesse sentido, refletir sobre os saberes da prática assistencial no cotidiano pode contribuir para uma visão mais integrada da assistência a ser prestada à comunidade. Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, que pode ser caracterizado como pesquisa-intervenção. Foram analisadas as práticas de 24 profissionais envolvidos no seu cotidiano de trabalho, com foco na assistência ao paciente com risco de lesão por pressão. Os dados foram analisados com base nos fundamentos da análise do discurso. A partir dos resultados obtidos, buscou-se identificar os aspectos da educação permanente que podem qualificar e orientar os saberes da equipe interdisciplinar, considerando a subjetividade dos participantes, a fim de promover a mudança de práticas curativistas para práticas educativas, que venham ao encontro à prevenção das lesões por pressão.

Palavras-chave: educação permanente; educação em saúde; diálogo de saberes; prevenção das lesões por pressão.

ABSTRACT

This study aims to understand how permanent education, as a key concept, acts in the prevention of pressure injuries in a medium-sized hospital in the city of Porto Alegre/RS. We assume that there is no knowledge or culture better than the other, but complementary and interrelated knowledge, cultures, realities, and that continued education can be the strategy for building a communicative process that promotes dialogue and the materialization of knowledge from practice. In this sense, reflecting on the knowledge of daily care practice can build a more integrated view of the care to be provided to the community. It is a case study, exploratory in character, with a qualitative approach, which can be characterized as intervention research. This study analyzed the practices of 24 professionals involved in their daily work with care for patients at risk of pressure injury. Data were analyzed based on the fundamentals of discourse analysis and, based on the results obtained, we sought to identify aspects of continued education that can qualify and guide the knowledge of the interdisciplinary team, considering the subjectivity of the participants, in order to promote change in curative practices for educational ones, which come to the prevention of pressure injuries.

Keywords: permanent education; education in health; dialogue of know; prevention of pressure injuries.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Chave analítica	26
Figura 2 – Mapa mental: diálogo de saberes	82
Figura 3 – Cartilha (parte 1).....	84
Figura 4 – Cartilha (parte 2).....	85
Figura 5 – Termo de ciência e autorização do coordenador(a) do serviço onde será realizada a pesquisa – preenchido	97
Figura 6 – Termo de compromisso para utilização de dados – preenchido	98
Figura 7 – Declaração da instituição coparticipante – preenchida	99
Figura 8 – Termo de anuência/coparticipação – página 1 – preenchido	100
Figura 9 – Termo de anuência/coparticipação – página 2 – preenchido	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sociobiográficos dos profissionais de saúde entrevistados.....	29
Quadro 2 – Respostas à pergunta 1	36
Quadro 3 – Respostas à pergunta 2	38
Quadro 4 – Respostas à pergunta 3	40
Quadro 5 – Respostas à pergunta 4	43
Quadro 6 – Respostas à pergunta 5	47
Quadro 7 – Respostas à pergunta 6	48
Quadro 8 – Respostas à pergunta 7	50
Quadro 9 – Respostas à pergunta 8	54
Quadro 10 – Respostas à pergunta 9	55
Quadro 11 – Respostas à pergunta 10	59
Quadro 12 – Respostas à pergunta 11	62
Quadro 13 – Respostas à pergunta 12	67
Quadro 14 – Respostas à pergunta 13	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: NA PRÁTICA HOSPITALOCÊNTRICA, QUAL O LUGAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE?	12
2 DE UM PROBLEMA SINGULAR À EDUCAÇÃO PERMANENTE	15
2.1 REVISÃO DE LITERATURA: LESÃO POR PRESSÃO.....	16
2.2 A PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO.....	17
3 EDUCAÇÃO PERMANENTE: MAIS QUE UMA ALTERNATIVA	19
3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE NO BRASIL	19
3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	21
4 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CHAVE DE ANÁLISE	24
5 NO PERCURSO METODOLÓGICO, A BUSCA DE UMA INFORMAÇÃO RELEVANTE	28
5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
5.2 PRODUÇÃO DE DADOS	30
5.3 CENÁRIO DE PESQUISA.....	31
5.4 INSTRUMENTOS	31
5.5 NA METODOLOGIA: O CAMINHO DA ANÁLISE.....	32
6 NO COTIDIANO DAS AÇÕES DE CUIDADO: SUBSTANTIVO DE UM FAZER PROFISSIONAL (ANÁLISE DE DADOS)	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
8 O PRODUTO TÉCNICO	83
8.1 CARTILHA	83
8.2 PORTFÓLIO DIGITAL	85
REFERÊNCIAS	87

SUMÁRIO

APÊNDICE B – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	95
APÊNDICE C – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.....	97
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS....	98
APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	99
APÊNDICE F – TERMO DE ANUÊNCIA/COPARTICIPAÇÃO	100

1 INTRODUÇÃO: NA PRÁTICA HOSPITALOCÊNTRICA, QUAL O LUGAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE?

Este trabalho busca refletir sobre a educação em saúde, enfatizando o desenvolvimento da educação permanente como proposta metodológica preconizada pelo Ministério da Saúde. Tal proposta teria o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre as práticas correntes, visando articular as mudanças necessárias no âmbito assistencial para que o processo de assunção de certas rotinas permita a curto/médio prazo a desinstitucionalização de algumas situações, como a lesão por pressão.

Nesse sentido, é de extrema importância que haja estratégias de ação educativa que impliquem a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir: (i) a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; (ii) o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; e (iii) a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

A população traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo situados em um tempo e espaço delimitado. A realidade da prática social (população) e hospitalar (técnicos), privilegia a excessiva medicalização, isto é, o ato de tratar, em detrimento da prevenção. Dessa forma, os recursos terapêuticos utilizados mantêm o doente em posição de passividade e assumem apenas a função de tratamento, em vez de buscar formar o paciente como agente preventivo, através da educação.

Assim, a educação permanente se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e de negociações cotidianas, nas quais cada indivíduo torna a vida social possível. Portanto, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura. Se a cultura hospitalar é algo que se reproduz sob determinadas condições, então a educação e o ensino na saúde estão, da mesma maneira, relacionados a essas condições e são determinados pelos modelos econômico, político, social e cultural de um país.

Por isso, verifica-se a urgência de uma maior compreensão e socialização sobre a importância do serviço de educação permanente nas instituições

hospitalares, o que justifica a relevância deste estudo. Este trabalho visa proporcionar um entendimento a respeito da educação em saúde, oportunizando medidas de prevenção que venham a diminuir as incidências das lesões por pressão (ESPINDOLA *et al.*, 2011).

Ao propor como eixo central do trabalho analisar as práticas de educação permanente desenvolvidas em um hospital de médio porte da cidade de Porto Alegre/RS visando a prevenção da lesão por pressão, estamos buscando também a) identificar as práticas de educação permanente visando a prevenção da lesão por pressão, pois pretendemos b) descrever as práticas de educação permanente na prevenção de lesão por pressão e os envolvidos no processo dessas práticas, o que é fundamental para a construção de propostas de capacitação. Ao c) comparar a percepção dos profissionais envolvidos no cuidado/assistência aos pacientes com riscos de lesão por pressão, poderemos d) identificar os elementos que caracterizem um modo de conhecer dos profissionais através da educação permanente, bem como e) orientar os processos da educação permanente na prática da prevenção da lesão por pressão. Esta intencionalidade se faz – e necessita – da concretude do cotidiano de trabalho no cuidado, pois o reconhecimento da realidade e da cultura local de um ambiente de trabalho, se constitui no *locus* privilegiado das relações interprofissionais que se dão na tarefa de cuidado do outro.

Este trabalho está organizado da seguinte maneira: o capítulo 1 tem como título “De um problema singular à educação permanente”. Nele, apresentamos a situação-problema e a situação-específica lesão por lesão, que nos incentiva a repensar as práticas cotidianas não só em função do desconforto do paciente, mas também dos limites do trabalho interprofissional quando articulado apenas de modo gestor. O segundo capítulo, intitulado “Educação permanente: mais que uma alternativa...”, traz a situação da lesão por pressão como cenário que oferece os elementos para explicitar experiências cognitivas e afetivas em um ambiente hospitalar em que os acertos e erros nos procedimentos apontam para a necessidade de aprimoramento da formação.

O capítulo 3, “Educação permanente com chave de análise”, nos diz da educação permanente enquanto estratégia ou ferramenta de atualização profissional necessária. Nele estão as balizas por meio das quais o leitor pode compreender a transformação dos processos formativos, das práticas educativas de saúde e a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de

saúde, em suas várias esferas de gestão, e instituições formadoras (BRASIL, 2004). Além disso, apresenta a chave analítica ou o modo como, a partir dos elementos significativos da problemática da lesão por pressão, pode-se pensar educação permanente. O quarto capítulo, intitulado “No percurso metodológico, a busca de uma informação relevante”, permite ao leitor entender quais foram os procedimentos metodológicos empregados e como foi construída a proposta de sistematização da percepção dos entrevistados.

O capítulo 5 tem como título “No cotidiano das ações de cuidado: substantivo de um fazer profissional (análise de dados)” e mostra como a análise de um estudo de caso é um instrumento potente para estimular a aprendizagem e o desenvolvimento do pensamento crítico voltados para o autoconhecimento e a melhoria do desempenho no âmbito profissional. O capítulo 6 traz as considerações finais, que permitiram a construção de um produto técnico que, ao ser apresentado, no capítulo 7, cumpre a função de fechar o texto e o percurso reflexivo empreendido por mim no PPGENSAU.

2 DE UM PROBLEMA SINGULAR À EDUCAÇÃO PERMANENTE

A lesão por pressão foi o artifício lógico aqui utilizado para evidenciar que as práticas educativas ainda seguem um modelo autoritário, em que os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde, e a população/paciente acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. Ainda hoje, vemos que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem às metodologias tradicionais, e que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais ou para a diminuição dos custos hospitalares.

A lesão por pressão é um indicador ou um sintoma evidente da necessidade de ressignificar uma prática de cuidado. Para que as pessoas possam fazer escolhas mais efetivas no trabalho, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico, a experiência de vida de cada um, e o estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde. A prática educativa (educação no trabalho) enquanto processo pode prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo.

Lesão por pressão é a nova nomenclatura estabelecida pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUA, 2016), também denominada úlceras de pressão, escara, úlcera de leito e úlcera de decúbito. Essa patologia é definida por Potter e Perry (2005) como uma lesão que se desenvolve quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um prolongado período de tempo.

Em pacientes hospitalizados, isso geralmente se alia a quadros crônicos e ao processo de envelhecimento da população. É considerado um grande problema de saúde, causando desconforto físico e acarretando aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos, internação hospitalar prolongada, aumento do risco para o desenvolvimento de complicações associadas e repercussões na taxa de mortalidade (FERNANDES, 2006).

Os indivíduos acamados evidenciam um agravo no quadro de saúde permanente nos hospitais, fato que gera inquietações nos profissionais da saúde, pois estes se envolvem na promoção do cuidado diário e na prevenção das lesões

por pressão. Nesse aspecto, a equipe interdisciplinar deve efetuar atividades de prevenção antes de pensar em promoção do cuidado e, para tal, os profissionais deverão manter-se qualificados e atualizados.

2.1 REVISÃO DE LITERATURA: LESÃO POR PRESSÃO

A lesão por pressão é uma ferida crônica, que apresenta déficit de tecido resultante de lesão ou agravo duradouro, não cicatriza facilmente, causa dor e desconforto, e requer abordagem multiprofissional em seu cuidado (DEALEY, 2008). Trata-se de uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, comumente nas proeminências ósseas, proveniente de forças que culminam em lesão tissular (pressão, fricção e cisalhamento) e de fatores internos ao paciente, os quais ainda não estão totalmente elucidados (NPUA, 2016).

As lesões por pressão surgem em locais de pressão contínua devido à interrupção do fluxo sanguíneo da pele, e podem se apresentar clinicamente sob a forma de eritemas, bolhas, ulcerações ou lesões cobertas com escaras necróticas (GOODE; ALLMAN, 2002). O desenvolvimento da lesão por pressão é multifatorial, incluindo fatores internos e externos como idade, morbidade, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade, nível de consciência, pressão, cisalhamento, fricção e umidade (BORGES, 2008). As complicações mais frequentes estão relacionadas a problemas infecciosos, tanto em nível local quanto sistêmico decorrente da proliferação de microrganismos que colonizam as lesões (MARINI, 2002). O desenvolvimento da lesão por pressão é rápido e pode acrescentar complicações ao manejo clínico do paciente hospitalizado, bem como prolongar o tratamento e dificultar a reabilitação, além de diminuir a qualidade de vida, causar dor e aumento na mortalidade (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007; MAKAI *et al.*, 2010).

Além disso, destaca-se o impacto econômico do tratamento da lesão por pressão (BAHARESTANI *et al.*, 2009). Estima-se um custo médio (clínico e cirúrgico) de US\$ 21,67 por paciente (COSTA *et al.*, 2005). Um estudo brasileiro avaliou que o custo total com curativos industrializados para o tratamento da lesão por pressão em uma clínica neurocirúrgica durante um ano foi de aproximadamente R\$ 33.000,00 por paciente/dia. Esse valor aumenta de acordo com o grau de lesão tecidual e com

o tempo que o profissional destina para a realização dos curativos e cuidados com a lesão já desenvolvida (LIMA; GUERRA, 2011).

2.2 A PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Podemos definir prevenção como o ato ou efeito de prevenir-se, precaução, cautela (MORAIS, 1995). A saúde no âmbito da prevenção associa-se ao conhecimento de todo o dinamismo da interrelação entre saúde e doença. A atuação preventiva aborda o indivíduo antes de haver a doença, tendo como objetivo principal a preservação da integridade fisiológica de seu organismo. A promoção de saúde também se refere como prevenção, pois trata de antecipar um aumento dos níveis de saúde evitando doenças.

A fim de garantir a segurança dos pacientes em instituições de saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançando protocolos de prevenção de incidentes, entre eles, a lesão por pressão. Segundo o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, 2014), 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.

O sucesso da prevenção da lesão por pressão depende dos conhecimentos sobre o assunto e habilidades dos profissionais de saúde que prestam assistência direta e contínua aos pacientes. Entretanto, torna-se necessário compreender os fatores individuais e institucionais que influenciam o conhecimento e o uso das evidências, de forma que estratégias possam ser planejadas e utilizadas no ambiente hospitalar, dando continuidade no ambiente domiciliar (ESPINDOLA *et al.*, 2011).

Frente ao exposto, denota-se a importância da educação permanente, devido às inúmeras transformações que ocorrem constantemente no cotidiano do cuidado. Christov (2004) infere que a educação permanente proporciona um espaço de diálogo de saberes, no qual se poderão discutir as mudanças que ocorreram na prática assistencial junto às evidências clínicas para a prevenção de lesão por pressão, bem como atribuir direções esperadas e significados a essas mudanças. Nesse delineamento, questiona-se: como se desenvolve a educação permanente na

prevenção de lesão por pressão para as pessoas em situação de hospitalização e pós-alta hospitalar?

Tendo em vista a magnitude do problema, torna-se imperiosa a necessidade de prevenir a lesão por pressão. A equipe interdisciplinar tem a responsabilidade na assistência direta e contínua na prevenção e tratamento da lesão por pressão, considerando que elas são, em sua maioria, evitáveis. Devem ser instituídas políticas e medidas preventivas, uma vez que estas podem minimizar o sofrimento e os custos adicionais ao paciente, à família e à instituição. Cabe à comissão (grupo) de pele da instituição, por meio da integração dos conhecimentos da equipe interdisciplinar, estabelecer metas, utilizar escalas de avaliação de risco e implantar medidas de prevenção da lesão por pressão, estabelecendo um processo avaliativo contínuo e preservando assim a integridade da pele.

Diante do exposto, deve-se garantir aos indivíduos programas de conscientização popular e o amplo acesso à saúde através de uma política de atenção integral. No capítulo seguinte, continuaremos discutindo a educação permanente como alternativa para o ensino em saúde.

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE: MAIS QUE UMA ALTERNATIVA...

A prevenção da lesão por pressão mediante a educação permanente possui ações desenvolvidas, como cursos práticos e dinâmicos, palestras, oficinas, treinamentos *in loco*, orientações aos profissionais da saúde e também à comunidade (pacientes e acompanhantes/familiares). Sendo assim, é de extrema importância proporcionar maior conhecimento sobre o tema abordado, sobre ações já implementadas e possíveis condutas a serem desenvolvidas, contribuindo não somente para os profissionais da saúde, mas também para a comunidade e o meio acadêmico, que conta com poucas pesquisas desenvolvidas com foco na prevenção antes da promoção em saúde.

Como estratégia para qualificar, orientar e proporcionar maior entendimento sobre o assunto, a educação permanente em saúde se faz indispensável devido às transformações que ocorrem constantemente no cotidiano do cuidado. Isso enfatiza a necessidade e a importância de um espaço que promova o diálogo de saberes, frente às mudanças na prática assistencial.

3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE NO BRASIL

A educação permanente em saúde propicia os processos de mudança a partir dos conceitos de ensino problematizador e aprendizagem significativa. Parte da premissa que o ensino-aprendizagem ocorre a partir da reflexão da realidade vivenciada no cotidiano, tendo o trabalhador a possibilidade de repensar condutas, de procurar novas estratégias e caminhos para a superação de dificuldades individuais e coletivas (BRASIL, 2007).

A denominada educação permanente em saúde (EPS) surge em meados da década de 1980, disseminada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) como diretriz, visando à melhoria da qualidade da atenção e dos serviços de saúde. A organização difundiu a proposta da educação permanente em saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, com o reconhecimento de que os serviços de saúde são espaços complexos com a significativa capaz de fazer a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

A proposta da Opas para a educação permanente em saúde é utilizá-la como uma ferramenta importante para a transformação das práticas. A educação permanente em saúde tem como finalidade propiciar às pessoas um conhecimento mais profundo sobre os processos vivenciados no contexto do trabalho, oportunidades de trocar experiências, de discutir e de construir coletivamente. A estratégia oportuniza um ambiente mais favorável, mas a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido com a saúde. A potência da proposta está em construir políticas locais e processos de mudança em espaços concretos e propícios para a transformação. O problema está detectado, a estratégia de mudança é coerente com o contexto, o que se busca é colocar em prática a política para construir cenários compatíveis para a mudança (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS, 1988).

Para Ceccim (2005a), a educação permanente se mostra como uma ação transdisciplinar e descentralizadora, na qual é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão prática no cotidiano do trabalho e de referenciais que orientam essas práticas ativadoras dos processos de mudança institucional e facilitadoras dos coletivos organizados para a produção. Trata-se de uma aposta no protagonismo dos trabalhadores, em debate com os usuários, gestores e processos de ensino e aprendizagem.

Merhy (2015), convida a ampliar o olhar e a perceber que os movimentos no dia a dia das práticas de saúde, são potenciais para a produção coletiva de novos conhecimentos, ainda que esses serviços não tenham sido formalmente designados como lugar de formação ou capacitação para o exercício das funções laborais. Para o autor, uma boa aposta para mudar o eixo dos processos de formação e capacitação em saúde é tornar visíveis os acontecimentos do cotidiano do fazer no campo de práticas, que, por meio do encontro com o outro e da troca de modos de agir e saberes, está continuamente produzindo e reafirmando conhecimento.

A educação permanente em saúde ganha estatuto de política governamental e é palco de debate entre vários autores na atualidade. Ceccim e Feuerwerker (2004), fazem uma análise crítica das nossas práticas de formação em saúde e desenvolvem o conceito de quadrilátero da formação, constituído pelos aspectos de ensino, gestão, atenção e controle social. A partir da constatação de que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostra-se que

essa formação é absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor. Por isso, os autores se propõem a repensar os modelos de educação no país.

Na perspectiva de incorporar e reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação permanente em saúde está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial à saúde da família, tendo este programa o objetivo de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Proporciona-se, assim, um espaço de educação popular em saúde em que há um diálogo informativo e educacional sobre saúde entre profissional e população (usuário/paciente). Ao trabalhar com a prevenção da saúde e com a responsabilização da equipe de saúde pela população residente em seu território, incentiva a participação popular, a criação de parcerias intersetoriais e a responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais.

3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os primeiros relatos sobre educação permanente remontam à década de 1930, com o pensamento de Pierre Furter, exposto por meio de críticas à educação tradicional e que influenciou, na década de 1960, os documentos da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco) sobre o tema educação para adultos. Feuerwerker (2014), em sua tese de livre docência “Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação”, detalha esse histórico e a sua conexão com as ideias de pensadores brasileiros, como Paulo Freire (1987), Darcy Ribeiro (2000) e Florestan Fernandes (1989).

O planejamento dos recursos humanos na área da saúde teve sua primeira referência em 1958, pela publicação da Opas e da Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a ser difundido como uma prioridade, sendo denominado como “educação permanente do pessoal da saúde”. As ações referentes ao planejamento visavam fortalecer o desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa para se obter a adesão dos trabalhadores de saúde (OPAS, 1988). A partir da criação do programa de desenvolvimento de recursos humanos coordenado pela Opas em 1985, e mediante esforços coletivos de diferentes grupos de trabalhadores

latino-americanos, os aspectos relacionados à formação profissional passaram a ser denominados oficialmente educação permanente em saúde, sendo apresentados como uma proposta teórico-metodológica de caráter inovador para a região da América Latina (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

O histórico da educação permanente em saúde evidencia-se em conformidade com a Constituição Federal Brasileira, com o objetivo de subsidiar a gestão do trabalho e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. No Brasil, o marco legal da educação permanente em saúde ocorreu em 2003, a partir da criação da secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde, em que o Ministério da Saúde assumiu o papel e a responsabilidade de formular as políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004).

Em meio a este contexto, foi aprovada a Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003, que dispõe sobre a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde, a qual posteriormente viria a ser a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). Do mesmo modo, foi regulamentada a cooperação técnica entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na formação e no desenvolvimento de profissionais da saúde pela Portaria Interministerial nº 2.118, de 04 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005).

A educação permanente é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. É compreendida por Merhy (2010) como um meio de comunicação de diálogo de saberes quanto à orientação e informações, desenvolvidas ao longo da vida profissional como uma visão crítica dos problemas que o cliente (paciente) poderá apresentar e não como um processo limitado de transformação de informações.

Para Ceccim (2005b) a educação permanente em saúde corresponde à educação em serviço quando colocada a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, quando submetida a projetos de mudanças institucionais ou da orientação da política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Ao abordar a educação permanente em saúde, o autor a refere como sendo um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, possibilitando a construção de espaços coletivos para a reflexão e

avaliação dos atos produzidos no cotidiano. Ele ainda acredita que a educação permanente deve estar centrada em uma ligação política, partindo de aspectos de formação que envolvam profissionais e serviços, numa introdução de mecanismos, análise, autogestão, mudanças na instituição, com isso alterando a forma de pensar e agir do profissional, procurando ampliar conhecimentos.

A qualificação da atenção à saúde está vinculada a diversos fatores, sobretudo comprometimento com o desenvolvimento contínuo e permanente de ações educativas suficientemente abrangentes que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde. Com a introdução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, propuseram-se mudanças significativas na formação e no contínuo e permanente desenvolvimento de pessoal, as quais podem representar um marco diferencial no processo de trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde assume o protagonismo da gestão da educação, ao propor mudanças nas ações educativas, nos processos de trabalho, nas organizações de saúde e principalmente no desenvolvimento de estratégias que possam qualificar a atenção em saúde (BRASIL, 2004).

O ensino-aprendizagem como prática significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, partindo da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A educação permanente em saúde se apoia no conceito de ensino problematizador, inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando e de aprendizagem significativa, interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais (CECCIM, 2005a).

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO CHAVE DE ANÁLISE

O principal objetivo da educação permanente em saúde é a transformação real das práticas em saúde, em que as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho e da valorização do cotidiano como fonte de conhecimento, com estratégias contextualizadas e participativas. À vista disso, a efetivação da educação permanente em saúde tende a permitir que os profissionais reflitam acerca das experiências vividas nos serviços de saúde, estabelecendo relações da teoria com a realidade vivenciada, possibilitando que suas ações possam ser transformadas com base no processo prática-reflexão-ação (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016).

A autoanálise e a autogestão são essenciais para que as transformações nas práticas profissionais ocorram. Não existe educação permanente sem autoanálise, de forma contínua. A autoanálise não é somente individual, mas também engloba o coletivo, pois é necessário o reconhecimento do que se deve mudar, continuar, recriar. Sendo assim, os profissionais precisam saber avaliar criticamente sua própria atuação, o contexto em que atuam e interagem ativamente pela cooperação entre colegas de trabalho, constituindo coletivos de produção da saúde, mediante a alteridade (CAMPOS *et al.*, 2009).

Um dos desafios que a educação permanente vivencia em alguns momentos é promover que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Assim, a importância de motivar o trabalhador para que este seja um participante ativo nas resoluções dos problemas, mas também em relação ao fato de que a educação permanente coloca as práticas individuais e coletivas cotidianas sob indagação, questionando a capacidade de cuidado e de aceitação do novo (CECCIM; FERLA, 2008-2009).

Portanto, a educação permanente vem para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores. É um conceito forte e desafiador: pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde coloca em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo junto dos saberes técnicos e científicos as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (FRANÇA, 2017).

Sobretudo existe a procura de reorientar as ações de saúde, com ênfase nas práticas de educação preventiva e de promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada, podendo contribuir para a discussão da prática educativa nos serviços de saúde. Nesse contexto, praticar a educação permanente na saúde é proporcionar ao indivíduo condições para que ele próprio busque, exponha, questione, viva, experimente, crie, contribua, resgate, conquiste seu lugar na sociedade, alcance seus objetivos e ideais, transforme seus sonhos em realidade, e reconheça o homem como sujeito responsável por sua realidade (FERNANDES, 2006).

Para que ocorra a educação permanente com vistas à prevenção da lesão por pressão é necessário que os saberes da prática assistencial sejam discutidos no cotidiano, com reflexões sobre o que faz e porque se está fazendo, construindo a visão integrada da assistência a ser prestada ao paciente. A educação permanente com relação à prevenção de lesão por pressão deve preocupar-se com as características de aprendizagem como um processo dinâmico, contínuo, global, pessoal, gradativo e cumulativo (BRAGA; MELLEIRO, 2009).

Assim, para que a educação permanente em saúde seja uma realidade, esta deve estar inserida em uma proposta de transformação com um adequado cálculo de suas possibilidades e do campo de forças na qual essa intervenção se insere. É necessário que haja coerência entre o projeto institucional e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica. A educação permanente em saúde não é uma tarefa exclusiva dos profissionais, é também responsabilidade das instituições de saúde (BRASIL, 2004).

Devem ocorrer periodicamente e continuamente o desenvolvimento, a implantação e o acompanhamento de programas de educação permanente com ênfase na prevenção de lesão por pressão. Esses programas devem estar voltados aos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, abordando medidas de prevenção como objetivo principal, mas também revisando mecanismos de formação das lesões, fatores predisponentes e tratamento de lesões já desenvolvidas.

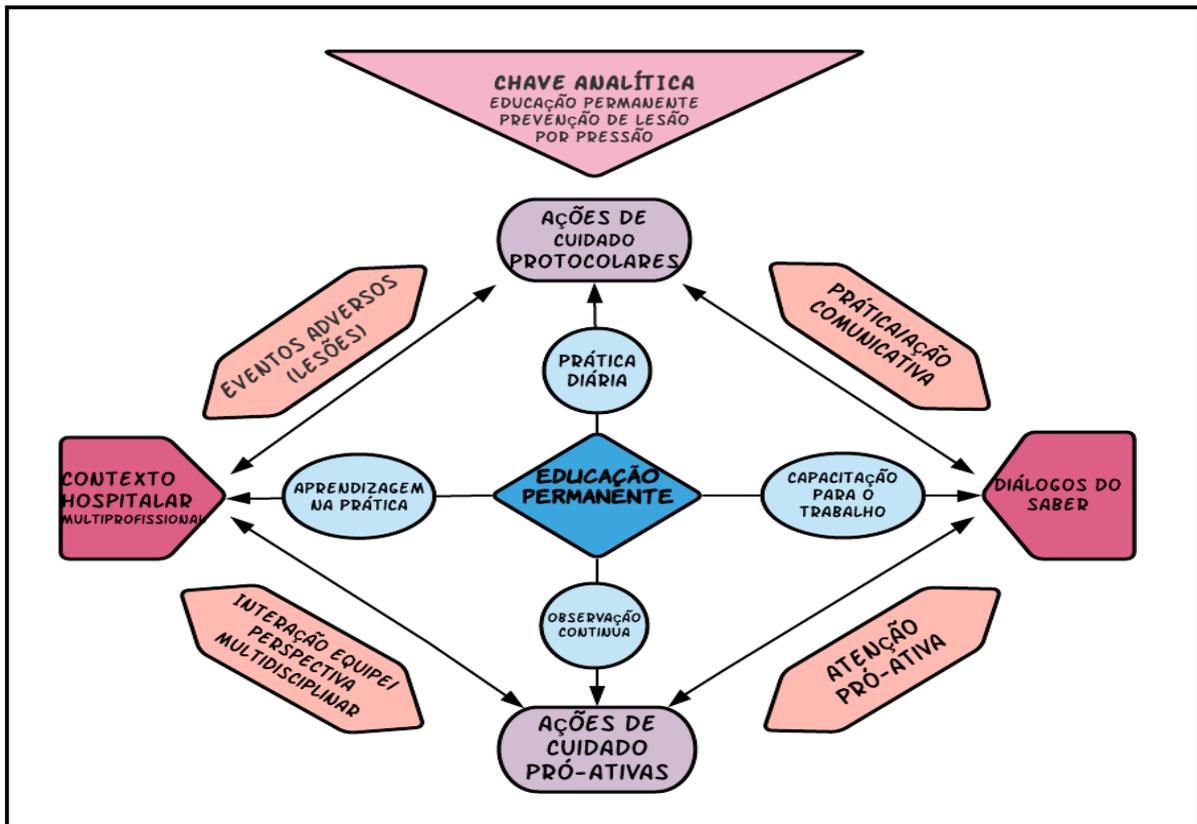
Ao longo da transição do hospital ao domicílio, após a alta, é importante que os cuidados sejam continuados e que as equipes de saúde tenham boa comunicação, mas na maioria das vezes isso ainda não acontece como esperado. É de extrema importância a necessidade de integração entre os serviços de saúde

quando o paciente tem risco ou já apresenta a lesão por pressão, e necessita dos cuidados domiciliares após a alta hospitalar (ESPINDOLA *et al.*, 2011).

A educação permanente qualifica os saberes da equipe e deve ser realizada continuamente considerando a subjetividade dos sujeitos, para que ocorra a mudança das práticas curativistas para as educativas, que previnem a lesão por pressão. A proposta de educação permanente investe na promoção de mudanças nos processos formativos e nas práticas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, pensar a educação permanente e a prevenção da lesão por pressão se apresenta não apenas como uma alternativa gestonária, mas também como uma chave de leitura analítica necessária para compreender um contexto problemático como o apresentado pelas lesões por pressão. Essa condição pode ter nas propostas de educação permanente uma saída ou solução efetiva, eficiente e eficaz. Esse raciocínio é ilustrado pela Figura 1.

Figura 1 – Chave analítica



Fonte: FERNANDES, 2021.

No capítulo que segue, será possível identificar como explicitar os saberes e as percepções da(s) equipe(s). Este procedimento se faz necessário para pensar a amplitude e a modificação de certas ações de cuidados.

5 NO PERCURSO METODOLÓGICO, A BUSCA DE UMA INFORMAÇÃO RELEVANTE

A articulação metodológica proposta (revisão da literatura, observação participante, análise de conteúdo, entrevistas semiestruturadas, análise do discurso) foi o artifício lógico que permitiu, em período de pandemia, perceber como o grupo de entrevistados, cada um em sua situação de trabalho, aborda e amplia o debate sobre o tema das lesões por pressão. Além disso, a problematização e o resgate das reflexões permitiram num primeiro momento a mobilização dos domínios cognitivos de cada profissional, isto é, perceber como cada um reage e soluciona as situações complexas do problema da lesão por pressão.

Trata-se de um estudo de caso descritivo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital de médio porte da cidade de Porto Alegre/RS. A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem qualquer tipo de interferência (GIL, 2008).

O estudo de caso é definido como uma investigação empírica que busca em profundidade um fenômeno contemporâneo, no caso em seu contexto do mundo real; caracteriza-se por ser um método abrangente que contempla desde o planejamento do projeto de pesquisa, com a definição de seus componentes, até as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para a análise de dados (YIN, 2015). Para Yin (2001), o estudo de caso representa o método adequado quando há questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto de vida real (YIN, 2001). O estudo de caso pode ser utilizado de modo exploratório, com o objetivo de investigar uma nova área e criar uma teoria a partir de uma situação; ou descritivo, pois tem a finalidade de produzir informações e características sobre um determinado fenômeno, buscando identificar suas causas (YIN, 2001; SEVERINO, 2007).

É importante que se reconheça nesta pesquisa um diferencial; trata-se de uma abordagem que usa a “intervenção” como estratégia para a construção de informações, pois busca-se ao mesmo tempo descrever e avaliar a prática e com isso aprender mais, no decorrer do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP, 2005). Para desenvolver uma metodologia participativa, é necessária uma mudança na postura do pesquisador e dos

pesquisados, pois todos são coautores do processo de diagnóstico da situação e da construção de caminhos para estas questões. Como processo contínuo que acontece no curso da vida cotidiana, vai transformando os sujeitos e demandando desdobramentos de práticas e relações entre os participantes (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1985).

5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada em um hospital de médio porte na cidade de Porto Alegre/RS. Foram convidados para este estudo 24 profissionais da saúde, equipe interdisciplinar, todos envolvidos na assistência ao paciente com risco de desenvolver a lesão por pressão, sendo 9 técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros, 2 médicos, 1 nutricionista e 5 fisioterapeutas, predominando o sexo feminino e a faixa etária de 29 a 42 anos. Foram considerados participantes profissionais com mais de 3 anos de trabalho na instituição, que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Quadro 1 – Dados sociobiográficos dos profissionais de saúde entrevistados

Código	Idade	Sexo	Profissão
E1	36	Feminino	Enfermeiro
E2	38	Feminino	Médico
E3	42	Feminino	Técnico de enfermagem
E4	34	Feminino	Enfermeiro
E5	33	Feminino	Enfermeiro
E6	31	Feminino	Enfermeiro
E7	42	Feminino	Técnico de enfermagem
E8	34	Feminino	Técnico de enfermagem
E9	39	Feminino	Nutricionista
E10	38	Feminino	Técnico de enfermagem
E11	38	Feminino	Técnico de enfermagem
E12	30	Feminino	Enfermeiro
E13	37	Feminino	Fisioterapeuta
E14	40	Feminino	Técnico de enfermagem

E15	38	Feminino	Técnico de enfermagem
E16	34	Feminino	Enfermeiro
E17	38	Feminino	Médico
E18	35	Feminino	Fisioterapeuta
E19	31	Feminino	Técnico de enfermagem
E20	29	Feminino	Fisioterapeuta
E21	34	Feminino	Fisioterapeuta
E22	35	Feminino	Fisioterapeuta
E23	33	Feminino	Enfermeiro
E24	39	Masculino	Técnico de enfermagem

Fonte: FERNANDES, 2021.

É importante destacar que nosso universo amostral, apesar de pequeno, de um lado mostra um conjunto de profissionais cuja média de idade (33 anos) sinaliza que os participantes não são iniciantes na carreira. Por outro lado, reproduz a lógica social que tem o gênero feminino como o principal responsável pelas questões de cuidado.

Independente da área de atuação e/ou especialização, o conjunto de profissionais analisados não só insinua mas reforça que o “cuidado com o corpo” é uma rotina para as mulheres. Por isso, como minoria de gênero, dos entrevistados, atua como “exceção” que confirma a regra e ao mesmo tempo suas respostas podem servir de contraponto. É significativo apontar para este tipo de “marca” ou recorte, porque o predomínio de gênero reproduz o cenário social discriminatório no qual o atendimento prestado está baseado na naturalização sem questionar a sua construção cultural ou social.

5.2 PRODUÇÃO DE DADOS

Para a produção dos dados, os profissionais discriminados acima, envolvidos na assistência ao paciente com risco de desenvolver a lesão por pressão, foram convidados para a realização de uma entrevista estruturada, que foi realizada no hospital, em horário adequado para cada participante. Foi utilizado um roteiro para abordar as questões pertinentes ao trabalho (Apêndice B).

Enquanto instrumento de pesquisa, a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (LAKATOS, 2003). A entrevista “consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo ato social como a conversação. Trata-se de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistado, verbalmente, a informação necessária” (GIL, 2008).

5.3 CENÁRIO DE PESQUISA

As práticas da prevenção da lesão por pressão a serem analisadas são de um hospital 100% pertencente ao SUS, regulado pela Secretaria Municipal de Saúde. É um hospital especializado, com atendimento clínico, cirúrgico e ambulatorial nas áreas de ortopedia e traumatologia. Também possui serviços auxiliares de diagnóstico (radiologia geral, tomografia e ecografia) e reabilitação, com os serviços de fisioterapia e terapia da mão.

Atualmente, é ONA Nível 2, ou seja, pertence ao grupo de instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais (ONA 1) e que apresentam também gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. O hospital possui uma área total de 9.568 m², área construída de 6.039 m², tem 100 leitos, 430 colaboradores, 4 salas cirúrgicas, 7 consultórios, e ainda sala de gesso, centro de diagnóstico por imagem, reabilitação com ambulatório de fisioterapia e sala de terapia da mão, posto de coleta de laboratório e agência transfusional.

5.4 INSTRUMENTOS

Como instrumento foram realizadas entrevistas com 24 participantes atuantes no hospital, a partir do roteiro (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas (áudio) para posterior análise dos discursos dos participantes. O material produzido foi transcrito e organizado.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade e em seu contexto do mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes. O estudo de caso conta com muitas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das preposições teóricas para orientar a coleta e análise de dados (YIN, 2015).

Na pesquisa as informações têm papel fundamental na construção do conhecimento. A informação não deve somente colocar em evidencia teorias, mas sobretudo por lançar novos desafios, ou seja, pesquisar não se refere apenas à observação, análise, questionamentos e formulação de hipóteses, pontos sobre os quais sempre ouvimos falar quando tratamos da palavra pesquisa. O ponto principal, neste momento do processo de construção do conhecimento, é descobrir até onde eu posso chegar? O que eu consigo alcançar com as informações que obtive? Mas só se consegue chegar às respostas a essas perguntas experimentando. Assim, não só se constrói o conhecimento, mas também a si mesmo como pesquisador.

5.5 NA METODOLOGIA: O CAMINHO DA ANÁLISE

A pesquisa qualitativa busca responder a questões muito particulares. Esta, nas ciências sociais e, principalmente na educação, propõe-se a captar as nuances de uma realidade que, por remeter a múltiplas significações ou sentidos, não pode ser apreendida na sua plenitude pela quantificação das informações. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Por isso, o estudo de caso aqui foi a opção para compreender aquilo que acontece no ambiente de trabalho, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2015, p. 21). Assim, para perceber como o saber empírico/teórico ou a práxis se constrói na universidade e voltado para o ensino na saúde, devemos relacioná-lo às experiências e fatos presenciados e vividos.

Um saber individual (subjetivo) que procura dar e assumir compromissos e sentidos de caráter social – uma profissão – se revela na prática, nos discursos e

nos posicionamentos de cada profissional. Aqui, privilegamos a fala dos entrevistados, porque, nos seus discursos, a experiência aparece como pressuposto epistemológico que reproduz aqueles elementos importantes da sua formação. Ao narrar-se um fato vivenciado, não se narra o que aconteceu; este narrar (sobre o trabalho) está voltado para o futuro que aprende com o passado, assumindo posições por meio de argumentos retirados do próprio viver.

Como método de tratamento, em um primeiro momento trabalhamos as informações existentes por meio da análise de conteúdo para melhor estruturar ou organizar as questões relativas às entrevistas (análise do discurso). Convém aqui, de início, ressaltar que privilegamos a análise do discurso a partir dos relatos (linguagem) que são usadas no contexto do trabalho pelos profissionais da saúde.

A análise de conteúdo foi o método utilizado para recuperar informações significativas de documentos. No processo de construção ou modelagem da informação adotamos o seguinte procedimento:

- Pré-análise (ou leitura flutuante) – pressupõe a organização e preparação do material a ser analisado, escolha dos relatos ou questões do cotidiano de trabalho vinculadas com os objetivos da pesquisa. Nesta fase os critérios observados foram: representatividade, homogeneidade e pertinência dos diferentes relatos;
- Modelagem da informação – foram realizados recortes das respostas por indicadores – percepção dos entrevistados, opiniões, seguindo as regras de registro inclusão e não omissão da resposta;
- Análise – pressupõe a relação entre respostas (conteúdo) e a fundamentação teórica (conhecimentos relativos à lesão por pressão);
- Interpretação – constituiu-se na análise, interpretação e explicação dos conteúdos manifestos e latentes, a partir da mediação do conteúdo descrito e a teoria que orienta a lesão por pressão.

Os procedimentos foram assim estruturados:

- 1º Categorização;
- 2º Descrição;
- 3º Síntese e discussão.

O processo iniciou-se com a categorização do material da pesquisa (entrevistas), que foi organizado em unidades de análise ou de registro, após a

transcrição das entrevistas. Após a releitura do material, com a finalidade de definir a unidade de análise, o passo seguinte consistiu no processo de descrição, enquanto procedimento de agrupar dados, considerando as semelhanças e os aspectos comuns existentes, para facilitar o processo de comparação.

Depois de definidas as categorias e de preenchidos os quadros, o momento seguinte consistiu na elaboração do texto-síntese para expressar o conjunto de significados das diversas unidades de análise. A partir disso, deu-se o momento interpretativo, seguido das considerações finais, podendo ser expresso pelo uso de citações dos dados originais¹.

¹ Aspectos éticos: todos os participantes que integraram o estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a sua participação na pesquisa (Apêndice A). Além disso, a instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa assinou o termo de ciência e autorização (Apêndice C), permitindo a realização do estudo no hospital. Além disso, esse projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, a fim de cumprir e garantir a adequação dos procedimentos éticos, conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e todos os dados e informações dos participantes permanecerão confidenciais e em sigilo, não sendo possível a identificação, conforme o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Apêndice D). Os dados obtidos permanecerão armazenados por 5 anos, sob cuidado integral do autor do projeto. O presente estudo não ocasionou qualquer tipo de custo aos participantes ou para a instituição. Os riscos deste estudo foram mínimos e estão relacionados ao extravio dos dados coletados, e constrangimento por parte dos entrevistados, entretanto todas as medidas cabíveis foram realizadas para que isso fosse evitado através do cuidado e responsabilidade com os entrevistados e dados da pesquisa.

O benefício esperado com os resultados da pesquisa foi, como planejado, buscar compreender a importância da educação permanente na prevenção da lesão por pressão, o que pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de educação permanente não somente para esta temática como também para outras questões envolvendo a prática assistencial. Espera-se que promovam a reflexão sobre educação permanente com vistas à prevenção da lesão por pressão, e que sirvam de alicerce para novas propostas de intervenção da educação permanente no sentido de desenvolver ações educativas, preventivas, em situações nas quais as práticas assistenciais interfiram na qualidade de vida dos pacientes.

6 NO COTIDIANO DAS AÇÕES DE CUIDADO: SUBSTANTIVO DE UM FAZER PROFISSIONAL (ANÁLISE DE DADOS)

A partir da produção de dados foi realizada a análise qualitativa, com base nos fundamentos da análise do discurso. Os dados de cada entrevista foram organizados como estudos de caso, o que, além de prover material descritivo e narrativo, tornou possível trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto. Sentido esse que não é traduzido, mas produzido, e articula o conhecimento linguístico com o social e o histórico. As falas dos participantes foram analisadas com a finalidade de apreendermos o que elas revelam, destacando os aspectos de materialidade do trabalho da subjetividade e das peculiaridades de cada profissional (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na análise do discurso, a linguagem é analisada em sua complexidade, escapando do teor binário da linguística, e é compreendida como uma produção de sentidos mais amplos e significados coletivos que, ao serem compartilhados, vão além da produção de sentidos restrito apenas aos sujeitos entrevistados (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014). É importante destacar que a análise do discurso trata do discurso – que traz a ideia de percurso, movimento –, e não da língua; observa, analisa e estuda o discurso e a prática de linguagem, ou seja, preocupa-se com aquele que fala. A fala não só permite conhecer como se produz sentidos, mas também reconhecer nas formas do discurso como o sujeito constrói a sua prática profissional.

Assim sendo, as informações que seguem sinalizam muito mais do que a linguagem como mediação entre pessoas, mas identificam que, na incompletude da linguagem, está a abertura para compreender a sua lógica e o seu pensar. No Quadro 2, a seguir, apresentamos as respostas dos sujeitos participantes da pesquisa à pergunta 1 das entrevistas.

Quadro 2 – Respostas à pergunta 1²

ENTENDIMENTO DOS ENTEVISTADOS SOBRE PREVENÇÃO	
Entrevistado	Depoimento
E1	Estar na frente, cuidado precoce.
E2	É o ato de prevenir, de se antever ao um acontecimento, então o ideal é ter olhos bem atentos em diversas situações para não deixar desencadear.
E3	São os cuidados na assistência, para evitar todos os tipos de feridas, evitar que o paciente caia, mudança de decúbito, quando é possível tirar do leito.
E4	Tomada de medidas com as quais você evita que algo aconteça.
E5	São as medidas que a gente adota para precaver o risco que o paciente possa apresentar, para evitar que esteja exposto a algum determinado risco, é atuar para que o evento não aconteça, é prever todos os riscos a que o paciente está exposto e adotar medidas para que ele não possa vir a sofrer desse risco.
E6	Aquilo que a gente faz para não ocorrer um problema, a gente antecipa os cuidados para que aquilo não aconteça.
E7	Prevenir que algo de maior gravidade antes que aconteça.
E8	Prevenção é a gente fazer alguma coisa para que não ocorram danos para o paciente, fazer algo antes que o mal aconteça.
E9	Visto do lado da nutrição sempre se trabalhou muito com o que a gente pode fazer para não ter algo.
E10	É o cuidado ao paciente para várias coisas, para não ter lesão de pele, de vários fatores assistenciais ao paciente.
E11	Evitar que vários riscos se agravem, prevenção né entendo que é para evitar o risco de lesões.
E12	É tudo que a gente faz para não chegar até a lesão por pressão, todas as medidas que a gente aplica, prevenindo para não ocorrer o fato.
E13	É um ato em que o profissional junto com paciente ou cliente deve entender o que está acontecendo, chegar à conclusão de alguns fatores que previnam os cuidados dessa pessoa com alguma comorbidade, com alguma resistência à saúde.
E14	Acomodar o paciente numa cama para não ter lesão, fazer uma hidratação na pele dele após o banho, prevenir as proeminências ósseas dele para não ter lesão.
E15	Cuidado com paciente para que não ocorram alguns danos.
E16	Um conjunto de ações que podem ser feitas no cuidado do paciente, que podem prevenir que ele desenvolva um mal.

² Para ter acesso às perguntas feitas aos participantes, conferir o roteiro das entrevistas, disponível no Apêndice B.

E17	Prevenção para mim é todo ato que a equipe que está cuidando do paciente faz com o objetivo maior de evitar qualquer dano para o paciente, principalmente físico e mental.
E18	É a maneira como a gente pode evitar alguma coisa.
E19	É agir antes que aconteça algo.
E20	Medidas que a gente pode tomar, para a gente tentar evitar alguma coisa.
E21	Algo sobre o qual a gente vai atuar, com orientações e práticas, diferente de promoção e prevenção, em que vamos prevenindo como doenças ou acidente.
E22	É todo aquele cuidado prévio que a gente pode fazer com o paciente para evitar que ele possa ter, no caso, o risco de lesão por pressão.
E23	Vem um olhar do saber que prevenir é melhor do que tratar, esse prevenir é tu saber que a essência da tua assistência impacta o prevenir, trabalhamos em prevenção o tempo todo na área de atuação, a gente veio da formação com essa questão de que tem que tratar e é muito difícil prevenir, algo que veio muito embasado de aprender isso na tua vida acadêmica.
E24	É tu evitar que aconteça alguma coisa a alguém, algum acidente.

SÍNTESE

Conjunto de ações de cuidados com o paciente que envolvam toda a equipe assistencial, para prevenir danos com medidas antecipadas e colocadas em prática no cuidado direto com o paciente. É o ato de antever o acometimento da lesão, doença ou acidente.

Fonte: FERNANDES, 2021.

A prática da prevenção traz a noção de que prevenir é melhor que tratar. Esse saber vem da essência da aprendizagem, ou seja, de antes mesmo da graduação, e chega até a prática assistencial. O déficit na aprendizagem, a pouca ênfase na prevenção e uma abordagem amplificada do tratar – isto é, a promoção –, ainda retrógrada nos dias atuais, impactam o ato de prevenir e de pensar sobre prevenção antes da promoção.

Os trabalhadores multiprofissionais da saúde vêm, desde a formação, com um olhar que privilegia o tratar, a promoção. A prevenção antes da promoção é algo visto como muito raro e difícil de colocar em prática, hipótese muito embasada na vivência acadêmica. No Quadro 3, abaixo, apresentamos as respostas dos entrevistados à pergunta 2.

Quadro 3 – Respostas à pergunta 2

ENTENDIMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE LESÃO POR PRESSÃO	
Entrevistado	Depoimento
E1	Toda e qualquer lesão que acomete o paciente com uma pressão exercida em determinado local.
E2	Lesão por pressão é uma lesão cutânea que pode se estender para outros tecidos, mais comumente localizada em áreas de proeminências ósseas que ficam em contato muito contínuo devido ao peso e à estrutura e acabam lesionando a pele os outros tecidos adjacentes.
E3	É o não cuidado, não mudar o decúbito, a pressão no membro.
E4	É uma lesão que ocorre quando o paciente fica muito tempo numa mesma posição.
E5	Lesão por pressão é um evento evitável, um evento adverso, que está muito relacionado com os cuidados multiprofissionais. Está associada aos cuidados de enfermagem, que é a área que atua mais diretamente com o paciente, que está mais tempo em contato com esse paciente, então acho que é um cuidado sim dos profissionais, e é um evento sim que deve e pode ser evitado.
E6	A lesão por pressão acontece quando a gente já tem uma perda do tecido, acontece quando o paciente fica com hiperemia ou perde a integridade da pele ali.
E7	É uma lesão causada porque os pacientes ficaram muito tempo na mesma posição, e essa lesão primeiramente forma-se pela fricção da própria da pele, no caso, em pontos onde há proeminências ósseas. A pele vai-se dilacerando até atingir estágios mais avançados.
E8	É uma ferida de pressão mesmo. Por ficarem muito tempo na mesma posição, as pessoas esquecem de mover ou tirar alguma coisa e abre-se aquela lesão ali.
E9	Acaba acometendo mais os pacientes que têm dificuldade de se movimentar, que acabam tendo que ficar muito tempo na mesma posição.
E10	A gente tem de hidratar bem a pele, não deixar o paciente úmido, manter os lençóis secos, para não danificar ali. Tudo pode causar a lesão por pressão, calcâneo, se tu não levantar, então é o cuidado que tu tem que ter 24 horas com o paciente.
E11	São úlceras ocasionadas no paciente devido ao atrito nas proeminências ósseas.
E12	É o dano no tecido devido à pressão por muito tempo. Então o paciente acaba ficando muito tempo na mesma posição o tecido acaba perdendo a irrigação sanguínea; assim, aquela parte acaba “morrendo”.
E13	As lesões podem ocorrer tanto no domicílio quanto na instituição de saúde, por

	falta de prevenção ou por falta de um olhar mais específico para cada paciente. Por mais que a gente leve em consideração as questões do envelhecimento, que a pele fica alterada, há pessoas que têm mais predisposição a ter as lesões.
E14	Sobre a lesão por pressão, é uma pele na qual não tem circulação, daí acaba acontecendo a lesão por pressão.
E15	É uma ferida causada por ficar muito tempo naquela posição. O paciente não consegue se movimentar, fica pressionando e causa uma lesão por pressão.
E16	É uma ferida, uma lesão que acaba surgindo na pele do paciente por atrito, causado por ficar muito tempo na mesma posição.
E17	É uma lesão na pele que ocorre devido a uma pressão, seja do próprio paciente contra o leito, seja contra algum dispositivo.
E18	É uma lesão que acaba acontecendo por falta de cuidados. Muitas vezes o paciente fica muito tempo acamado e não faz a devida mudança de decúbito.
E19	Um conjunto de fatores que exercem uma pressão sobre proeminências ósseas, a qual acarreta lesões desde leves a graves.
E20	É uma lesão causada por pressão permanente prolongada em pontos de proeminências ósseas.
E21	Toda lesão que acomete o paciente por ficar muito tempo na mesma posição, com pressão nas proeminências ósseas e sem nenhum cuidado prévio.
E22	É uma lesão na pele que acontece devido ao posicionamento muitas vezes incorreto e à falta de cuidado específico para o paciente. Por isso, ele acaba desenvolvendo essa lesão de pele.
E23	É um evento adverso que não deveria acontecer; nenhum paciente teria que ser notificado, porque se trata de um dano para ele. Essa lesão pode causar desde um dano emocional até o óbito de um paciente, além de custos para o hospital. Então há um impacto muito grande para a sociedade, para o familiar, para o paciente e para instituição. Hoje é um evento que deveria ser evitado, por isso que fala-se sobre a prevenção da lesão.
E24	A lesão por pressão se manifesta quando o paciente fica muito tempo na mesma posição. Não havendo a troca de decúbito, aquela região acaba não sendo irrigada corretamente, evoluindo para uma lesão de pressão.

SÍNTESE

Lesão cutânea que se desenvolve por contato contínuo do paciente em função de uma dada posição, provocada pela pressão do corpo. O tecido mole é comprimido entre a proeminência óssea e a superfície externa por um prolongado período de tempo. Está relacionada ao não cuidado (falta de troca de decúbito, baixa hidratação, baixa nutrição) e é multifatorial (idade, posição,

irrigação da pele).

Fonte: FERNANDES, 2021.

A lesão por pressão é um evento adverso que não deveria acontecer, e, se acontece, precisa ser notificado, pois se trata de um dano ao paciente, podendo causar desde lesões, infecções e alterações emocionais até o óbito do paciente, bem como custos elevados para a instituição e/ou família que está tratando a lesão. É uma condição que tem impacto muito grande para a sociedade, para o familiar, para o paciente e para instituição. Hoje em dia, esse é um evento que deveria ser totalmente evitado, e por isso enfatizamos aqui que é de extrema importância a educação sobre a prevenção da lesão por pressão. As respostas à pergunta 3 das entrevistas constam do Quadro 4, abaixo:

Quadro 4 – Respostas à pergunta 3

ENTENDIMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO	
Entrevistado	Depoimento
E1	Prevenir o acometimento dessas lesões através de várias medidas adotadas.
E2	É um olhar multidisciplinar, de todos os envolvidos no paciente, para ficarem atentos quando surgir a lesão, para que possam tomar medidas que façam com que ela não piore. Estar atento e agir imediatamente na identificação da lesão.
E3	A prevenção é isso tudo, passar o creme, não deixa a pele ficar ressecada.
E4	É muito importante que a gente, na assistência do paciente, exerça essa prevenção, fazendo a mudança de decúbito, para evitar maiores problemas ao paciente.
E5	A prevenção depende de uma avaliação dos profissionais para identificar os riscos. Se o paciente apresenta risco, já têm de ser adotadas ali mesmo as medidas de prevenção. Há muito tempo que a falta da prevenção é uma dificuldade que se encontra nas áreas da saúde, e é ainda muito forte nos dias atuais. A prevenção é algo simples que não envolve custo, mas sim um olhar aguçado dos profissionais e uma atuação mais eficaz.
E6	Os cuidados que a gente tem que ter! Mudança de decúbito, hidratar a pele e cuidar da nutrição do paciente são alguns exemplos de cuidados que a gente pode ter.
E7	Consiste em cuidados que podem ser amenizados através de mudanças de decúbito e hidratação da pele. Como há pacientes que ficam muito tempo acamados e na mesma posição, mesmo que sua posição seja trocada,

	precisa-se de hidratação, estimulação da circulação sanguínea, boa alimentação. Na ingestão de líquidos, vai-se estimulando que a pele também se regenere.
E8	Eu vejo que a prevenção que a gente tem aqui é muito boa; fazer essa prevenção poupa tanta coisa para o paciente, até dinheiro. Então é a prevenção de tomar todos os cuidados antes de a lesão acontecer, mover o paciente, uma coisa pequena as vezes já resolve, uma prevenção diária, olhar todos os dias, o olhar previne.
E9	Pode e deve ocorrer por parte de vários profissionais tanto da alimentação quanto da questão da fisioterapia, que acaba trabalhando mais essa parte de movimentação, mas também muito por parte da enfermagem, que acaba manuseando esses pacientes com mais frequência. Então entendo que é um conjunto de ações de vários profissionais.
E10	-
E11	As mudanças de decúbito, higiene, conforto, tanto na trocar a fralda quanto na hora do banho, procurar hidratar a pele, proteger com coxins, mudar posição do paciente de duas em duas horas, deixá-lo confortável também.
E12	No momento em que o paciente não tem condições de fazer a própria troca de decúbito ou alívio da pressão, nós profissionais da saúde devemos desempenhar esse papel.
E13	Eu acho que são movimentos que a instituição pode dar como opção aos funcionários para que a gente consiga ter um espaço de diálogo, um espaço para praticar o que a gente vê no dia a dia, principalmente aqui na nossa instituição, no hospital, onde a gente trabalha com o SUS. A gente deveria ter um olhar mais integral; muitas vezes troca-se a equipe, tem novos protocolos, e não temos tempo para fazer essa reciclagem. Falta também a proatividade da equipe em desenvolver a educação permanente.
E14	Devemos hidratar pele, manter os coxins para não ter a pressão ali e dar o melhor conforto ao paciente na cama, para não ocorrer a lesão.
E15	Prevenir é não deixar que aquele local ou membro fique sendo pressionado sempre na mesma posição, para não causar lesão por pressão.
E16	É um conjunto de atos que devem ser realizados diariamente, no cuidado do paciente à beira leito, para evitar o desenvolvimento dessa lesão.
E17	São necessárias medidas frequentes, principalmente como mudanças de decúbito do paciente, cuidados com aqueles pacientes que são mais desnutridos, que não têm uma alimentação tão eficiente que são mais propensos porque têm doenças crônicas, por exemplo.
E18	Importante é o trabalho de mobilização e o trabalho de uma boa alimentação, a mudança de decúbito, um colchão adequado, posicionamento adequado.
E19	A prevenção é ter os cuidados e ver que é uma coisa muito importante para

	não deixar a lesão se desenvolver.
E20	Medidas que a gente precisa tomar para evitar que isso venha a acontecer, gerar menos riscos ao paciente e custos ao hospital também.
E21	Paciente chega já colocando as películas protetoras, a gente começa a prevenir com a troca de posicionamento.
E22	A prevenção, então, é a gente ter esses cuidados específicos, posicionamento do paciente, cuidados com a pele.
E23	É um ato de cuidado tanto no ambulatorial como na internação. Nós, profissionais, somos responsáveis na atuação, por mais que a gente fale em tratamento, a prevenção sempre deve vir em primeiro lugar, e muitas vezes ela é falha, então por isso a gente tem que estar pensando muito em fazer ações para prevenção.
E24	Deve ser feita em pacientes acamados, troca de decúbito intercalado, conforme protocolos que cada instituição tem, de 1 hora ou 2 horas; hidratar aquela região; sempre procurar a região que fica muito tempo exposta e colocá-la em um lugar mais macio.

SÍNTESE

A prevenção dessa lesão acontece por meio de um conjunto de medidas e estratégias que venham a evitar que a pressão aconteça nas proeminências ósseas e da atenção (proatividade) da equipe, que, ao identificar os riscos, deve propor mudanças de posição do paciente. Por ser multifatorial (hidratação, circulação sanguínea, alimentação, higiene), há necessidade de cuidado constante (diário).

Fonte: FERNANDES, 2021.

Podemos observar nos quadros 2, 3 e 4 que o entendimento dos entrevistados sobre prevenção, lesão por pressão e prevenção dessas lesões estão em concordância com a fundamentação teórica deste estudo. Porém, ainda podemos perceber, em algumas falas, a tendência ao tratar e à promoção dos cuidados sem haver a prevenção antecipada ao aparecimento das lesões por pressão.

A fala do entrevistado E2 do Quadro 4 – “ficarem atentos quando surgir a lesão, para que possam tomar medidas que façam com que ela não piore. Estar atento e agir imediatamente na identificação da lesão” – demonstra que, por mais que se fale em tratamento, a prevenção sempre deve vir em primeiro lugar. Muitas

vezes a prevenção é falha, ou, ainda, os profissionais não a tem como prioridade. Por isso devemos estar sempre desenvolvendo ações que sensibilizem e conscientizem os profissionais e a sociedade em geral para a prevenção.

A prevenção depende de uma avaliação dos profissionais para identificar os pacientes com risco de desenvolver a lesão, adotando imediatamente as medidas de prevenção. A fala seguinte (E5, Quadro 4) – “Há muito tempo que a falta da prevenção é uma dificuldade que se encontra nas áreas da saúde, e é ainda muito forte nos dias atuais. A prevenção é algo simples que não envolve custo, mas sim um olhar aguçado dos profissionais e uma atuação mais eficaz” – denota a importância de se desenvolver a educação sobre a prevenção.

Outro profissional (E13, Quadro 4) menciona que é preciso ter um espaço de diálogo, um espaço de prática quanto ao que é indicado fazer no dia a dia com o paciente. Também deve haver um olhar mais integral, principalmente para com o público em questão, assim como é colocado nas diretrizes do SUS, visando o desenvolvimento de ações que tragam educação em saúde para o paciente. Consequentemente, teremos a prevenção amplificada como aprendizagem.

Quadro 5 – Respostas à pergunta 4

ENTENDIMENTO DOS ENTREVISTADOS SOBRE PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
Entrevistado	Depoimento
E1	Atividades e treinamentos, capacitações de profissionais, juntamente com o paciente, para prevenir essas lesões.
E2	Eu acho que a gente tem que estar sempre lembrando e se atualizando sobre os assuntos. Muitas vezes a gente acaba passando rapidamente por alguns assuntos, e quando a gente é lembrado tem aquela constância, aquilo fica mais fácil de acionar na hora da necessidade. Aquilo que a gente repete muitas vezes se torna uma prática diária, então a educação, nesse sentido, é bem importante.
E3	Treinamentos contínuos; não precisa ser em todos os meses, mas quando se observar que a equipe está falhando em alguma parte, tens que passar os treinamentos, que é quando as coisas começam a melhorar.
E4	Que são necessárias e que as pessoas – não que elas não saibam sobre o assunto – fiquem a todo momento revisando, de tempos em tempos, para que as coisas não caiam no esquecimento e para que a gente consiga dar continuidade na assistência ao paciente.

E5	É estar frequentemente desenvolvendo ações para qualificar o serviço assistencial. Tens que estar de acordo com o interesse dos colaboradores também, fazer uma avaliação, o que mais está acontecendo naquele serviço, qual é a maior dificuldade, e a partir daí desenvolver constantemente ações para tentar qualificar, corrigir erros e melhorar a atuação na prevenção. Tem que ser feita com frequência.
E6	Atualização daquele conhecimento, de falar sobre aquele assunto, de relembrar sobre aquele assunto, treinamentos, <i>rounds</i> , forma de a gente divulgar alguns conhecimentos.
E7	São práticas diárias, coisas do cotidiano que vão se somando a situações que aparecem, como a lesão por pressão. O ideal é que isso se torne uma rotina de aprendizado, para que aquelas situações passem a ser hábito de toda equipe.
E8	É o que a gente vai aprendendo no dia a dia, tanto de cursos que a gente recebe aqui, quanto de cursos que a gente tem interesse em procurar.
E9	Ações bem pontuais, coisas práticas que os funcionários conseguem atualizar na prática e coisas da nossa realidade mesmo. É focar nas coisas que são a nossa realidade, como as fraturas diversas que a gente tem aqui, os diversos tipos. Acho que essa educação acaba sendo mais eficiente quando a gente pega coisas bem da nossa rotina.
E10	Tem os treinamentos, cursos EAD.
E11	Tentar exercer aquilo que foi passado da melhor maneira possível, com os métodos corretos de prevenção.
E12	Sendo enfermeira eu acho que também acabamos desempenhando esse papel que é fundamental na equipe, então tu tem que passar as informações, educar a equipe; muitas vezes acaba entrando na rotina, por estar muito corrido, então tu tá ali na linha de frente para passar as informações educando a tua equipe.
E13	Identifico poucas; sei que existe a comissão de pele, alguns profissionais de referência para conversar sobre o assunto.
E14	É tudo aquilo que é desenvolvido para a educação, práticas dentro da instituição. Seriam os treinamentos para os técnicos e cuidadores que acompanham o paciente terem sempre o cuidado e darem uma melhor assistência continuada para ele.
E15	Eu entendo que seriam os cursos de aperfeiçoamento, porque quando não trabalhamos muito com aquele tipo de situação, tu acabas esquecendo. Eu acho que essa prática tem que ser sempre feita sim, até para nós relembrarmos, tirarmos dúvidas, e para as pessoas novas que entram na instituição.
E16	São treinamentos institucionais que a gente tem, que devem ser feitos por todos os colaboradores, retomando rotinas e práticas da instituição.
E17	Ter um regulamento, algo estabelecido quanto aos ensinamentos para a

	equipe, até porque “giram” muito os profissionais, muda enfermeiro, chega técnico, sai médico, então assim tem uma regularidade nos ensinamentos quanto a esse tipo de doença.
E18	Já teve até mais treinamentos, mas eu acho que tem bastante coisa ainda que a gente tem <i>on-line</i> agora.
E19	São todos os cursos que a gente tem. Aqui temos uma enfermeira que é responsável pelos cursos sobre lesões no local. Os profissionais da UTI têm de fazer o treinamento de lesões como essas, que começam com um “vermelhinho” que evolui a grau 1, grau 2, grau 3, e dos tipos de curativos que têm de ser feitos para cada grau de lesão.
E20	É uma forma de a gente manter o profissional sempre atualizado, não afastar o profissional da teoria, porque, com o passar do tempo, o nosso trabalho se torna muito automático, e aí a gente acaba esquecendo muito daquela teoria, a gente faz o que a gente tem que fazer e o que a gente está acostumado a fazer, e acabamos não revisando o porquê de, de fato, fazermos aquilo, e se essa realmente é a conduta adequada.
E21	É algo que têm de ser feito permanentemente com a equipe com a qual nós trabalhamos, fazendo atualizações e práticas de treinamento, para que eles possam aprimorar mais o cuidado e o atendimento.
E22	São estudos, treinamento como forma de prevenção para a equipe.
E23	Pensando que todos têm o saber, e que não é uma coisa imposta, todos nós temos o nosso conhecimento cotidiano com a prática. Então isso é fundamental, práticas de rodas de conversa, trocas de experiências entre os colegas, um grupo focado. Hoje eu sei que a educação permanente é fundamental para que a gente consiga quebrar a barreira e ter uma execução da ação, porque aquela coisa imposta, hoje, não cabe mais, ainda mais com o tipo e perfil de profissionais que temos. A gente não é mais aquela hierarquia, somos uma equipe interligada, multiprofissional, e precisamos dos conhecimentos e experiências de cada um para acrescentar a todos enquanto equipe de saúde.
E24	Essa questão se refere assim a passar a orientação correta aos funcionários que vão desenvolver aquela função, tirar dúvidas deles. Existem, no mercado de trabalho, instituições formadoras não têm uma visão além do paciente, não tem uma visão mais aprofundada sobre esse tipo de questão, de lesão. Muitos profissionais devem procurar uma qualificação a mais, conhecimentos para evitar uma futura lesão por pressão.

SÍNTESE

O conjunto de entrevistados entende educação permanente em duas dimensões: a primeira como sendo a formação/treinamento/capacitação realizada através de ações pontuais que têm por finalidade a qualificação do serviço na medida em que atualiza os profissionais; a segunda como sendo um exercício de aprendizado na prática, onde o conhecimento é socializado e repassado para todos e entre todos.

Fonte: FERNANDES, 2021.

No que se refere à educação permanente, podemos dizer que consiste em estratégias que possibilitam a construção do conhecimento de forma coletiva, através da aprendizagem significativa e problematizadora daquele local, de diálogos desenvolvidos no concreto de cada equipe, assim construindo novas estratégias de ação para a prática assistencial. Neste apontamento, refletimos a fala de extrema relevância do E23 (Quadro 5): “Pensando que todos têm o saber, e que não é uma coisa imposta, todos nós temos o nosso conhecimento cotidiano com a prática. Então isso é fundamental, práticas de rodas de conversa, trocas de experiências entre os colegas, um grupo focado. Hoje eu sei que a educação permanente é fundamental para que a gente consiga quebrar a barreira e ter uma execução da ação, porque aquela coisa imposta, hoje, não cabe mais, ainda mais com o tipo e perfil de profissionais que temos. A gente não é mais aquela hierarquia, somos uma equipe interligada, multiprofissional, e precisamos dos conhecimentos e experiências de cada um para acrescentar a todos enquanto equipe de saúde”.

Os quadros 6 e 7, abaixo, apresentam as respostas dos entrevistados às perguntas 5 e 6, respectivamente.

Quadro 6 – Respostas à pergunta 5

IDENTIFICA PRÁTICAS EDUCATIVAS VISANDO A PREVENÇÃO DA LESÃO?	
Entrevistado	Depoimento
E1	Sim, muitas.
E2	Sim.
E3	Sim.
E4	Sim.
E5	Sim.
E6	Identifico, no seminário, alguns treinamentos de mobilidade do paciente, que acredito que sejam muito importantes para evitar as lesões; treinamentos que auxiliam bastante.
E7	Sim.
E8	Sim.
E9	Sim.
E10	Sim.
E11	Sim.
E12	Sim.
E13	Sim.
E14	Já teve bastante, agora nos últimos tempos não tem tido muitos treinamentos.
E15	Sim, mas agora está um pouco parado devido à pandemia.
E16	No momento não vejo, mas sim, já tivemos vários momentos importantes, oficinas importantes para isso. Precisamos retomar.
E17	Não visualizo, mas sei que existe, que tem um grupo de pele que é responsável por se reunir, discutir e atualizar, mas não sei de quanto em quanto tempo e como é, o que ocorre; sei que existe.
E18	Sim.
E19	A última de que eu participei foi um treinamento na unidade; depois teve uma sobre os produtos que são utilizados nos curativos, foi bastante explicativo e tirou bastante dúvidas. Tenho alguns colegas que tinham experiência de outras instituições; foi bem legal a interação, eu gosto bastante.
E20	Identifico, mas atualmente com menor frequência. Anos atrás a gente tinha mais treinamentos acontecendo com maior frequência; até mesmo por causa da pandemia a frequência diminuiu, e daí também as formas de fazer educação permanente tem alguma coisa a nível de sistema. Mas também não é muito cobrado, então as pessoas acabam não fazendo.
E21	Temos na teoria, sim, tem que ser feita a mudança de decúbito. Hoje eu não enxergo na prática.
E22	Sim, eu já identifiquei, mas eu acho que, devido à pandemia, há um tempo que

	eu não tenho visto.
E23	Na minha experiência de atuação como enfermeira assistencial, nós fazíamos. As ações acontecem, só que teriam de ser contínuas! Para ter essa continuidade, não podemos falar somente uma vez por ano sobre medidas de prevenção e acabou. Dessa forma a gente perde a adesão do colaborador. Mas temos.
E24	Sim.

SÍNTESE

As atividades propostas (treinamento/capacitação) eram mais frequentes, mas com a pandemia ficaram mais difíceis; mesmo tendo ações desenvolvidas, eram mais teóricas que práticas.

Fonte: FERNANDES, 2021.

Quadro 7 – Respostas à pergunta 6

PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE LESÃO POR PRESSÃO	
Entrevistado	Depoimento
E2	Já visualizei alguns setores da enfermagem principalmente fazendo explanações para os técnicos e para os demais enfermeiros sobre como identificar as lesões, como tratar as lesões, como identificar se tem sinal de infecção ou não, então são realizados treinamentos.
E3	Treinamentos dos curativos, treinamentos do grupo de pele, com cuidado da ferida, a própria prevenção para não ter a lesão.
E4	Aqui temos uma comissão que trabalha o assunto, o pessoal da fisioterapia faz treinamento sobre mobilização, mudança de decúbito, temos um dia em que fazemos os <i>rounds</i> , para saber como é que está o paciente. A gente tem uma equipe multiprofissional, na qual tem fisioterapia, nutrição, enfermagem; todo mundo trabalha em conjunto. Temos o dia da lesão por pressão, no qual a gente traz palestrantes que falam e atualizam mais esse assunto.
E5	Já tivemos treinamentos com diversos profissionais que atuam no cuidado ao paciente, fisioterapia, nutrição; é uma coisa que está sendo adotada aqui nas unidades. Eu acho que quanto mais conseguirmos aproximar a educação da prática, mais eficaz será, porque tudo aquilo que a gente consegue visualizar de forma real, seja com o boneco, seja simulando uma pessoa participando como voluntária, eu acho que facilita muito o entendimento.
E6	Seminários, a gente tem <i>round</i> , que nos traz uma proximidade muito grande com os profissionais, tanto da fisioterapia quanto da nutrição. Então temos esse contato multiprofissional que auxilia bastante.
E7	Palestras, cuidados integrados interdisciplinares, cada um dentro do seu

	aspecto funcional nos passando informações, troca de ideias, troca de conhecimentos para fazer com que aquele paciente tenha uma melhora.
E8	Treinamentos, visando uma educação da gente, dos funcionários.
E9	Práticas educativas bem pontuais, pontuar as coisas, eu acho, acaba funcionando bem. Sobre a questão da nutrição, costumo reforçar para o próprio paciente e acompanhante a importância da alimentação, o quanto essas práticas de alimentação mais saudável e hidratação de dentro para fora são importantes para prevenir e ajudar na prevenção.
E10	Treinamentos e práticas.
E11	Na admissão do paciente a gente avalia; na hora do banho, também, se a pele está íntegra ou se não está. Outros modos de prevenção que a gente também usa são as películas protetoras, o Lanette (creme) na hora do banho para hidratar a pele, mudanças de decúbito.
E12	Uso de coxins e treinamentos com as equipes.
E13	Posicionamento do paciente no leito, orientar o familiar sobre esse cuidado. A gente utiliza alguns coxins, película protetora, porém, às vezes, esse paciente já vem com uma lesão ativa e temos que ter um olhar mais aguçado. Eu acho que, daí, outra questão é a hidratação da pele, que é muito importante.
E14	São os cremes, Opsites (películas), materiais que eles dão para a gente usar para ter a prevenção com o paciente.
E15	Eu fiz alguns com as enfermeiras; elas passam para nós informações até sobre o tipo de material utilizado que o hospital está fornecendo no momento, sempre explicando para nós para que serve e se ele funciona ou não.
E16	Oficinas, treinamento. Na integração tem treinamento específico. Acredito que comissão de pele esteja trabalhando para isso.
E17	Não tenho conhecimento sobre a educação da equipe, participei uma única vez, muito tempo atrás.
E18	Temos um relógio próprio na UTI para ficar observando se o paciente está sendo trocado corretamente a cada 2 horas de decúbito.
E19	Sim.
E20	Treinamentos no auditório, que eram mais conceituais. Semanalmente sempre tinha alguma coisa acontecendo, e já aconteceram algumas práticas de LPP, de parada.
E21	Sim.
E22	Participei eu acho que do simpósio. Fizeram práticas de lesão por pressão, teve vários temas diferentes, treinamento em <i>in loco</i> .
E23	Treinamentos <i>in loco</i> , ir até o colaborador. Fizemos dinâmicas de trazer imagens, direções, para ser uma coisa mais dinâmica, então é uma troca de conhecimento. Teatro, <i>workshop</i> falando de todas as funções, tudo o que

	<p>impacta o hospital, o que eles conhecem, fazendo a mobilização do paciente. É envolvida, então, uma equipe multiprofissional, não só enfermagem. A fisioterapia falando de posicionamento, a nutrição falando de aporte nutricional, então todas as áreas são fundamentais para a gente conseguir fazer essas medidas de ação.</p>
E24	<p>A comissão que nós temos desenvolve alguns cursos e divulga na instituição. Os próprios fisioterapeutas também fazem treinamentos sobre o posicionamento correto dos pacientes. A instituição disponibiliza o material para evitar a lesão por pressão e até mesmo no tratamento dela até o fim.</p>

SÍNTESE

Percebe-se que existem muitas práticas educativas voltadas à prevenção da lesão por pressão, treinamentos, simpósios, teatralização, treinamento focal e *in loco*, *workshop*, oficinas demonstrativas.

Fonte: FERNANDES, 2021.

Não há dúvida de que se tem práticas educativas sendo desenvolvidas no ambiente assistencial e institucional. No entanto, há uma percepção confusa do que é a educação permanente por parte dos profissionais. Há algumas falas citando práticas de cuidados e tratamento que também nos fazem observar que o tratamento acontece muitas vezes antes da prevenção.

São notórias, em algumas falas, as ações e práticas realizadas, mas também é mencionado o desejo dos profissionais de frequentarem mais ações educativas pautadas no interesse e necessidade de cada equipe, demanda e local. Há uma preferência para a maioria dos entrevistados sobre os tipos de ações educativas, sendo privilegiadas as mais realísticas, interativas e práticas. O Quadro 8, a seguir, apresenta as respostas à pergunta 7.

Quadro 8 – Respostas à pergunta 7

PARTICIPAÇÃO NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS	
Entrevistado	Depoimento
E1	Diariamente atuando com os colaboradores, com os técnicos ou capacitação mais formal, porque é algo indispensável. A gente vai estar vindo aqui para tratar um problema, e não podemos causar outro malefício para o paciente.
E2	Sempre que possível eu costumo participar.
E3	Sim, sempre que posso, porque é o conhecimento, é o cuidado com paciente, então quando tu vais lá atender o paciente tens que saber o que tu tá fazendo,

	e nada melhor do que treinamento.
E4	Eu faço parte da comissão de pele, a gente está sempre conversando com os colaboradores, quando tem alguma lesão eles nos chamam para fazer avaliação, a gente avalia para ver que tipo de cobertura a gente pode usar. Quando tem a lesão, assim que entramos nos leitos, procuramos ver se o paciente já fez a troca de decúbito.
E5	Está muito relacionado com a divulgação, quanto mais essas práticas forem divulgadas, seja por meio eletrônico, com lembretes sendo enviados o mais próximo possível da data marcada, maior será a adesão e organização para a participação de todos. Já aconteceu de a prática ser muito interessante, mas o convite ter sido enviado com muito tempo de antecedência e não ser reforçado por meio de lembrete, então o convite acabou se perdendo. Eu tenho uma maior adesão quando os convites são reforçados. <i>In loco</i> , quando o educador vem até a unidade para aplicar a prática. Porque é fundamental para nossa assistência, eu acho que, quando ficamos muito tempo sem essas ações, pegamos alguns hábitos, vamos adequando o nosso trabalho de acordo com nosso tempo, com os nossos recursos e cada um vai adotando um jeito, uma maneira própria de fazer. Então acho que essas ações de educação são boas para qualificar e para unificar, para que todos possam ter a mesma visão, agir de forma correta e também adotando práticas mais atuais, porque às vezes a gente aprende determinada atividade de uma forma e depois isso vai mudando.
E6	Participo, acho muito interessante e gosto muito. No momento eu não faço parte do grupo de pele, mas sempre que possível participo, porque de toda forma eu acabo cuidando dessas lesões quando acontecem, então é importante que eu esteja preparada.
E7	Em quase todos os momentos.
E8	Sim, nos cursos, treinamentos, é bem importante. Assim, alinhamos bastante as práticas, principalmente o pessoal novo que nunca trabalhou com traumatologista. Ajuda muito.
E9	Sim, costumo participar e acho que no momento a gente está até deixando a desejar, mas entendo que é um momento meio complicado, pandêmico. Acredito que as coisas daqui a pouco já melhorem, e acho que tem que fazer mais essas atividades pontuais, reforçar a importância da prevenção. A gente vai gastar muito menos no futuro com alguns pacientes, além do principal, que é preservar a integralidade do paciente.
E10	Sim, quase sempre no cuidado ao paciente.
E11	Quando dá tempo, sim.
E12	Eu era do grupo de pele. O grupo de pele aqui no hospital é muito atuante, então a gente já fez o <i>workshop</i> , por exemplo. Com esse processo do covid acabou dando uma parada, mas isso deve ser retomado, acredito, até porque

	tem muito paciente acamado, então acredito que isso vai se desenvolver ainda mais.
E13	Quando me é viável eu participo, eu acho que dá para conversar, porque muitos profissionais, colegas, às vezes não têm a visão integral do paciente, e às vezes basta mudar um ponto simples na rotina para beneficiar o paciente.
E14	Sempre que possível.
E15	Sim.
E16	Sim, quando era da assistência.
E17	Não.
E18	Sim.
E19	Sim.
E20	Sim. Quando eu estava na UTI nem sempre conseguia participar, havia alguns treinamentos específicos do setor que não eram abertos a todo hospital, e desses era mais fácil participar, porque eu não precisava me afastar do setor para fazer treinamento. Eu ficava muito refém das minhas práticas, isso fazendo treinamento em horário de trabalho, que geralmente é o que a gente faz. Atualmente eles cortaram um banco de horas para fazer treinamento, isso também eu acho ruim. Então eu dependia muito da demanda do dia para conseguir participar dos treinamentos.
E21	Até o início pandemia sim, participava de todos os seminários, treinamentos que aconteciam. Acho que tem que ser feito algo mais incisivo em cima das equipes, tem de ser muito rotineiro, troca de decúbito de tanto em tanto tempo.
E22	Sim, sempre, posicionamento é uma prática diária assim.
E23	Sempre fui envolvida na prática, porque eu acredito que é fundamental essa parte da educação. Não adianta só fazer a prática e pensar em analisar indicadores, tem que botar a mão na massa, colocar na cabeça das pessoas que temos que nos aprimorar, por que que tu tá fazendo, por que que tu está usando esse produto, por que está mudando decúbito, porque com o alívio da pressão do paciente. Sabendo da importância da sua atuação de medida de prevenção, isso vai acarretar em uma assistência de qualidade, não sendo impositivo, mas promovendo a consciência de que a educação é fundamental.
E24	Hoje, estando no outro setor, eu fico um pouco mais restrito a participar, mas quando eu estava na unidade de internação participava bem mais.

SÍNTESE

Aqui podemos notar que a grande maioria participa das práticas educativas ofertadas, porém alguns pontos são mencionados, como dificuldades em haver adesão de todos, modo como a divulgação e os lembretes dessas ações são promovidos e a frequência das ações diante das necessidades da equipe. O

local e o horário em que são realizadas essas práticas educativas são mencionados como algo dificultoso, pois frequentar as ações implica que cada profissional tenha de sair do seu setor de trabalho, deixando assim de atender suas demandas específicas. O momento pandêmico também dificulta o desenvolvimento e adesão a práticas educativas.

Fonte: FERNANDES, 2021.

Além de se ter práticas educativas desenvolvidas, a grande maioria dos profissionais menciona que gostam de participar, porém fazem alguns apontamentos quanto à adesão, maior aprendizado e concentração na participação dessas práticas. O E5 (Quadro 8) diz que: “Está muito relacionado com a divulgação, quanto mais essas práticas forem divulgadas, seja por meio eletrônico, com lembretes sendo enviados o mais próximo possível da data marcada, maior será a adesão e organização para a participação de todos”.

O local e horário em que serão desenvolvidas as ações educativas são outro ponto mencionado, pois os profissionais sentem-se sobrecarregados em ter de sair do seu setor, deixando suas demandas assistenciais específicas na jornada de trabalho para participar das práticas educativas. Falam que muitas vezes participam, mas com a cabeça voltada ao que estão deixando de fazer naquele momento, sobrecarregando colegas que ficaram no setor, ou ainda que não darão conta de vencer a demanda no turno de trabalho. Alguns profissionais citam o quanto era viável e bom quando se tinha essas práticas educativas no turno inverso de trabalho, pois assim podiam participar das ações com tranquilidade, mas que entendem a situação institucional quanto as cargas horárias. Então, a preferência dos entrevistados está em práticas educativas *in loco*, que é quando o educador vai até o setor para aplicar a prática, qualificar e unificar, de modo que todos possam ter a mesma visão, também adotando práticas mais atuais.

Por outro lado, aqui menciono a mercantilização dos profissionais da saúde, que empreendem jornadas duplas de trabalho para conseguir manter um certo padrão de vida e custear suas despesas básicas e responsabilidades. Essa dupla jornada de trabalho se deve à falta de um piso salarial fixo para as categorias, com políticas governamentais que valorizem os profissionais da saúde. Além da jornada dupla, esses profissionais se dividem entre estudos, interação familiar e cuidados

domiciliares. Diante disso, é notório seu cansaço físico e mental, o que acarreta em dificuldades até mesmo na concentração e participação nas práticas educativas.

Existe normatização das ordens de classe dos profissionais da saúde que regulamentam deveres e direitos dos profissionais, os quais, por muitas vezes, são desconsiderados discretamente por instituições de saúde. Como exemplo desse fator, podemos mencionar o número elevado de pacientes assumidos por cada profissional em uma jornada de trabalho, ou ainda a falta de profissionais, que leva à sobrecarga dos trabalhadores, dificultando assim a adesão e o maior conhecimento através das práticas educativas em saúde. O Quadro 9 apresenta as respostas à pergunta 8 das entrevistas.

Quadro 9 – Respostas à pergunta 8

APLICABILIDADE DO CONHECIMENTO E DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CUIDADO ASSISTENCIAL	
Entrevistado	Depoimento
E1	Sim, diariamente.
E2	Sim.
E3	Sim.
E4	Sim.
E5	Sim.
E6	Sempre, sempre aplico.
E7	Participar das práticas e poder passar isso também dá essa segurança para o paciente.
E8	Eu tento, às vezes a gente não consegue mesmo.
E9	Sim.
E10	Sim.
E11	Sim.
E12	Sim.
E13	Sim.
E14	Sim.
E15	Sim.
E16	Sim, mas como orientações, porque não pratico assistência, mas sempre que me é questionado nas orientações, sim.
E17	Sim, quando eu noto que o paciente está ficando na mesma posição por muito tempo e que está havendo alguma falha da enfermagem na mudança de decúbito, o que pode decorrer da dificuldade ou do ritmo corrido do dia a dia. Enfim, tento avisar a enfermagem e procuro avisar os familiares também,

	porque às vezes tem algum cuidador que fica ali 24 horas e pode ajudar também, mudando de local, colocando coxim e cuidando para evitar maiores danos.
E18	Com certeza.
E19	Sim.
E20	Sim.
E21	Sim.
E22	Sim.
E23	Sim.
E24	Sim, aplico.

SÍNTESE

A maioria dos entrevistados percebe a adequação das informações recebidas e as aplica em suas práticas assistenciais, principalmente porque isso proporciona segurança para o paciente.

Fonte: FERNANDES, 2021.

As repostas à pergunta 9 são apresentadas no Quadro 10, abaixo.

Quadro 10 – Respostas à pergunta 9

CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DA LESÃO POR PRESSÃO	
Entrevistados	Depoimentos
E1	Diariamente é aplicada a Escala de Braden, que nos dá uma pontuação quanto ao risco de o paciente desenvolver a lesão, visualizando diariamente na visita se o paciente tem alguma área que tenha mais pressão, se está tendo mudança de decúbito, entre outras.
E2	São pacientes que ficam restritos ao leito, sem mobilidade, e por alguma questão de mobilidade acabam ficando muito tempo na mesma posição. Isso facilita a lesão por pressão, dependendo da fratura ou da outra comorbidade do paciente.
E3	Geralmente aquele mais acamado, mas a gente tem sempre como prevenir, e na verdade às vezes acabam não fazendo, mas tem como dar uma ajeitadinha, sempre por poder prevenir para que não haja atrito. A troca de fralda é bem importante para não deixar o paciente úmido.
E4	Aplicamos a Escala de Braden aqui no hospital.
E5	Alerta para mim são os idosos. Como é um hospital de traumatologia, fraturas de membros inferiores já são um alerta a mais. Vai ter mais dificuldade na

	<p>mobilidade, estado nutricional, umidade da pele. Um idoso de fralda vai ter a pele mais úmida naquele local, então tem mais chance de desenvolver a lesão por pressão. Tem também o estado neurológico do paciente.</p>
E6	<p>Paciente idoso desnutrido, que já chega emagrecido, paciente acamado, com fratura de fêmur, com tração esquelética, é o nosso perfil; este é “perfeito” para desenvolver a lesão.</p>
E7	<p>Pacientes emagrecidos, desidratados, desnutridos; são esses que têm maior probabilidade de desenvolver uma lesão por pressão.</p>
E8	<p>Geralmente pacientes idosos já não têm tanta mobilidade, e se a gente deixa de um jeitinho, eles não mudam a posição. Um paciente que não é tão lúcido acaba tendo maior chance de desenvolver lesão.</p>
E9	<p>Os pacientes mais idosos e mais emagrecidos tem mais predisposição a ter lesão por pressão, dependendo do tipo de fratura que esse paciente tem. E acho que, também, o paciente que não consegue se comunicar, não consegue dizer que está incomodado.</p>
E10	<p>Pacientes acamados, idosos, obesos, pacientes que não se movem na cama e ficam sempre na mesma posição.</p>
E11	<p>Quando eu assumo a escala, na hora do banho, agora que tem contato direto com o paciente na troca de fralda, a gente consegue avaliar bastante nas mudanças de decúbito também.</p>
E12	<p>Pela Escala de Braden, na visita diária, principalmente na rotina de banho, e sobretudo nas nossas visitas diárias. Avaliamos se está com película, se o paciente teve troca de decúbito, se ele está se alimentando.</p>
E13	<p>Identifico quando eu estou fazendo fisioterapia com o paciente, nas proeminências ósseas, sempre tento dar uma olhada mais aguçada, sobretudo esse paciente usa algum dispositivo, como tala gessada.</p>
E14	<p>É o paciente acamado, mais emagrecido, com fratura de fêmur, que com certeza fica muito tempo na cama e sem condições de mudança de decúbito, que às vezes está com uma tração esquelética e não tem como fazer mudança de decúbito.</p>
E15	<p>São pacientes acamados que têm dificuldade para se movimentar. Quase todos, 99% são assim; pacientes que não tem aquela mobilidade, que não conseguem movimentar o membro.</p>
E16	<p>É aplicada a Escala de Braden.</p>
E17	<p>Pacientes com doenças crônicas, debilitados, com alteração de mobilidade, mais restritos ao leito, à cadeira. Aqueles pacientes que a gente já nota na primeira avaliação que são desnutridos, que têm uma alimentação deficiente, algum morador de rua, etilista, diabético que já tem a doença muito avançada, que tem alguma insuficiência venosa, que a gente nota no exame físico. Então a identificação é feita na anamnese e exame físico.</p>

E18	Paciente muito acamado, importante, que muitas vezes está em estado tão grave que não consegue tolerar mudança de decúbito. Muitas vezes paciente pesado ou muito idoso, cuja pele já não é mais resistente.
E19	Geralmente é o paciente que está bem edemaciado, com bastante dificuldade de mudança de decúbito. Aqui há um risco muito grande de fazer lesão, porque eles, às vezes, não toleram a mudança de decúbito. Isso na realidade da UTI com o paciente crítico, mas sempre tentamos pelo menos aliviar os pontos de pressão.
E20	Paciente acamado prévio, paciente polineuropata que fica muito tempo em ventilação mecânica e aí fica fraco. Ele fica totalmente dependente das nossas condutas para mudar de decúbito, para sair do leito. Na UTI há esses pacientes que estão sedados.
E21	Paciente mais acamado, não só desnutrido, mas um pouco mais obeso, mais quietinho na cama, com alguma patologia prévia.
E22	Idosos acamados, emagrecidos e sem mobilidade. Falta de mobilidade no leito.
E23	Por ser enfermeira, avaliamos através da Escala de Braden o risco do paciente. Por mais que a gente já tenha esse olhar, a escala ajuda a analisar pela escala de um risco baixo até o risco a muito alto ou moderado. Então tem esse alerta para nós, e a cada nível de agravamento de risco nós temos os cuidados adequados. No risco baixo tu vai ter uns cuidados mínimos ali de prevenção, e para o caso de uma pessoa que tiver um risco muito alto, a gente tem de executar muitas ações, para ele não desenvolver a lesão por pressão.
E24	Pacientes idosos ou pacientes com múltiplas lesões, fraturados, pacientes emagrecidos, pacientes com dificuldade motora, que não têm troca de fraldas.

SÍNTESE

Nota-se, nesta questão, que a maioria dos entrevistados identifica o paciente e/ou situação em que há o risco de desenvolver a lesão por pressão através da Escala de Braden, que gera uma pontuação quanto a esse risco. Alerta para os pacientes mais acamados ou restritos ao leito, sem mobilidade; pacientes que por alguma questão de mobilidade acabam ficando muito tempo na mesma posição; pacientes idosos, desidratados, desnutridos; obesos; pacientes com doenças crônicas, debilitados; pacientes críticos internados em Centros de Terapia Intensiva; paciente polineuropata, devido ao tempo elevado em ventilação mecânica; uso de fralda, umidade da pele; pacientes com fraturas, com imobilizadores, como tração esquelética e talas gessadas; atenção e alerta

às proeminências ósseas dos pacientes nas situações acima citadas.

Fonte: FERNANDES, 2021.

Por sermos profissionais habilitados e com conhecimento sobre o assunto abordado, sabemos avaliar e identificar o paciente com risco de desenvolver a lesão por pressão. Utilizamos de alguns facilitadores para tal avaliação, como a Escala de Braden.

A pergunta que fica é: por que ainda não é exercida ou é falha a prevenção da lesão por pressão? – entendendo as lesões por pressão como ocorrências decorrentes, na maioria dos casos, da não adoção de medidas preventivas, como a mudança de decúbito, manutenção da pele hidratada e sem umidade, uso de coxins e coberturas preventivas, entre outras. A prevalência das lesões se constitui como um indicador negativo da qualidade dos cuidados prestados, sendo avaliada internacionalmente como um evento adverso, especialmente pelo fato de que 95,0% delas são consideradas potencialmente evitáveis, ou seja, que poderiam ser prevenidas com a adesão às medidas de prevenção (MARTINS *et al.*, 2020).

Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), no Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81% (2019). Outro estudo aponta que, em âmbito nacional, a prevalência das lesões por pressão varia entre 5,3% e 26,0% dos pacientes hospitalizados, porém que todo e qualquer paciente hospitalizado tem risco de desenvolver as lesões (MOURA *et al.*, 2020).

Esse evento adverso (as lesões por pressão) gera comprometimento da saúde física e/ou psicossocial do paciente, aumentando o tempo de permanência e o custo da internação e diminuindo seu bem-estar. Isso torna imprescindível substanciar os esforços na implementação de medidas de prevenção efetivas e tratamento oportuno das lesões já estabelecidas (SIMAN; BRITO, 2016).

Diante disso, enquanto profissionais pertencentes a uma equipe multidisciplinar, todos devemos nos questionar, conscientizar e desenvolver um olhar atento ao paciente em sua integralidade, não apenas na área na qual se é especialista. Esse hábito pode auxiliar na identificação de um possível risco ou evento daquele paciente, possibilitando, assim, ações que evitem ou diminuam o

sofrimento físico e mental e eventuais danos irreversíveis ao nosso paciente. O Quadro 11 apresenta as respostas à pergunta 10 das entrevistas.

Quadro 11 – Respostas à pergunta 10

CONDUTAS PREVENTIVAS USADAS PELOS PROFISSIONAIS	
Entrevistado	Depoimento
E1	Mudança de decúbito, de 2 em 2 horas, aliviando membros que têm alguma pressão. Películas Opsite para proteger a área, hidratação da pele com Lanette, coxins para o posicionamento.
E2	Eu acho que o principal é a mudança de posição, então é orientar a equipe sempre que possível. Em alguns casos fica mais difícil, mas sempre tentar fazer essa mudança de posição, e, se o paciente conseguir, tirar essa área de apoio que está causando a lesão, e em seguida fazer curativos específicos.
E3	Mudança de decúbito, manter a pele sempre bem hidratada, não deixar paciente o tão molhado durante muito tempo, aplicação de Opsite, que é para prevenir também.
E4	Logo que o paciente é internado, a gente faz uma anamnese, e é aplicada a Escala de Braden, para saber o risco de lesão daquele paciente. Fazemos, então, a aplicação de películas que a gente utiliza para calcâneos. A gente alivia a pressão com coxins e orienta a mudança de decúbito.
E5	Mudança de decúbito, alívio da pressão parcial conforme o que é possível fazer com aquele paciente. Acho que o alívio da pressão é o principal, manter a pele hidratada. A gente tem também o uso de películas aqui.
E6	Orientação aos técnicos, películas, Lanette para hidratar a pele. Então a gente orienta os técnicos para fazer a mudança de decúbito dos pacientes com fratura de fêmur.
E7	Mudança de decúbito, hidratação, usar as películas. Comunico a enfermeira quando visualizo início de lesão por pressão, até para que ela e os médicos tenham conhecimento, para que alguma coisa possa ser iniciada, algum outro processo, para a lesão não progredir.
E8	Mudança de decúbito, hidratação da pele, aporte nutricional ofertando o alimento.
E9	Eu recebo a Escala de Braden, uma sinalização que o pessoal da enfermagem nos passa para os pacientes que têm risco elevado e muito elevado para lesão por pressão, e através disso a gente acaba entrando com uma suplementação proteica na alimentação. Acabo também reforçando com os familiares e com os pacientes sobre a questão da hidratação, ou seja, o quanto é importante a hidratação para as pessoas, hidratando-se de dentro para fora.

E10	Hidrato bem a pele do paciente, tento deixá-lo de uma maneira que fique mais confortável, não deixar o paciente muito tempo úmido, calcâneos elevados.
E11	Procurar hidratar a pele com Lanette né, também com as películas, na troca de fralda.
E12	Na verdade, na minha visita diária exercito muito a observação, então eu observo muito se o paciente está com coxim, se aquele coxim está adequado, se o colaborador está executando as medidas preventivas como hidratação da pele, películas, troca de decúbito.
E13	Olhar o histórico do paciente, ver quais as comorbidades. Se estiverem presentes pacientes com diabetes, indico a ingesta hídrica, tento ativar todo o sistema do paciente quanto à mobilidade, que é a mobilidade precoce, utilizada na fisioterapia.
E14	Tentar fazer mudança de decúbito com travesseiro ou com alguma outra coisa nas costas, embaixo dos calcanhares, para não ter a lesão.
E15	Ter um cuidado de movimentar, lateralizar o paciente a cada 2 horas, elevar os membros, colocar os coxins, películas. Se já estão com a lesão, fazer os curativos conforme orientação da enfermeira.
E16	Usava mudança decúbito, películas protetoras, coxim piramidal.
E17	Controlar doenças de base, tentar estimular o máximo possível uma alimentação saudável, uma alimentação que tenha bastante proteína, porque às vezes a gente nota que os idosos só querem comer doce. A hidratação, pois o idoso vai perdendo esse controle da sede, não se dá conta, e quando vê, se desidrata muito fácil.
E18	Uso mobilização, troca de decúbito e posicionamento.
E19	Aliviar as pressões exercidas no corpo com dispositivo como cadarço do tubo. Há bastante risco também de lesão orelha; para isso, coloco aquelas películas protetoras que a gente sabe que onde fica vermelho também pode colocar.
E20	Troco de decúbito, mobilizo. Sempre priorizo mobilizar esse paciente fora do leito.
E21	Troca de decúbito, coloco-os, adaptando os coxins para calcâneo. Evito a lesão com a troca de decúbito lateral também.
E22	Posicionamento, orientações.
E23	A principal delas é a orientação do paciente, se ele consegue exercer o autocuidado. A equipe multidisciplinar com a mudança de posicionamento, a alimentação, a umidade da pele, prestar atenção nas proeminências ósseas, se a gente consegue fazer alívio da pressão com coxim, hidratar a pele, ver se esse paciente está com aporte nutricional adequado, se foi avaliado pela nutricionista, se está sendo acompanhado pela fisioterapia, avaliação da pele, orientar o familiar ou acompanhante do paciente.
E24	Manter o paciente numa posição confortável, com os lençóis bem estendidos,

colocar os coxins em regiões onde vai ter a pressão ou atrito nas proeminências ósseas.

SÍNTESE

As condutas preventivas mais usadas pelos profissionais entrevistados são: anamnese, aplicação da Escala de Braden, olhar atento aos riscos na visita diária; mudança de decúbito, hidratação da pele, higiene como troca de fraldas para evitar umidade da pele, uso de Opsites/películas protetoras de atrito; controlar doenças de base; tentar estimular o máximo possível uma alimentação saudável; aliviar os pontos de pressão, otimizando e/ou trocando posicionamento, uso de coxins. Orientação e comunicação entre os profissionais, continuidade do trabalho preventivo entre os turnos de trabalho. Quando possível orientação ao paciente quanto o autocuidado.

Fonte: FERNANDES, 2021.

As estratégias de educação permanente e ações em prevenção das lesões por pressão têm potencial para reduzir os custos hospitalares, reduzir o desgaste físico e emocional do paciente e da equipe que presta assistência, favorecendo o bem-estar de todos esses atores e diminuindo os danos causados pelas LPP (MOURA *et al.*, 2020). As lesões por pressão desafiam os estabelecimentos de saúde, que precisam investir esforços na melhoria contínua dos cuidados preventivos em saúde. Esse tipo de dano representa um aumento potencial do tempo de internação, dos custos do tratamento, da morbidade, da mortalidade hospitalar e atinge um elevado número de pacientes (COSTA *et al.*, 2018).

As instituições devem atentar para o manejo correto do estado nutricional dos pacientes, hidratação da pele e adoção de estratégias para minimização da pressão nas áreas de proeminências ósseas, além de inspeção diária da pele, como principais precauções para prevenção do surgimento das lesões. Além desses fatores, Martins, Brandão, Silva, Mendes, Caetano, Araújo e Barros (2020) alertam para os cuidados com a fixação de dispositivos hospitalares e adesivos na pele dos pacientes como potenciadores para o desenvolvimento de lesões por pressão.

A equipe multiprofissional deve se apropriar de conhecimento sobre essas estratégias de prevenção citadas no Quadro 11 acima, fornecendo embasamento para minimizar esse dano ao paciente. Esse tipo de evento adverso ainda é muito

evidente nos serviços de saúde, em decorrência de a assistência ser ofertada de maneira aleatória, sem adesão à educação permanente, falta de atualização dos profissionais e falta de implantação de estratégias ativas e práticas conhecidamente eficazes (SUDAN; CORRÊA, 2008). O Quadro 12 apresenta as respostas dos entrevistados à pergunta 11.

Quadro 12 – Respostas à pergunta 11

PRÁTICAS QUE PROMOVEM MAIOR CONHECIMENTO SOBRE LESÃO POR PRESSÃO	
Entrevistado	Depoimento
E1	Roda de conversa deixando as pessoas perguntarem, tirarem as dúvidas, não passando somente o conhecimento. Dá para fazer uma troca, dar uma sugestão e pedir que eles tragam a opinião do que eles estão vendo, do que eles acham que seria importante, e então trabalhar junto com eles.
E2	Poder-se-ia chamar toda a equipe para participar do <i>round</i> , para que cada um tenha a sua visão, o seu olhar sobre aquele paciente, da parte médica, da parte da enfermagem, da parte do técnico que fez o cuidado. Eu acho que nesses momentos em que a gente se reúne, conseguimos captar coisas do paciente que são de outras áreas da saúde, que não são específicas só do médico. Nesse sentido que a gente consegue dialogar; cada um expõe a sua opinião, e desse modo a gente acrescenta muito ao paciente.
E3	Treinamentos, e aqui no hospital a gente tem o próprio EAD, os POP's também. Pode entrar no sistema e entrar na aba de qualidade, ali tem muita informação, então é só dar uma olhada. Todos acessam, geralmente quando são obrigados; isso é uma falha, se os profissionais tivessem mais um cuidado, isso poderia evitar muita coisa ao paciente.
E4	Treinamentos <i>in loco</i> , que têm de ser feitos por equipe, pois quando o treinamento é dado para muitas pessoas, acaba-se dispersando muito. O treinamento <i>in loco</i> é a melhor forma de treinar as pessoas para isso.
E5	Eu venho lendo sobre simulação realística. Não tive nenhuma experiência ainda, mas penso que, quanto mais tentar aproximar de uma realidade, uma prática, mais isso fará as pessoas pensarem, porque tu vai montar um cenário da ação que você busca desenvolver. Algumas pessoas vão atuar ali, então elas vão precisar pensar no que estão fazendo, e outras pessoas vão observar, então acho que para ambas envolve aprendizado.
E6	Treinamento <i>in loco</i> aqui na unidade, que vá mostrando imagens sobre as lesões, quais lesões são elas e qual cobertura seria utilizada. Chama bastante a atenção, sobretudo com grupos pequenos, em que eles acabam se expondo e interagindo mais, esclarecendo dúvidas.

E7	As figuras trazem a informação visual, eu acho que ajuda muito. Às vezes só fala, falar e falar não é efetivo, muitas pessoas não absorvem. Mas o visual, isto é, saber o que pode ser feito, alguma coisa para melhora daquilo, é muito importante.
E8	Acho que treinamentos coletivos não dão muito resultado, mas os treinamentos em que há menos pessoas, em que se pode fazer pergunta, porque a pessoa que está dando aquele curso consegue te responder, tirar tuas dúvidas, eu acho que é mais válido do que uma palestra, por exemplo. Acho que esses cursos, assim, na unidade, com 3, 4, 5 pessoas, são mais fáceis. Assim eu posso falar para ti, eu posso perguntar, para tirar as dúvidas.
E9	Coisas bem práticas do dia a dia dos profissionais, não ficar somente falando de teoria, mas depois refletir sobre ela também é bem importante. Às vezes, dependendo da situação, chamar pessoal. Agora a gente está evitando aglomerações, mas a gente poderia parar um pouquinho e chamar algumas pessoas para visualizar o que a gente podia estar fazendo, onde é que está errado, o que está errado. Mas o mais importante é a questão da empatia; a gente sabe que nem todos os profissionais tem esse cuidado, a gente tem de se colocar sempre no lugar do outro, isso faz muita diferença.
E10	Na nossa área estão sempre surgindo coisas novas, então estar sempre nos atualizando, nos trazendo mais conhecimento.
E11	Os cursos e capacitações ajudam a tirar bastante dúvida, são bem importantes, e nos auxiliam com a forma correta de lateralizar o paciente, como deixar o paciente, por exemplo.
E12	Eu acredito que a gente consegue aprender mais quando a gente coloca a mão na prática, então o <i>slide</i> ajuda sim, é informativo, mas não te mostra a realidade. Então se colocar no lugar do paciente, colocar uma pessoa em cima da cama para vivenciar aquele ato, porque ao só falar, às vezes, a informação entra por um ouvido e sai pelo outro, né? Então colocar, “tem que levantar assim o paciente”, “tem que mobilizar ele desse jeito, quer fazer?”. A pessoa primeiramente vai ter medo, todo mundo tem medo, mas botar a mão. Acho que a prática é fundamental.
E13	Eu acredito que palestras, cartilhas, um espaço para falar de caso a caso, eu acho que o profissional adequado seria um dos profissionais da comissão de pele, que teria mais expertise sobre o assunto para deixar claro e para que quem tenha dúvida possa saná-la.
E14	O que seria melhor são treinamentos, passando sempre aos funcionários novos, mais treinamentos com os enfermeiros.
E15	Ter mais cursos para as pessoas que estão entrando. Por mais que tenhamos muitos pacientes, dá para a gente ter cuidado com eles, não deixar desenvolver essas feridas. Mas eu acho que teria que lembrar mais, fazer

	mais cursos, chamar os funcionários. Antes tínhamos as placas relógios no quarto do paciente; assim, entrávamos no quarto e já lembrávamos que tinha de mudar o decúbito do paciente. Mas retiraram essas placas!
E16	Acho que o principal seriam as oficinas. As práticas em si, eu acho que elas te fazem remeter à situação, pensar, observar melhor. Na oficina a gente consegue aprender a forma mais adequada de mobilidade do paciente, e, assim, aplicamos as medidas de prevenção.
E17	Explicar a doença em si, enfatizar o quanto isso pode se tornar um problema para o paciente e para família, e o quão simples são as medidas preventivas. Mostrar para a equipe que, com aquilo ali, vai-se ter um ganho muito grande para o paciente, e isso evitará tantos outros problemas, sejam os curativos, que geram altos custos, sejam infecções, que podem vir a se generalizar e levar o paciente a óbito. Então é dar ênfase à comunicação sobre os cuidados preventivos que não podem ser deixados de lado.
E18	Poderia ter mais treinamentos falando sobre o que desenvolve a lesão.
E19	Treinamentos, chamar o pessoal mostrar desenhos de cada tipo de lesão. O pessoal já se antena no que tem que cuidar.
E20	Eu acho que os treinamentos são fundamentais, mas eu acho que quanto mais a gente for disseminador de conhecimento <i>in loco</i> dentro do nosso ambiente de trabalho, isso torna a coisa muito mais prática, porque tu marcar hora de treinamento em um auditório onde as pessoas vão ter que sair do seu setor, vão depender de como está a demanda, vão sair preocupados porque têm que voltar, porque têm que fazer alguma coisa. Daí vão sentar lá, ficar uma hora ouvindo alguém falar, sendo que as pessoas já estão cansadas. Por experiência, quando o treinamento é feito no ambiente de trabalho, a liderança chama toda equipe para conversar sobre aquele caso, sobre a importância, sobre o que a gente poderia fazer para evitar, eu acho que isso acaba mobilizando, porque isso traz aquele conhecimento para a realidade da equipe. Porque senão parece que é uma coisa muito longe do nosso trabalho, muito teórica, e aí quando tu traz a teoria e aplica ela na prática, eu acho que isso favorece que as pessoas fixem aquilo que você está dizendo e coloquem em prática de fato.
E21	Prática junto com a equipe, não adianta ir lá só dar treinamento, mostrar PowerPoint, fechar o PowerPoint e não ir lá na prática com a equipe. Mostrar também o funcionamento da prevenção diretamente com o paciente.
E22	As práticas mais interativas acabam gerando conhecimento maior do que muitas vezes lá no auditório, palestra só falada. É melhor com alguma prática junto.
E23	Rodas de conversa, onde a gente tem trocas mesmo, porque ali a gente consegue identificar as dificuldades do colaborador, de quem está na

	assistência, pensando em treinamento <i>in loco</i> onde consegue estar mais próximo desse colaborador, pensando na enfermagem.
E24	Cursos, palestras, oficinas, tudo é válido, basta cada instituição fazer uma triagem e ver o que se enquadra melhor no perfil do funcionário.

SÍNTESE

Na opinião dos entrevistados, as práticas educativas que ajudam a sanar dúvidas, adquirir maior conhecimento ou ainda refletir sobre a problemática em questão (lesão por pressão) são atividades que venham ao encontro da prática assistencial, as condutas a serem realizadas, tais como: treinamentos com atividades práticas e *in loco* (local realista); rodas de conversa, *rounds*, onde todos da equipe multidisciplinar possam interagir e dialogar; simulação realística e oficinas em que os envolvidos possam obter maior conhecimento tanto na execução da tarefa quanto na observação. Mencionam ainda cursos e treinamentos com poucas pessoas, para maior aproveitamento e interação, com menos teoria e mais práticas interativas. Falam sobre a necessidade de treinamentos contínuos, também para os profissionais recém-chegados na instituição.

Fonte: FERNANDES, 2021.

Nas falas dos entrevistados do Quadro 12, acima, fica evidente que a educação permanente em saúde precisa ser entendida como uma prática de ensino-aprendizagem problematizadora. Isso significa valorizar a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivenciada pelos atores envolvidos, contornando os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho, e das experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

A educação permanente em saúde deve-se apoiar no conceito de ensino problematizador, inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando, e na aprendizagem significativa, interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos/profissionais. Ou seja, o ensino-aprendizagem é embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas pertencentes ao universo de experiências e vivências de quem aprende, e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar naquele local. Ao contrário do ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si,

sem a necessária conexão com o cotidiano, é assim que os profissionais da saúde deixam de ser meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. Portanto, quanto à formação contínua dos trabalhadores, é desafiante pensar nas ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo assim junto dos saberes técnicos e científicos as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM; FERLA, 2008-2009).

Algumas falas dos entrevistados no Quadro 12 vêm de encontro aos estudos e apontamentos realizados por Ceccim e Ferla, como, por exemplo, a fala do E1 referente à prática educativa:

[...] deixando as pessoas perguntarem, tirarem as dúvidas, não passando somente o conhecimento. Dá para fazer uma troca, dar uma sugestão e pedir que eles tragam a opinião do que eles estão vendo, do que eles acham que seria importante, e então trabalhar junto com eles. (E1, Quadro 12).

Outro profissional menciona a participação da equipe multidisciplinar e a importância da visão de cada profissional dentro da sua especialidade, na construção de um diálogo de saberes que se somam em benefício do paciente. Alguns entrevistados também falam sobre treinamentos ou atividades no local de trabalho, ou seja, *in loco*, com poucos participantes, pois estes, em suas percepções, seriam mais produtivos e interativos.

Um dos entrevistados (E20, Quadro 12) traz uma fala de extrema relevância sobre cada profissional se tornar um disseminador do conhecimento *in loco*, dentro do próprio ambiente de trabalho, com o saber de um profissional somando-se ao saber do outro, tornando a aprendizagem ainda mais prática. Na visão desse entrevistado, em um treinamento mais formal, em auditório com plateia, os profissionais têm de sair do setor mesmo estando com uma alta demanda de trabalho. Por isso, eles já vão ao treinamento preocupados em voltar, porque precisam cumprir essas demandas. Além disso, a perspectiva de ficar horas sentado assistindo à palestra ou treinamento torna a atividade cansativa e desinteressante. Ainda são citados pelo entrevistado pontos positivos de quando o treinamento é realizado na unidade de trabalho: na percepção desse entrevistado, quando a liderança do setor reúne a equipe para conversar, dialogar sobre determinada

problemática e sua importância, sobre o que fazer para evitar danos ao paciente, o comprometimento dos profissionais é mobilizado, bem como seu aprendizado e conscientização, trazendo o conhecimento para realidade da equipe. Do contrário, o treinamento parece estar muito longe do trabalho a ser desenvolvido. O Quadro 13 apresenta as respostas à pergunta 12.

Quadro 13 – Respostas à pergunta 12

FATOR DE DESTAQUE NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO DA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO	
Entrevistado	Depoimento
E1	O olhar diário, principalmente do enfermeiro e do técnico, porque hoje pode ser que o paciente não tenha nenhuma lesão, mas amanhã já pode estar em um início, então se deixar passar 2 ou 3 dias a lesão já deve estar bem avançada. Acho que é o olhar diário, por inteiro, ao paciente.
E2	Ter constância em atualização. Eu acho que temos que estar sempre falando, sempre orientando a equipe sobre a possibilidade da lesão, eu acho que esse fator de alerta e de suspeita, suspeitar de que aquele paciente pode estar desenvolvendo uma lesão é o que pode melhorar a educação nesse sentido de prevenção.
E3	Mais treinamentos, principalmente no cuidado do paciente, para evitar esse tipo de ferida, de lesão, isso é bem importante, porque às vezes vai-se perdendo muita coisa, então se eles focarem mais nisso, mais seguido, eu acho que começaria a melhorar bastante.
E4	Ter a comissão de pele mais ativa, e que essa esteja mais afrente na assistência, para poder ver quais são as dúvidas que realmente as pessoas têm, e o que elas podem colocar em prática, porque quando a gente não está na assistência, não se tem ideia. Só na prática que a gente tem que saber o que pode aplicar, então ter as pessoas mais envolvidas, eu acho.
E5	Tentar conscientizar os profissionais e mostrar o quanto o trabalho deles e as atitudes vão refletir na assistência. Acho que cada um tem que ter essa consciência, se todo mundo fizer um pouquinho desse trabalho, se todo mundo realizar mudança de decúbito, outro turno seguirá esses cuidados. Acho que no final a gente tem um resultado bem bom, e que o principal fator para a conscientização é que o profissional se sinta importante nesse processo, responsável por isso.
E6	Mais treinamentos pensando na prevenção, principalmente com profissionais novos que têm medo de mexer no paciente traumatológico. Treinamentos mais práticos, <i>in loco</i> , mais sobre a mobilidade do paciente.

E7	O cuidado no sentido de prevenção, para que não chegue em um estágio mais avançado da lesão, mas o cuidado partir do momento em que entra aqui mesmo que seja avaliado, para que não ocorra o aparecimento da lesão ou agravamento.
E8	Olhar atento do líder, saber que ele pode te dar mais um respaldo, conversar contigo, ter mais o controle do que está acontecendo. Outra coisa que acho que também incentiva a prevenção é tu ter os coxins (materiais) para posicionar o paciente. Então eu acho que, quando tem mais recurso à mão, assim é feita mais a prevenção. Sabe esse negócio de sair da tua unidade, correr atrás de alguma coisa? Acho que isso se perde, até porque todos têm muita coisa para fazer, e acabam deixando de fazer os treinamentos, porque não tem esse acesso rápido.
E9	Fazer os profissionais visualizarem as coisas que estão erradas, pensar no momento em que a gente pode estar melhorando isso, treinamentos, enfim, as <i>blitz</i> que a gente gostaria de fazer.
E10	Ah! Alguns fazem, outros não fazem. Queria que todos os colegas fizessem mais, gostaria que houvesse a continuidade do trabalho. Acho que deveria ter a continuidade 24 horas.
E11	Fazer com que as pessoas vejam mais o lado preventivo. Eu acho que tem que ser cobrado bastante também em relação aos profissionais, muitas vezes a gente não consegue realizar o que realmente tem de ser feito para prevenir até pela carência de funcionários. Suprir tanto assim, porque às vezes a gente é muito sobrecarregado. Olha, quem consegue trocar o paciente idoso em 2 horas? Numa unidade de internação é meio complicado, a gente até tenta, mas é bem difícil. Isso aí é uma coisa bem importante.
E12	Então tu está sempre junto com teu colaborador vendo, fazendo junto porque se perde, o que fazer, todo mundo sabe na teoria. Ah, eu sei o que tem que fazer, liberar a pressão, mas no meu dia a dia eu não faço, então acho que tem que estar muito presente em todo dia.
E13	A interação multidisciplinar, o contato entre os profissionais, o contato entre a enfermeira, médico, nutricionista, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e cuidador seria um fator muito importante, porque não adianta somente um profissional fazer uma parte e os demais não fazerem.
E14	Às vezes não temos tempo suficiente para ir atender o paciente para fazer uma mudança de decúbito. A demanda é bem intensa, assim tu não consegues fazer isso com tanta eficácia.
E15	Passar as informações, insistir na comunicação.
E16	Engajamento de toda a equipe. A enfermeira como gestora da unidade comprar a ideia, saber da importância dos treinamentos, e, no momento de aplicar, mostrar que acredita. Quem estiver aplicando tem de acreditar no que está falando.
E17	A orientação da equipe que está cuidando, mostrando a importância disso, e também da família, porque não adianta a gente cuidar um monte aqui e chegar

	em casa e a família não cuidar, não continuar os cuidados. Então é direcionar a importância para esses dois grupos.
E18	Mais estudos, mais treinamentos.
E19	Assim, acho muito importante a comunicação, a passagem de plantão, falar que o paciente está com ponto vermelho, que já é um início de uma lesão. Tem que se atentar para que não abra mais.
E20	A gente tem que tentar sensibilizar a equipe ao máximo. Eu tenho uma conversa da minha prática na UTI em que a gente está todo mundo junto, sempre acaba participando de tudo, quando o médico avalia o paciente acabamos participando, quando o técnico está trocando a fralda do paciente, tu está ali participando, ter um olhar multiprofissional. Conversei ontem com as gurias lá do anexo sobre isso. Quando eu faço meu atendimento, eu sempre converso tentando identificar outros problemas que não têm nada a ver com meu trabalho diretamente, mas que têm indiretamente, e eu posso tentar auxiliar na melhora desse paciente ajudando nos outros fatores. Como na nutrição com os colegas da enfermagem, a gente precisa explicar por que você está fazendo isso e não só o automático, vamos tirar aquele paciente do leito, entender por que estão fazendo isso, que será um importante diferencial na vida do paciente. Eu acho que isso faz toda a diferença.
E21	Eu acho que é prática diária é o treinamento diário. Sanar as dúvidas do pessoal, principalmente dos profissionais novos que estão chegando em nosso hospital. Isso é importante, senão o paciente acaba ficando na mesma posição por turnos e sem nenhum posicionamento correto.
E22	Destaco o posicionamento que por vezes não acontece. Isso tem de estar sempre voltando para a equipe, salientando o que eles já sabem.
E23	Não perder o entusiasmo, persistir nas nossas ações, nas ações que a gente consiga mobilizar o paciente a gente ser um transmissor do conhecimento o tempo todo, é assim que a gente transforma, porque sozinho a gente não consegue mostrar o caminho para as pessoas, fazendo, executando essas ações e mostrando aos colegas e colaboradores que a gente consegue, em um grande grupo.
E24	Acredito que tens que vir da formação, a escola de formação já tem de trazer isso daí. O formado está trazendo as informações de forma muito rasa, as escolas formadoras só te mostram o básico e te largam no mercado de trabalho, então acredito que as instituições hoje têm de mostrar desde a base até tudo o que ocorre na assistência. A formação e as escolas técnicas não estão mostrando isso, elas deixam para o mercado de trabalho te mostrar, só que aí quem sofre os danos da falta de informação são os pacientes.

SÍNTESE

Nessa questão os entrevistados apresentaram em suas falas os fatores de maior importância para auxiliar o processo de educação da prevenção das lesões por pressão. Dentre eles estão: o olhar atento e diário por parte de toda a equipe multidisciplinar, principalmente do enfermeiro(a), profissional que ocupa o cargo de liderança e gestão da equipe assistencial; engajamento e interação de toda a equipe, conscientização e sensibilização sobre a importância da prevenção desta problemática; constância em treinamentos, atualizações e orientações com toda a equipe e familiares; comunicação e continuidade dos serviços entre os turnos de trabalho; maior atividade da comissão/grupo de pele e equipe de educação permanente da instituição visando essa temática; reformulação e atualização das políticas de ensino e grades curriculares na formação dos profissionais de saúde.

Fonte: FERNANDES, 2021.

No Quadro 13 acima, questionamos os entrevistados quanto aos fatores de maior importância para auxiliar o processo de educação da prevenção das lesões por pressão, e diante de suas falas podemos refletir em relação a alguns fatores. Aqui destaca-se a importância do líder da equipe, do olhar atento e cuidadoso deste profissional, fala-se sobre sensibilização, conscientização, engajamento de toda a equipe. Especialmente, é exposto em uma das falas dos entrevistados (E16, Quadro 13) que o profissional ocupante do cargo de líder/gestor precisa “unidade comprar a ideia, saber da importância dos treinamentos, e, no momento de aplicar, mostrar que acredita. Quem estiver aplicando tem de acreditar no que está falando”.

Diante disso, podemos salientar que a liderança envolve relação interpessoal. A comunicação é de extrema importância e indispensável nesse processo, pois através dela o líder troca conhecimento, organiza seu serviço, traçando objetivos junto à sua equipe. No exercício da liderança, o profissional deve propiciar um ambiente favorável para a execução das atividades no cotidiano de trabalho. A liderança torna-se essencial para a profissão, pois ter aptidão para comunicar, solucionar conflitos, resolver problemáticas, ter iniciativa e convicção do que se está propondo/fazendo são atributos que contribuem para o cuidar e que se refletirão em uma assistência de qualidade, na satisfação do cliente, somando-se ao reconhecimento e cooperação do grupo de trabalho (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006).

Então, para educar, sensibilizar, conscientizar e engajar a sua equipe, o profissional precisa estar convicto do objetivo proposto. Parte dessa liderança o ato do educar, da troca de conhecimento, e um diálogo sem esses ingredientes não contribui para a construção do saber; a ausência desses contribui para um resultado negativo do trabalho assistencial. Ainda, este líder deve engajar-se, para que os trabalhadores da sua equipe se sintam parte do processo, importantes e responsáveis pelo resultado final junto ao paciente.

Ainda na questão 12 podemos discutir sobre outros fatores citados, como a constância de treinamentos e atualização, a comunicação entre os profissionais e a continuidade do trabalho. Como exemplo, tem-se a fala do entrevistado 24:

Acredito que tens que vir da formação, a escola de formação já tem de trazer isso daí. O formado está trazendo as informações de forma muito rasa, as escolas formadoras só te mostram o básico e te largam no mercado de trabalho, então acredito que as instituições hoje têm de mostrar desde a base até tudo o que ocorre na assistência. A formação e as escolas técnicas não estão mostrando isso, elas deixam para o mercado de trabalho te mostrar, só que aí quem sofre os danos da falta de informação são os pacientes. (E24, Quadro 13).

Em muitas instituições de ensino durante a sua formação, os educandos têm pouco contato com as necessidades sociais das comunidades, e isso dificulta a compreensão de como ocorre o processo saúde-doença, pois os educandos passam a ter contato com a comunidade apenas nos anos finais de sua formação. Alguns, inclusive, nem chegam a ter esse contato, o que cria uma barreira para lidar com os diversos problemas que permeiam o processo de trabalho no campo da saúde e gera grandes dificuldades para se estabelecer processos de educação em saúde de acordo com a realidade de cada grupo social.

A partir de um currículo integral, pautado na diversidade, é que os educandos poderão compreender a importância da educação em saúde como meio para apresentar/discutir informações e problemas de saúde junto às comunidades, de acordo com o contexto social, econômico, político e cultural (GOMES, 2007). Desta forma, faz-se necessária uma proposta curricular da área de saúde que entrelace os saberes e alie teoria à prática, articulando o ensino, a pesquisa e a extensão para que ocorra a efetivação da educação em saúde na atuação dos profissionais dessa área, tendo como propósito minimizar a fragmentação do

conhecimento e evitar a mera repetição de teorias (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O Quadro 14, a seguir, apresenta as respostas à pergunta 13 das entrevistas.

Quadro 14 – Respostas à pergunta 13

OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE O QUE GOSTARIAM QUE FOSSE DESENVOLVIDO COMO PRÁTICA EDUCATIVA VISANDO A PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO	
ENTREVISTADO	Depoimento
E1	O olhar cuidadoso mesmo, a empatia do profissional que está avaliando aquele paciente, não simplesmente olhar para o rosto do paciente, mas tirar a coberta, olhar realmente o que tem por baixo e se colocar no lugar dele. E se fosse você ali na cama? Se tu não pudesses falar que tu estás com algum desconforto. Então acho que esse olhar com empatia mesmo.
E2	Eu acho que seria a questão visual mesmo, às vezes as pessoas falam e não veem, ou não estão junto naquele momento da avaliação visual do paciente. Se tivesse uma avaliação visual além do diálogo e das práticas dos <i>round</i> , como a gente tem feito com foto, ou trabalhar nesse sentido, eu acho que facilitaria muito, tornaria aquilo mais lúdico.
E3	Treinamento, mais cobranças, principalmente do enfermeiro, para dar mais uma olhada no paciente e vir a cobrar da equipe, “olha, temos que mudar isso, fazer aquilo”, conversar sobre o que estamos fazendo.
E4	Se você tiver o cuidado, se tu cuidar bem do paciente, tu vais ver que a gente pode ficar 15, 20 dias com o paciente internado, se prestar esse cuidado de frente, olhando atentamente para o paciente, ele irá sair, ter alta sem nenhuma lesão. Se tomar todas as medidas, haverá a prevenção.
E5	Eu volto no ponto da simulação, acho que falta aqui no nosso serviço. Eu acho que desenvolver ações mais caracterizadas dessa forma seria algo mais efetivo. Eu acho que uma sugestão seria começar a desenvolver simulação realística.
E6	Treinamentos <i>in loco</i> ; conversa permanente com multiprofissionais, que já adiantaria para relembrar, para não cair na rotina.
E7	Eu acho que a mudança de decúbito é o mais imediato, e no momento que for verificado e notado que se iniciou um processo de lesão, que se tenha um discernimento da própria equipe de enfermagem, assim, “a partir deste momento eu tenho que fazer alguma coisa”.
E8	Eu acho que neste momento está faltando uma liderança que se preocupe mais, que nos chame atenção para nós olharmos para isso. Treinamentos mais

	ativos eu acho que são muito importantes, mas vai muito do interesse de cada um. Se não tiver interesse, pode ocorrer o treinamento que for, que não vai adiantar.
E9	Os enfermeiros deveriam enfatizar essa parte de prevenção e não focar só em curativos. Um maior acompanhamento por parte do enfermeiro junto ao técnico de enfermagem, assistir, seria bom, seria interessante.
E10	Os colchões estão horríveis, desgastados. Poderia haver maior investimento nessa parte.
E11	A gente poderia ter um tempo para se dedicar, se atentar realmente, mas tem de ser no horário inverso ao nosso horário de trabalho.
E12	Se colocar no lugar do paciente e assim ver o que o paciente realmente está sentindo, porque a visão dele é totalmente diferente da nossa, então nem tudo que eu aplico com Joãozinho consigo com a Mariana. Eu sei que o dia a dia é corrido, mas a equipe tem de se colocar mais no lugar do paciente para poder apresentar a qualidade do atendimento, evitar que o paciente fique com uma infecção ou outras coisas que pode também acarretar.
E13	Acredito que isso seja mais a nível educativo fora da instituição, nossa saúde está um pouco precária sobre essas questões preventivas, visando somente a promoção, o que fica mais visível é uma questão maior, como um pôster na instituição ou até nas ruas, e as questões das UBS. Acho que as pessoas às vezes têm esses ciclos de pandemia e epidemia de vacina, e daí a mídia fica muito em cima, mas quando são fatores por vezes menores, mais corriqueiros da nossa rotina, fica a desejar.
E14	Sinto falta porque diminuíram muito os treinamentos, e isso ajuda bastante na continuidade do atendimento com o paciente. Não tendo mais esses treinamentos, as coisas vão se perdendo. Poderia ter mais treinamento com prática, pode ser no quarto, pode ser com boneco, alguma coisa que tu fazendo ali junto, tu consegues gravar. Em vez de só ouvir uma palestra, tu fazer também.
E15	Lembretes, algo como o relógio. Colocar lembretes no quarto do paciente, ou quando abrir o sistema Tasy, a pessoa pudesse entrar e já lembrar. Algo que desperte o ato de movimentar o paciente, trocar o decúbito.
E16	As oficinas mais frequentes fixas no nosso calendário de treinamentos.
E17	Mais atenção com isso, examinar o paciente a cada pedacinho, se notar alguma hiperemia na pele já comunicar ao médico, já comunicar à equipe de pele o quanto antes; tudo que é precoce evita muita coisa, mais problemas, porque muitas vezes somos avisados quando já houve o rompimento da pele. Na verdade, a doença já está estabelecida ali, já está no segundo grau no mínimo, então é avisar com antecedência, um aviso precoce que está tendo uma possibilidade de lesão, a comunicação precoce.

E18	Vai muito de quem está com o paciente, tem uns que fazem mais, outros menos, poderia ter uma fiscalização maior desse serviço de posicionamento.
E19	Um treinamento prático e técnico com um paciente específico, para mostrar o que pode ser feito agora, no momento, a realidade, algo bem prático.
E20	Eu acho que os treinamentos que faziam antes com maior frequência são importantes, e o treinamento, quanto o mais próximo do nosso ambiente de trabalho, melhor. Não tanto aquela coisa formal de auditório, e sim o próprio fisioterapeuta do setor, o enfermeiro do setor está disseminando aquele conhecimento. Eu acho que é o melhor jeito assim de enfatizar as coisas importantes.
E21	Esse ano faltou o treinamento, tipo assim, eu não sei os níveis de lesões, então eu acho que a enfermagem poderia estar mais atenta a essa questão da educação e prevenção, nos trazendo junto, e a nutricionista pessoalmente também com a questão da dieta, como é que se diz, <i>in loco</i> .
E22	Algo como prática educativa, para que se pudesse visualizar melhor. Um boneco e poder mostrar “essa é uma lesão grau tal, ela aconteceu por tal e tal motivo”. Eu acho que é muito bom, é importante mostrar a realidade.
E23	Gostaria de uma valorização deste tema, valorizar esses profissionais também! Porque muitos são bem engajados outros não, talvez ter multiplicadores das nossas ações também é uma maneira de ter uma prática contínua do nosso cuidado. Fizemos o nosso simpósio, que é um evento anual, onde a gente tem essa conscientização; é um evento aberto ao público, desenvolvimento, teria que ter sim mais práticas voltadas. Nós já pensamos uma cartilha, isso é uma ação fundamental, porque é contínua, que a gente está fazendo hoje. Não temos nada específico, também impacta em relação à parte financeira, e temos que pensar nesse contexto também. Talvez termos uma grade de treinamento, e valorizar esses profissionais! Também porque muitos são bem engajados, outros não, talvez ter multiplicadores das nossas ações também é uma maneira de ter uma prática contínua do nosso cuidado.
E24	Eu acho que tudo que seja para beneficiar o paciente é importante, a gente não via pessoas especializadas, teve uma grande demanda, cresceu muito e vem com muito material para te dar um retorno, uma qualidade maior para o tratamento para curativos, mas que ainda precisa formar e educar desde a base da formação para o olhar preventivo.

SÍNTESE

Práticas/ações educativas que os entrevistados gostariam que fossem desenvolvidas e aplicadas na instituição: treinamentos com dinâmicas (práticas) mais visuais; que sejam realizadas oficinas com frequência, ou até mesmo com data fixa no nosso calendário de educação permanente; simulação realística; treinamentos *in loco*; conversa/round permanente com a equipe multidisciplinar; lembretes como o relógio de posicionamento, colocar lembretes no quarto do paciente ou quando abrir o sistema Tasy (sistema operacional eletrônico).

Fonte: FERNANDES, 2021.

A educação permanente desenvolvida com relação à prevenção das lesões por pressão deve se preocupar com as características de aprendizagem como um processo dinâmico, contínuo, global, pessoal, gradativo e cumulativo (BRAGA; MELLEIRO, 2009). Torna-se iminente que existam serviços que visem à qualificação dos profissionais, levando-se em conta o crescente avanço científico e tecnológico, bem como uma nova visão sobre aspectos da humanização em saúde. No entanto, os profissionais da saúde possuem uma visão incipiente de educação permanente, uma vez que se referem a ela na forma de palestras e treinamentos.

É notório no quadro acima a preocupação dos profissionais em buscar aprofundar seus conhecimentos, no sentido de adquirir segurança para a prática assistencial; porém é possível observar um simplismo da educação conservadora, que é desenvolvida por treinamentos, programas, organização de palestras, cursos com ênfase no aperfeiçoamento técnico, sem considerar o diálogo entre os sujeitos. A educação permanente na prevenção das lesões por pressão é uma busca de saberes ao longo da vida profissional, transformando uma realidade atual para outra desejada (SUDAN; CORRÊA, 2008).

Sudan e Corrêa (2008) ainda referem que os treinamentos dizem respeito à adaptação técnica do homem ao serviço, não possibilitando o envolvimento genuíno com seu trabalho, nem o desenvolvimento de sua criatividade, elementos essenciais para provocar mudanças significativas. Diante disso, para que ocorra a educação permanente com vistas à prevenção das lesões por pressão, é necessário que os saberes da prática assistencial sejam discutidos no cotidiano, com reflexões sobre o que se faz e porque se está fazendo, construindo a visão integrada da assistência a ser prestada ao paciente (BRASIL, 2004).

Nesta questão de número 13 também podemos observar que a maioria dos entrevistados menciona em suas falas algumas habilidades, como a empatia, que são um diferencial na educação permanente, e conseqüentemente no trabalho em saúde. A seguir destacamos algumas falas:

O olhar cuidadoso mesmo, a empatia do profissional que está avaliando aquele paciente, não simplesmente olhar para o rosto do paciente, mas tirar a coberta, olhar realmente o que tem por baixo e se colocar no lugar dele. E se fosse você ali na cama? Se tu não pudesses falar que tu estás com algum desconforto. Então acho que esse olhar com empatia mesmo. (E1, Quadro 14).

mais cobranças, principalmente do enfermeiro, para dar mais uma olhada no paciente e vir a cobrar da equipe, “olha, temos que mudar isso, fazer aquilo”, conversar sobre o que estamos fazendo. (E3, Quadro 14).

Eu acho que neste momento está faltando uma liderança que se preocupe mais, que nos chame atenção para nós olharmos para isso. Treinamentos mais ativos eu acho que são muito importantes, mas vai muito do interesse de cada um. Se não tiver interesse, pode ocorrer o treinamento que for, que não vai adiantar. (E8, Quadro 14).

Os enfermeiros deveriam enfatizar essa parte de prevenção e não focar só em curativos. Um maior acompanhamento por parte do enfermeiro junto ao técnico de enfermagem, assistir, seria bom, seria interessante. (E9, Quadro 14).

Nos chama atenção que essas falas vêm de encontro à questão anterior, de número 12, na qual refletimos sobre liderança, sobre o engajamento por parte de cada profissional em realizar um trabalho humanizado e em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Diante disso e das falas citadas acima, refletimos e atentamos para o fato de que os profissionais da área da saúde devem ser, além de dinâmicos, proativos e bem informados, empáticos, e de que é necessário que as instituições e equipes de educação permanente também busquem desenvolver habilidades como empatia, humanização, comunicação e resiliência.

As competências adquiridas ao longo da base de formação devem se estender aos campos clínico, gerencial e pessoal, para que os profissionais possam assumir posições de liderança empática com um olhar preventivo, assim contagiando a equipe multidisciplinar a desenvolver um trabalho de qualidade, humanizado, respeitoso, com paciência e empatia. Só assim será possível atender e dar auxílio adequado de acordo com as necessidades de cada paciente.

Para ilustrar a necessidade dessas habilidades relacionadas a uma educação permanente efetiva, destacamos a fala do entrevistado E23 (Quadro 14):

Gostaria de uma valorização deste tema, valorizar esses profissionais também! Porque muitos são bem engajados outros não, talvez ter multiplicadores das nossas ações também é uma maneira de ter uma prática contínua do nosso cuidado.

Em seguida, apresentaremos as considerações finais do trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar sobre o dever que tenho, como profissional da saúde, de respeitar a dignidade do paciente, devo pensar também em como minhas ações vão concorrer para a qualidade do serviço prestado. Isso exige de mim uma reflexão crítica permanente sobre minha prática, através da qual vou fazendo a avaliação do meu próprio fazer com os pacientes.

A pesquisa, ao trazer como problema as questões das lesões por pressão, problematizou por meio das formas discursivas segundo a análise do discurso proposta por Eni Orlandi (2013), como os profissionais da saúde percebem e assumem um dado modelo de cuidado. Nas falas, percebeu-se que os modelos podem apresentar-se como:

- Formais (treinamentos/formações/capacitações);
- Empáticos (perceber os pacientes, comunicar/repassar mais com a família e equipe multidisciplinar);
- Inquietos (necessidade de valorização do tema/desenvolvimento de habilidades e competências).

É importante destacar uma palavra mencionada reiteradamente em muitas das falas dos entrevistados: empatia³. O mencionar com frequência sinaliza a relevância da empatia nos processos de cuidado, visto que parece confirmar-se (na percepção dos profissionais da saúde entrevistados) que, quando somos empáticos, somos capazes de refletir emoções alheias como forma de compreender a realidade de outra pessoa. Assim, podemos entender os seus sentimentos e experimentar objetivamente o que o outro está vivenciando.

O fato de alguém ser empático o acaba movendo naturalmente para que possa ajudar os outros. Esse tipo de mecanismo se liga ao altruísmo, fazendo com que demonstremos amor, interesse e disposição para colaborar. Então podemos dizer que atitude não é uma habilidade singular de algumas pessoas, mas um modo de atuar que pode ser aprendido, construído.

³ Em 1913, Freud, em seu artigo “Sobre o início do tratamento”, fala sobre a empatia como uma condição primordial para a análise. Em sua definição, empatia é a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Já buscando uma definição mais recente, encontramos Augusto Cury, conhecido psicólogo brasileiro, que diz que empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro como uma das funções mais importantes da inteligência, demonstrando o grau de maturidade do ser humano.

Sendo assim, “ser empático” (tema ou assunto efêmero nos processos de capacitação e formação profissional) é algo que pode ser desenvolvido em processos de educação permanente, visto que vai ao encontro do processo do trabalho. Ensinar/propor empatia na saúde significa desenvolver sensibilidades que contribuem para uma abertura, para um diálogo de saberes, onde o ganho maior é entender a vivência e as circunstâncias do outro: em nosso caso, do paciente.

As informações obtidas evidenciam o “saber profissional”, mas também a percepção dos profissionais da saúde de que a educação permanente é muito mais do que um processo capacitador. Isso se reflete na fala dos entrevistados, que valorizam a constância da orientação, dos treinamentos e diálogos:

Eu acho que temos que estar sempre falando, sempre orientando a equipe sobre a possibilidade da lesão, eu acho que esse fator de alerta e de suspeita, suspeitar de que aquele paciente pode estar desenvolvendo uma lesão é o que pode melhorar a educação nesse sentido de prevenção. (E2, Quadro 13).

Não perder o entusiasmo, persistir nas nossas ações, nas ações que a gente consiga mobilizar o paciente a gente ser um transmissor do conhecimento o tempo todo, é assim que a gente transforma, porque sozinho a gente não consegue mostrar o caminho para as pessoas, fazendo, executando essas ações e mostrando aos colegas e colaboradores que a gente consegue, em um grande grupo. (E23, Quadro 13).

Nesse aspecto, nota-se a importância da comunicação, não como elemento único de gestão, mas de educação/ensino em saúde, pois a ambiguidade oportuniza a emergência de situações (ocorrência de erros) que resultam na não melhoria de problemas relativos, como por exemplo, a lesão por pressão:

Explicar a doença em si, enfatizar o quanto isso pode se tornar um problema para o paciente e para família, e o quão simples são as medidas preventivas. Mostrar para a equipe que, com aquilo ali, vai-se ter um ganho muito grande para o paciente, e isso evitará tantos outros problemas, sejam os curativos, que geram altos custos, sejam infecções, que podem vir a se generalizar e levar o paciente a óbito. (E17, Quadro 12).

Os resultados de uma ação comunicativa exigem muita atenção, disciplina e exercício permanente, pois no cotidiano de trabalho um pequeno erro ou um “deixar de fazer” pode trazer grandes consequências e ser até mesmo fatal (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). A tecnologia pode ser uma grande aliada dos ambientes hospitalares, com a automatização de processos e prontuários eletrônicos; no

entanto, um processo de ação de cuidado preventiva não se reduz apenas ao registro das situações do paciente. A complexificação dos cuidados em saúde concorre para que o conceito de comunicação não se reduza ao repasse das informações, mas esteja inserido em uma cultura de continuidade, na qual a relação entre as equipes tenha a ver com a fluidez da assistência, independentemente da troca de profissionais na prestação do serviço (PORTAL; MAGALHÃES, 2008).

Outro ponto abordado, que vai ao encontro e à razão de ser do Programa Mestrado Profissional Ensino na Saúde, reside na percepção nas falas dos entrevistados de que o processo de ensino-aprendizagem na formação tradicional oferecida pelas instituições nem sempre considera as mutações do contexto de trabalho e os limites de uma formação disciplinar. A pandemia de covid-19 e a crise sanitária causada por ela escancararam os limites da formação: pensar que o ensino inovador está modelado pela tecnologia é desconsiderar uma tecnologia social – o diálogo – que promove ações reflexivas proativas e necessárias para a eficácia e o desenvolvimento do trabalho, inclusive no Sistema Único de Saúde.

Ensinar na e para a saúde tem requer a educação permanente, que pode ser uma ferramenta para aprimorar a partir da prática cotidiana aquilo que a grade curricular não privilegiou, isto é, situações de aprendizagem realísticas na qual os treinamentos *in loco* passam necessariamente por um processo de comunicação, em que as perspectivas multidisciplinares sejam equalizadas, pelo respeito, pela reciprocidade e pelo compartilhar saberes.

Por meio desta pesquisa evidencia-se a importância de fortalecer as bases da educação permanente em saúde, bem como de consolidar o desafio de atuar de forma integral junto ao nosso paciente, tendo como subsídio um novo olhar, não somente para a patologia, mas para a busca do conhecimento por meio da educação permanente com vistas à melhoria da assistência ao cliente ou paciente.

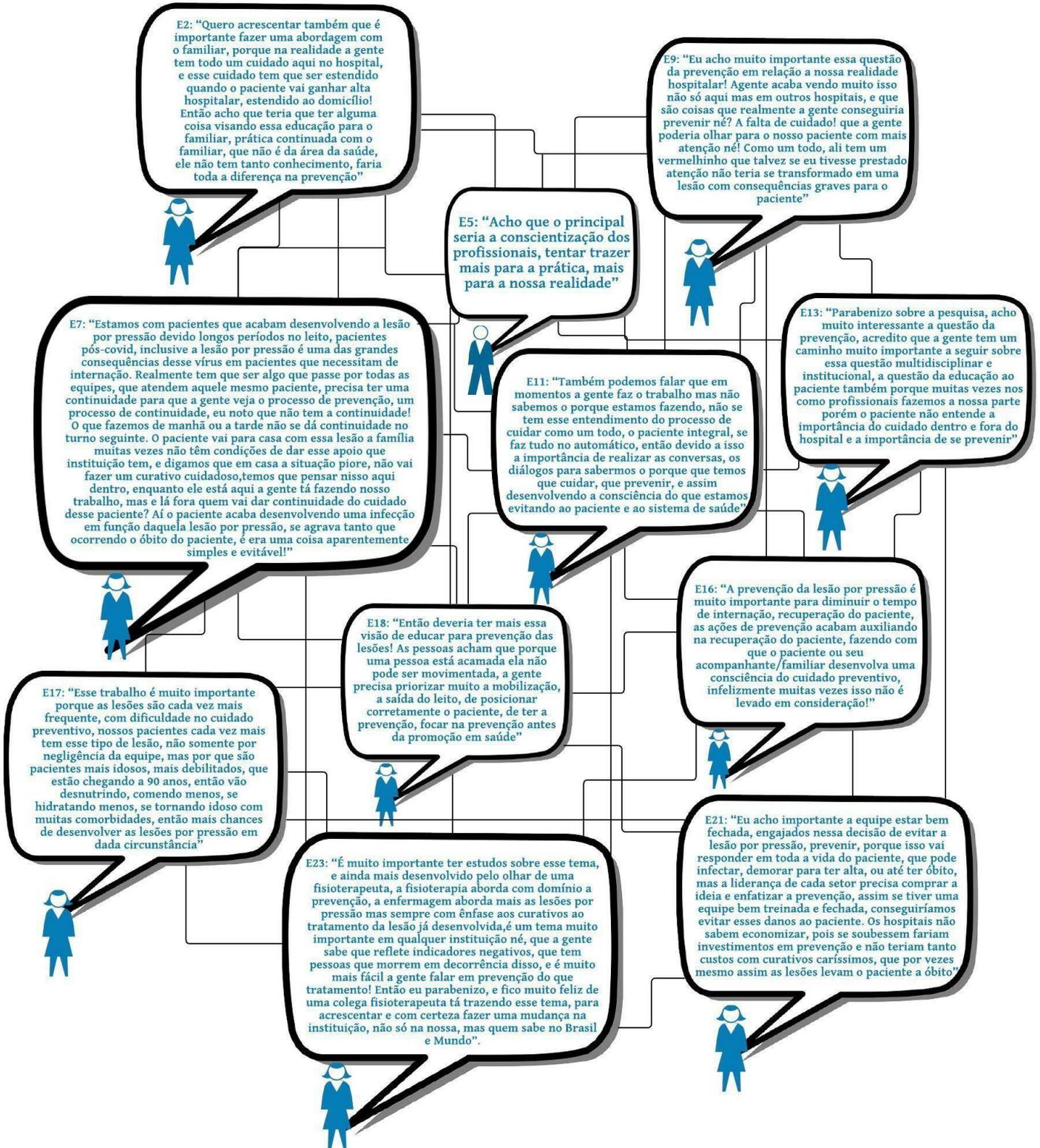
Ao procurar conhecer a educação permanente da equipe multidisciplinar com vistas à prevenção da lesão por pressão, demonstrou-se a necessidade contínua dos diálogos de saberes para a prevenção dessas lesões, que são tão graves e totalmente evitáveis. Uma vez que os profissionais relataram a existência de números elevados de pacientes que desenvolvem a lesão por pressão e a importância do espaço para se desenvolver a qualificação pessoal e profissional da equipe com vistas a uma realidade diferente, basta colocar algumas das sugestões em prática para que se possa começar a observar uma melhora nesse cenário.

Nesse ínterim, percebeu-se a necessidade de refletir sobre as condutas assistenciais, repensando formação, qualificação, comunicação, comprometimento e empatia. O desenvolvimento da educação permanente em saúde na prevenção da lesão por pressão exige conhecimento técnico-científico, compromisso, envolvimento, condições favoráveis de trabalho e tempo por parte do profissional, que deve se envolver com ações integradas da educação para a saúde das pessoas em situação de hospitalização, com extensão ao cuidados também domiciliares (pós-alta hospitalar), tratando-os como seres singulares.

Para finalizar, gostaria de salientar os limites e as dificuldades de um trabalho que teria uma outra dinâmica e densidade (a proposta inicial era promover e acompanhar algumas rodas de conversa), as quais foram alteradas devido a esse período atípico de crise sanitária, causada pela pandemia de covid-19, que alterou também os processos de trabalho na área da saúde, aumentando o volume de trabalho nos setores da saúde. Entretanto, independentemente desses limites, evidencio as informações obtidas e a sinalização dos entrevistados: (i) alguns agradeceram por estarem contribuindo com um assunto que, para eles, é de extrema relevância; (ii) outros (a maioria) agradeceram por poderem participar de uma proposta que permitiu um diálogo reflexivo e de saberes; e (iii) foram momentos sensíveis e marcantes tanto para os entrevistados quanto para a entrevistadora.

Finalizo este trabalho com a Figura 2, intitulada “Mapa mental: diálogo de saberes”, de que constam as falas dos entrevistados, coletadas a partir da última pergunta (número 14) do roteiro das entrevistas (Apêndice B) – “Você gostaria de acrescentar mais algum comentário?”. Ao término das entrevistas, a grande maioria dos entrevistados deixou uma fala final reflexiva e acrescentadora, as quais ilustramos a seguir.

Figura 2 – Mapa mental: diálogo de saberes



Fonte: FERNANDES, 2021.

8 O PRODUTO TÉCNICO

8.1 CARTILHA

A cartilha é um manual didático e um instrumento linguístico, que descreve e instrumentaliza a língua. Um material educativo impresso que tem a finalidade de comunicar informações que auxiliem pacientes, familiares, cuidadores, comunidades a tomar decisões mais assertivas sobre sua saúde (REBERTE, 2009).

As cartilhas auxiliam no processo de ensino aprendizagem dos leitores. São capazes de promover o pensamento crítico, e levam consigo a importante tarefa de mostrar diversas realidades ao público e, com isso, sensibilizar o leitor, no nosso caso, sobre a prevenção da lesão por pressão. Além disso, atuam como ferramentas educacionais, auxiliando o indivíduo no processo de democratização de informações.

Portanto, o principal objetivo da elaboração desta cartilha foi utilizá-la posteriormente como ferramenta de ensino para promover a educação permanente com vistas à prevenção da lesão por pressão. A cartilha (figuras 3 e 4) foi impressa por serigrafia, em folha A4, frente e verso, com dobradura sanfonada. Este projeto já está sendo executado, e foi autorizado e financiado pela instituição onde a autora trabalha.

Figura 3 – Cartilha (parte 1)

FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVER LP

Aumento do tempo de hospitalização	Deficiência nas mudanças de decúbito	Pressão exercida sobre a pele, comprometendo a circulação sanguínea dos capilares superficiais da pele	Presença de umidade excessiva <small>(exemplo: região de fraldas com urina, fezes, suor)</small>
Aumento da idade	Fator nutricional alterado	Presença de doenças crônicas	Uso de alguns medicamentos

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Cuidados com o leito:

- manter lençóis sempre limpos, secos e bem esticados;
- atentar para dobras nos lençóis e corpos estranhos, tais como restos alimentares, drenos, podem irritar a pele do paciente, favorecendo a formação de LP.

Dispositivos que favoreçam o posicionamento adequado e confortável do paciente no leito:

- usar colchão indicado para a prevenção da LP;
- manter o dispositivo de proteção para calcâneos de forma que permaneçam sempre suspensos sobre o leito;
- manter coxim de espuma piramidal para apoio da cabeça, reposicionando-o nas mudanças de decúbito.

Outros fatores também podem desenvolver as lesões por pressão:

É importante observar paciente que utilizam dispositivos em contato com a pele como: cateteres, sondas, drenos e colares cervicais. Se não forem colocados adequadamente com proteção sobre a pele, também são causadores de lesões por pressão.

Cateteres Sondas Drenos Colares cervicais

"UM GRAMA DE PREVENÇÃO VALE MAIS QUE UM QUILO DE CURA".
Benjamin Franklin

Elaborado por:
Fisioterapeuta Grasieli Fernandes e Nutricionista Josi Naira Tatsch Hanke
Revisado por: Equipe de comissão de pele do Hospital Independência

HOSPITAL INDEPENDÊNCIA
Av. Aníbal Carvalho, 450, Bairro Jardim Carvalho | Porto Alegre - RS
(51) 3383.5600 | divinaaprovidencia.org.br
RedeSaudeDivinaProvidencia | [company/redo](https://www.instagram.com/companhy/redo)

Rede de Saúde Divina Providência
Hospital Independência

CARTILHA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Fonte: FERNANDES, 2021.

Figura 4 – Cartilha (parte 2)

Com o objetivo de orientar na assistência à saúde do paciente, a comissão de pele do Hospital Independência desenvolveu esta cartilha para nortear as ações de prevenção das lesões por pressão.

O QUE É LESÃO POR PRESSÃO?

A Lesão por Pressão (LP) é uma ferida na pele que pode ocorrer em pessoas enfermas e acamadas, seja por um longo ou curto período, devido à incapacidade de mover-se livremente. Comumente aparece sobre as proeminências ósseas do corpo em decorrência de uma pressão causadora de isquemia.

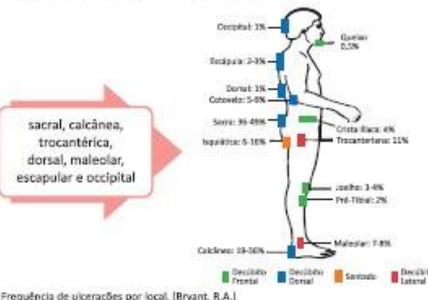


POR QUE PREVENIR O APARECIMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO?

A ocorrência de LP em pacientes hospitalizados representa um grande problema de saúde. Aumenta o desconforto físico, prolonga a internação hospitalar, aumenta o risco para o desenvolvimento de complicações adicionais e de cuidados intensivos com possibilidade de cirurgias corretivas e crescimento da taxa de mortalidade.

PREVENÇÃO E LOCAIS DE OCORRÊNCIA

As áreas comuns para o aparecimento da LP são:



REPOSICIONAMENTOS

Mudar o paciente de posição é importante para redistribuir a pressão nas partes de seu corpo, mantendo assim, uma boa circulação de sangue no local.

FREQUÊNCIA DO POSICIONAMENTO:

Para determinar a frequência das mudanças de posição, alguns fatores devem ser levados em conta: a tolerância da pele e das camadas abaixo dela, o nível de atividade, mobilidade do paciente e sua condição de saúde.

Na maioria dos protocolos de prevenção existentes, recomenda-se a mudança de posição a cada duas horas. Entretanto este reposicionamento deve ser realizado com maior frequência de acordo com a fragilidade e o desconforto apresentado por cada paciente.

As mudanças de posição aliviam e distribuem a pressão para outras partes do corpo, contribuindo para o conforto do paciente. O paciente deve ser carregado durante a mudança de posição e nunca arrastado, evitando assim, a torção e a fricção de sua pele.

Manter a cabeceira da cama elevada em torno de 30 graus.

Quando o paciente está na cama, é importante o reposicionamento, alternando entre as posições de decúbito dorsal (deitado com a barriga voltada para cima) e as posições de decúbito lateral esquerdo e direito (deitado de lado).

Atenção para os calcanhares afastados da superfície e joelhos levemente dobrados. Travesseiros, almofadas ou outros dispositivos de amortecimento podem ser utilizados para apoiar e manter os calcanhares afastados da cama. Eles também podem ser utilizados entre as pernas e os tornozelos, para manter o alinhamento do corpo e aliviar.

Na posição sentada, o paciente deve utilizar o encosto, mantendo as costas apoiadas para evitar o deslizamento para fora do assento. É importante dar alívio à pressão nas tuberosidades isquiáticas (ossos da bacia). Os pés devem ficar apoiados no chão, sem colocar pressão nos calcanhares. Os pés precisam de apoio se não alcançarem o chão quando o paciente passa mais tempo na cadeira.

NUTRIÇÃO

A nutrição adequada é um dos mais importantes aspectos para o sucesso no processo de cicatrização, pois a dinâmica da regeneração tecidual exige um bom estado nutricional e consome boa parte de suas reservas corporais. A recuperação nutricional pode trazer melhores resultados e redução no tempo de cicatrização.

As fontes de nutrientes necessárias para a cicatrização de feridas são:

- **Proteínas:** alimentos de origem animal como carnes, aves, peixes, ovos, leite e derivados; e os de origem vegetal como feijão, lentilha, soja, ervilha e amendoim.
- **Carboidratos:** cereais como milho, trigo e aveia; farinhas de milho e trigo; pães de trigo, integral e de centeio; macarrão, arroz e batata.
- **Vitaminas:**
 - A: fígado, gema de ovo, folhas verdes como brócolis e espinafre, cenoura.
 - C: frutas cítricas (laranja, limão, bergamota), morango, abacaxi, goiaba, melão e kiwi.
 - K: fígado, óleos vegetais, vegetais de folha verde escuro como couve e espinafre.
- **Minerais:**
 - Ferro: fígado, carne vermelha, aves, peixes, gema de ovos, ostras e mariscos.
 - Zinco: carne vermelha, peixes, aves, fígado, leite e derivados, cereais integrais.
 - Cobre: aves, fígado, ostras, nozes, frutas secas.

A hidratação da pele também é muito importante na cicatrização, por isso beba bastante água (1,5-2L, além dos outros líquidos da dieta, como sucos, leite e etc.). Existem também no mercado suplementos prontos que auxiliam na cicatrização como o Cubitan e Novasource Proline.

ATENÇÃO: Alguns sinais como áreas avermelhadas, inchaço, a presença de endurecimento e calor no local devem ser observados.

A pele deve ser limpa diariamente com um agente de limpeza suave sem massagear as proeminências ósseas. A pele ressecada é considerada um fator de risco e por isso deve ser hidratada com cremes ou óleos.

Fonte: FERNANDES, 2021.

8.2 PORTFÓLIO DIGITAL

O portfólio é, basicamente, uma lista dos trabalhos, experiências e ações de um profissional, empresa ou estudante. Também consiste em uma coleção de todo o trabalho em andamento na organização, relacionado com o alcance dos objetivos do profissional ou instituição. No dicionário de língua portuguesa, o portfólio é definido como “um dossiê ou documento com o registo individual de habilitações ou de experiências”. É considerado também uma metodologia construtiva da aprendizagem para sistematizar e organizar as informações através das experiências vivenciadas pelos profissionais.

A criação do portfólio digital como uma ferramenta de atuação pedagógica de um processo criativo, incitado e norteador por pensamentos e estudos do

educador Paulo Freire, permitiu a contextualização das fotografias do material como forma de estimular o sentimento de pertencimento e a troca mútua de conhecimento.

O portfólio tem como objetivo relatar a experiência vivida a partir das ações desenvolvidas pelo grupo (comissão) de pele do hospital, procurando evidenciar as ações educativas visando a prevenção das lesões por pressão.

REFERÊNCIAS

- BAHARESTANI, M. M.; BLACK, J. M.; CARVILLE, K.; CLARK, M.; CUDDIGAN, C. D.; DEFLOOR, T.; HARDING K. G.; LAHMANN, N. A.; LUBBERS, M. J.; LYDER, C. H.; OHURA, T.; ORSTED, H. L.; REGER, S. I.; ROMANELLI, M.; SANADA, H. Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. **International Wound Journal**, v. 6, n. 2, p. 97-104, Apr. 2009.
- BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C.; MAGALHÃES, M. B. B.; GOMES, F. S. L.; LIMA, V. L. A. N. **Feridas**: como tratar. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- BRAGA, A. T.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1216-1220, dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 22 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 2, Brasília, DF, ano 46, n. 212, 4 nov. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov./fev. 2008-2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. São Paulo: Editora Contexto, 2014.

CHRISTOV, L. H. S. Educação continuada: função essencial do coordenador pedagógico. *In*: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Norma técnica**. Brasília, 2004.

COSTA, A.; MATOZINHOS, A. C. S.; TRIGUEIRO, P. S.; CUNHA, R. C. G.; MOREIRA, L. R. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 58-74, jan./abr. 2018.

COSTA, M. P.; STURTZ, G.; COSTA, F. P. P.; FERREIRA, M. C.; BARROS FILHO, T. E. P. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 124-133, 2005.

DEALEY, C. **Tratamento de pacientes com feridas crônicas**: cuidando de feridas. 3. Ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

ESPINDOLA, I.; GEHLEN, M. H.; ILHA, S.; ZAMBERLAN, C.; FREITAS, H. M.; NIETSCHKE, E. A. A Educação Permanente em Saúde: uma estratégia à prevenção das úlceras por pressão. **Vidya**, Santa Maria, RS, v. 31, n. 1, p. 91-98, jan./jun. 2011.

FERNANDES, F. **O desafio educacional**. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

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

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FRANÇA, Tânia et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, jun. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, N. L. **Indagações sobre currículo: diversidade e currículo**. Brasília, DF: Ministério da Educação; Secretaria de Educação Básica, 2007.

GOODE, S. P.; ALLMAN, M. R. Úlceras de pressão. *In*: DUTHIE, H. E.; KATZ, R. P. **Geriatría prática**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2002.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de Saúde – Opas, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos).

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodología Científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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

MAKAI, P.; KOOPMANSCHAP, M.; BAL, R.; NIEBOER, A. P. Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, v. 8, Article 11, June 2010.

MARINI, F. M. Úlceras de pressão. *In*: FREITAS, V. E.; PY, L.; NERI, L. A.; CANÇADO, X. A. F.; GORZONI, L. M.; ROCHA, M. A. **Tratado de geriatría e gerontologia**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MARTINS, N. B. M.; BRANDÃO, M. G. S. A.; SILVA, L. A.; MENDES, A. M. V.; CAETANO, J. A.; ARAÚJO, T. M.; BARROS, L. M. Percepção de enfermeiros de terapia intensiva sobre prevenção de lesão por pressão. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 18, n. 63, p. 43-51, 2020.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015.

MERHY, E. E. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 433-435, jul./set. 2010.

MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MORAIS, A. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1995.

MOURA, S. R. S.; MELO, D. P. L.; ROCHA, G. M. S.; CRUZ, É. R. C. Prevalência de lesão por pressão em um hospital geral. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Recife, v. 12, n. 10, e4298, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4298.2020>.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY – NPUA. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. **Wound Source**, Washington, DC, 13 abr. 2016. Disponível em: <https://www.woundsource.com/blog/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-change-in-terminology-pressure-ulcer>. Acesso em: 22 set. 2021.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015.

OLIVEIRA, M. D; OLIVEIRA, R. D. Pesquisa social e ação educativa: conhecendo a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C. R. (org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliens, 1983. p. 17-33.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Educación permanente de personal de salud en la región de las américas**. Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, nº 78. Washington, DC: Opas, 1988.

ORLANDO, Eni-P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 5ª edição. Campinas: Pontes, 2003.

PORTAL, K. M.; MAGALHÃES, A. M. M. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 246-253, 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida**: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-05052009-112542/pt-br.php>. Acesso em: 22 set. 2021.

RIBEIRO, D. **O processo civilizatório**: etapas da evolução sociocultural. São Paulo: Companhia das Letras; Clube Folha, 2000. (Estudos de Antropologia da Civilização).

RIBEIRO, M; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 109-115, abr. 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. ver. e atual. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas**: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. especial, e68271, 2016.

SUDAN, L. C. P.; CORRÊA, A. K. Práticas educativas de trabalhadores de saúde: vivência de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 576-582, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

VENDRUSCOLO, C.; DELAZERE, J. C.; ZOCHE, D. A. A.; KLOH, D. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 6, n. 1, p. 143-153, abr./jun. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado
 (a) _____, nascido (a) em
 ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário (a), da pesquisa **Diálogo de saberes: uma proposta de educação permanente? Estudo de caso com profissionais envolvidos no cuidado e assistência ao paciente com risco de lesão por pressão**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º – Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

A presente pesquisa tem o objetivo analisar as práticas de educação permanente desenvolvidas visando a prevenção da lesão por pressão, em um hospital de médio porte da cidade de Porto Alegre/RS.

2º – Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei de participar de uma entrevista a ser marcada em um horário adequado para mim e que será realizada no hospital que trabalho. Esta entrevista será gravada (áudio) e posteriormente as falas serão analisadas.

3º – Foram descritos os riscos e benefícios que poderão ser obtidos.

O benefício esperado com os resultados da pesquisa será a compreensão da importância da educação permanente na prevenção da lesão por pressão, o que pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de educação permanente não somente para esta temática como também para outras questões envolvendo a prática assistencial. Espera-se que promovam a reflexão sobre educação permanente com vistas à prevenção da lesão por pressão, e que sirvam de alicerce para novas propostas de intervenção da educação permanente no sentido de desenvolver ações educativas, preventivas, em situações, nas quais, as práticas assistenciais interfiram na qualidade de vida dos pacientes.

4º- Estou ciente de que toda e qualquer participação em pesquisa acarreta risco ao participante, como constrangimentos na participação da entrevista. Para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e o anonimato. Ficou claro que os dados poderão ser utilizados em outros projetos, desde que devidamente aprovados por CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e que haja o meu re-consentimento.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Minha participação ou recusa ou desistência, em nenhuma situação, acarretará prejuízo ao meu trabalho no hospital.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professor Paulo Peixoto de Albuquerque (pesquisadora responsável), no telefone (51) 992522377, com a pesquisadora Grasieli de Moura Fernandes no telefone (51) 981923280, na Faculdade de Medicina da UFRGS - R. Ramiro Barcelos, 2400 - Floresta, Porto Alegre - RS, 90035-002, no telefone: (51) 3308-5232 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone (51) 3308-3738.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo.

Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores responsáveis pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

_____, _____, _____. (local, dia, mês).

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

PLANEJAMENTO DOS EIXOS NORTEADORES

Os temas trabalhados para as entrevistas foram definidos a partir dos objetivos deste estudo e terão 3 eixos norteadores:

1. Educação Permanente;
2. Práticas educativas;
3. Saberes sobre a prevenção da lesão por pressão.

PARA COMEÇO DA ENTREVISTA

- Data, hora, lugar marcado.
- **Fala inicial:** No primeiro momento da entrevista será explicado ao participante sobre a pesquisa e o que se pretende com ela. Depois dessa explicação o entrevistado poderá sentir-se à vontade em assinar o TCLE, concordando ou não em participar da pesquisa. Será explicado que a ideia da entrevista é conversar sobre a educação permanente na prevenção da lesão por pressão. Será falado que o encontro será gravado (áudio), mediante a autorização dele, para registro desse momento possibilitando a transcrição e análise dos dados levantados. Além de dizer que caso queira, o gravador será desligado, para que fale, e que não será prejudicado(a) caso isso aconteça. Será dito para que fique à vontade para não responder o que não quiser e que poderá fazer perguntas ou se não entender alguma questão poderá ficar à vontade para questionar e esclarecê-la. Será explicado sobre a garantia de sigilo dos dados.

DESENVOLVER DA ENTREVISTA

1. O que você entende sobre prevenção?
2. O que você entende sobre lesão por pressão?
3. O que você entende sobre a prevenção da lesão por pressão?
4. O que você entende sobre práticas de educação permanente?
5. Você identifica no hospital práticas educativas visando a prevenção da lesão por pressão?
6. Cite as práticas educativas sobre a prevenção da lesão por pressão?
7. Você costuma participar das práticas educativas? Quando? Por quê?

8. Você aplica o conhecimento e as orientações das práticas educativas no cuidado assistencial com o paciente?
9. Como você identifica o paciente que tem risco de desenvolver a lesão por pressão?
10. Quais as condutas preventivas que você usa? Por quê?
11. Na sua opinião que práticas educativas ajudam a sanar dúvidas, adquirir maior conhecimento, ou ainda refletir sobre o que é a lesão por pressão?
12. Destaque aquele fator que você acha importante para auxiliar esse processo de educação da prevenção da lesão por pressão? Por quê?
13. O que você gostaria que fosse desenvolvido como prática educativa visando à prevenção da lesão por pressão?
14. Gostaria de acrescentar mais algum comentário?

• **Para finalizar:** Será agradecido pela participação do entrevistado. E será combinado que assim que o trabalho estiver finalizado poderemos agendar um dia para conversarmos sobre os resultados.

APÊNDICE C – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Figura 5 – Termo de ciência e autorização do coordenador(a) do serviço onde foi realizada a pesquisa – preenchido

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR(A) DO SERVIÇO ONDE SERÁ
REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Rodrigo Borges Nogueira, conheço e estou de acordo com o protocolo de pesquisa intitulada: Diálogo de saberes: uma proposta de educação permanente? Estudo de caso com profissionais envolvidos no cuidado e assistência ao paciente com risco de lesão por pressão, desta forma AUTORIZO a sua realização. Estou ciente que ela será desenvolvida pela Fisioterapeuta Grasieli de Moura Fernandes, sob orientação do Professor Dr Paulo Peixoto de Albuquerque. Conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que a pesquisadora não interferirá no fluxo normal deste serviço.

Concordo que a pesquisa e a coleta dos dados sejam realizados neste hospital, no período de novembro de 2019 a abril de 2020, e que a pesquisadora também possa utilizar outros dados de anos anteriores que estão em nosso sistema corporativo (como atas das reuniões da comissão de pele e indicadores). A coleta será através de entrevistas com profissionais da equipe interdisciplinar envolvidos no cuidado e assistência ao paciente com risco de lesão por pressão, após assinatura do Consentimento Livre Esclarecido por eles.

Os pesquisadores acima mencionados assumem o compromisso ético de proteger os participantes do estudo, garantindo o máximo de benefícios e menor prejuízos e também a garantia de privacidade dos participantes da pesquisa, protegendo suas identidades e imagem, assim como não utilizando as informações coletadas em prejuízo delas e da Instituição envolvida, respeitando conforme diretrizes e normas da resolução CNS 466/12. A coleta só terá início após o parecer de aprovação do comitê de ética.

Porto Alegre, 16 de dezembro 2019.


Rodrigo Nogueira
Fisioterapeuta
CPF: 185.118-F

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Figura 6 – Termo de compromisso para utilização de dados – preenchido

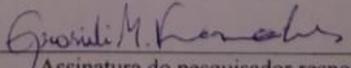
TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu Grasieli de Moura Fernandes, aluna do curso de Mestrado Ensino em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), autora do projeto de pesquisa intitulado Dialogo de Saberes: Uma proposta de educação permanente. Me comprometo a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa (instituição, profissionais envolvidos na assistência e cuidado ao paciente com risco de lesão por pressão) cujos dados serão coletados na entrevista, e também no sistema corporativo da instituição através de atas e indicadores do grupo de pele do Hospital Independência, localizado em Porto Alegre e pertencente a Rede de Saúde Divina Providência.

Esclareço que os dados a serem coletados referem-se às ações de educação permanente visando à prevenção de lesão por pressão, realizadas entre o período de 01/01/2015 a 01/11/2019.

Concordam, igualmente que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se igualmente a fazer divulgação do presente projeto. Comprometem-se igualmente a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima e ainda não repassar os dados coletados ou bando de dados em sua íntegra, ou parte dele a pessoas não envolvidas com a pesquisa. Por fim qualquer outra pesquisa que eu precise coletar informações serão submetidas ao CEP.

Porto alegre 05 de Novembro de 2019.



Assinatura do pesquisador responsável

Fonte: elaborado pela autora (2019).

APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Figura 7 – Declaração da instituição coparticipante – preenchida

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Autorizo a realização da pesquisa intitulada **Diálogo de saberes: uma proposta de educação permanente?** Estudo de caso com profissionais envolvidos no cuidado e assistência ao paciente com risco de lesão por pressão. No Hospital Independência, pertencente à Rede Divina Providência, CNPJ 87317764/0006-06, localizado na Avenida Antônio de Carvalho, 450 – Agronomia, na cidade de Porto Alegre - RS. A ciência da instituição possibilita a realização dessa pesquisa, que tem como objetivo Analisar as práticas de educação permanente desenvolvidas visando à prevenção da lesão por pressão, em um hospital de médio porte da cidade de Porto Alegre/RS, e se faz necessário a coleta de dados nesta unidade, pois é parte principal da finalização desse estudo. Para isso serão coletados os dados através de entrevistas aos profissionais envolvidos com a assistência e cuidado ao paciente com risco de lesão por pressão, bem como através de dados das atas de reunião do grupo de pele do hospital e indicadores do Hospital Independência, sendo que o presente estudo apresenta riscos mínimos e estão relacionados ao extravio dos dados coletados, e constrangimento por parte dos entrevistados, entretanto, todas as medidas cabíveis serão realizadas para que isso seja evitado através do cuidado e responsabilidade com os entrevistados e dados da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e todas as informações dos participantes permanecerão confidenciais e em sigilo, não sendo possível a identificação do mesmo, sendo armazenados por 5 anos, sob cuidado integral do autor do projeto.

A pesquisa será realizada por Grasieli de Moura Fernandes, telefone (51) 981923280, aluno devidamente matriculado no Mestrado Ensino em Saúde – UFRGS e orientado pelo professor Dr Paulo Peixoto de Albuquerque , telefone (51) 992522377, a fim de desenvolver o trabalho de conclusão do curso, sendo esta uma das exigência para conclusão do Mestrado Ensino na Saúde. No entanto os pesquisadores garantem que os materiais e dados coletados serão utilizados e guardados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados pesquisados nela recrutados, além do seu direito em não permitir a publicação de resultados e ainda, retirar a autorização para a pesquisa a qualquer momento.

Dr. Angelo Giugliani Chaves
Diretor Técnico
CRM 9326
Hospital Independência

Assinatura e Carimbo do Responsável Institucional Hospital Independência – RDSP

APÊNDICE F – TERMO DE ANUÊNCIA/COPARTICIPAÇÃO

Figura 8 – Termo de anuência/coparticipação – página 1 – preenchido

 TERMO DE ANUÊNCIA / COPARTICIPAÇÃO	
Titulo do Projeto	Diálogo de saberes: uma proposta de educação permanente? Estudo de caso com profissionais envolvidos no cuidado e assistência ao paciente com risco de lesão por pressão.
Nome do Pesquisador Responsável	Grasieli de Moura Fernandes
Instituição	Hospital Independência

Prezado (a) Senhor (a):

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado “**Diálogo de saberes: uma proposta de educação permanente?** Estudo de caso com profissionais envolvidos no cuidado e assistência ao paciente com risco de lesão por pressão”, de autoria da aluna *Grasieli de Moura Fernandes* e orientada pelo Professor *Dr Paulo Peixoto de Albuquerque* em sua instituição. Este trabalho tem por objetivo Analisar as práticas de educação permanente desenvolvidas visando à prevenção da lesão por pressão, em um hospital de médio porte da cidade de Porto Alegre/RS. O procedimento adotado será um estudo de caso qualitativo descritivo. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar nenhum dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua Instituição. Nomes, endereços e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma. O banco de dados gerados pela pesquisa só será disponibilizado sem estes dados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através dos telefones (51) 981923280 e e-mail grasymfernandess@hotmail.com

A qualquer momento, o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Porto Alegre, 03 de Dezembro de 2019.


Assinatura do pesquisador

Autorização

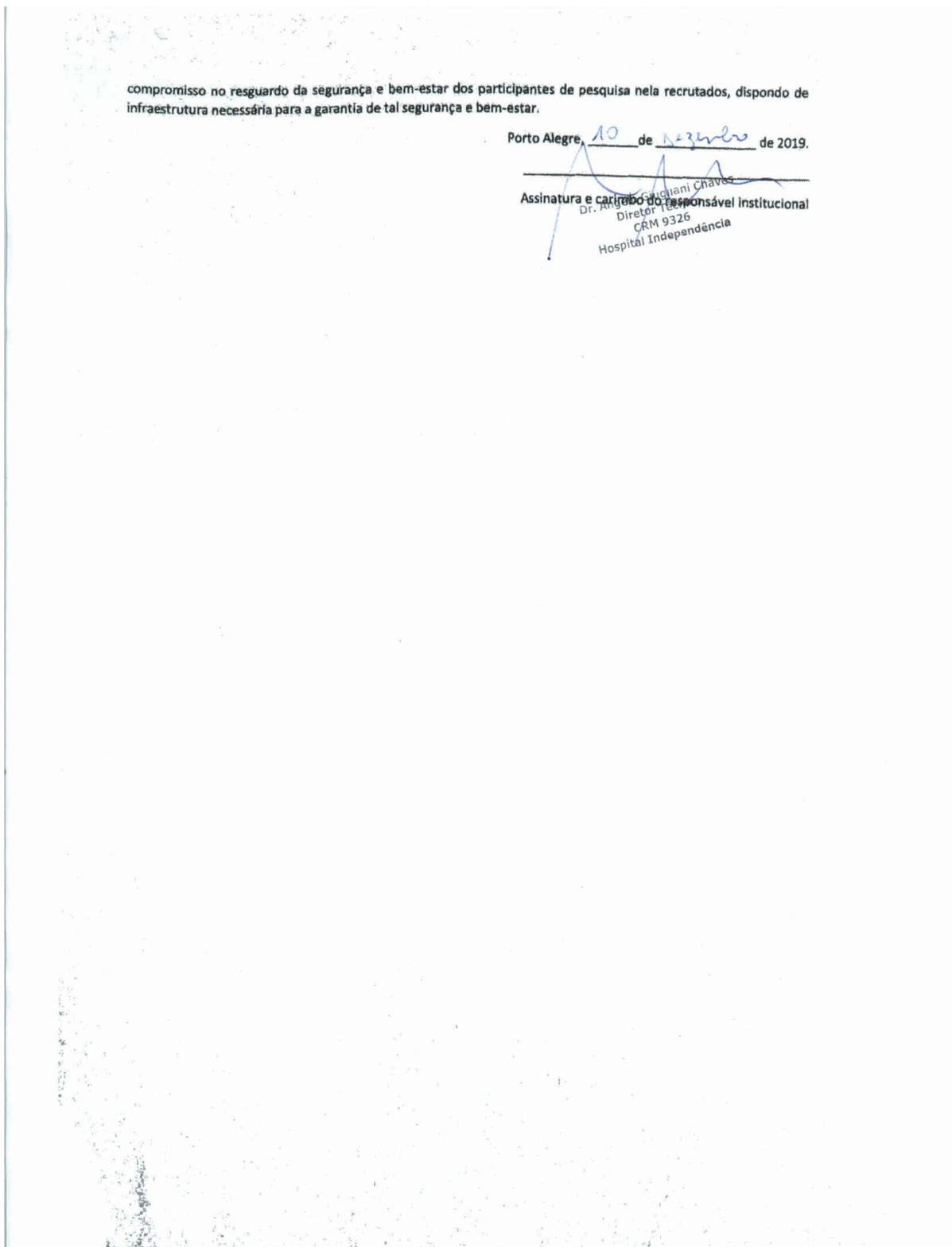
Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Sei que a qualquer momento posso revogar esta autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Informo, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão nenhum tipo de pagamento.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a CNS 466/12. Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu

Projeto aprovado em reunião da Assessoria de Projetos de Pesquisa em XX/XX/XXXX

Fonte: elaborado pela autora (2019).

Figura 9 – Termo de anuência/coparticipação – página 2 – preenchido



Fonte: elaborado pela autora (2019).