

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

**INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL E PROCESSO DE ENFERMAGEM
COMO FERRAMENTAS DE QUALIFICAÇÃO PARA O CUIDADO AO PACIENTE
COM ÚLCERA POR PRESSÃO**

Porto Alegre
2011

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

**INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL E PROCESSO DE ENFERMAGEM
COMO FERRAMENTAS DE QUALIFICAÇÃO PARA O CUIDADO AO PACIENTE
COM ÚLCERA POR PRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2011

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

**INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL E PROCESSO DE ENFERMAGEM
COMO FERRAMENTAS DE QUALIFICAÇÃO PARA O CUIDADO AO PACIENTE
COM ÚLCERA POR PRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão de Graduação
da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul como requisito parcial para a
obtenção do Título de Enfermeiro.

Aprovado em: 14 de julho de 2011.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti – UFRGS

Mda^a. Enf^a. Taline Bavaresco – UFRGS

Porto Alegre
2011

Dedico este trabalho aos meus avós e pais, à minha irmã e ao meu namorado que sempre me incentivaram e apoiaram meus sonhos, saibam que estão conquistando comigo esta grande vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que é a força que me faz viver, superar os desafios, viver de modo positivo, acreditando em um mundo melhor onde o amor e a sabedoria andam juntos e vivem nos corações de todas as pessoas.

Agradeço aos meus avós, meus pais e minha irmã por serem uma família extremamente amorosa, responsável, digna e feliz. Sou quem sou devido aos ensinamentos e exemplos recebido de vós. Eu os amo profundamente e agradeço pela compreensão, pelo carinho e amor que me proporcionaram durante esta caminhada de muito estudo.

Agradeço ao Gabriel, meu namorado, por estar sempre ao meu lado, proporcionando momentos de felicidade e amor. Você é, também, um dos grandes responsáveis por esta conquista. Obrigada por acreditar em nossos sonhos e ser meu companheiro, namorado e amigo.

Agradeço a maravilhosa orientadora professora Fátima pelo grandioso ensinamento que recebi, pelo incentivo e exemplo de competência, de dinamismo e de inteligência. Ser enfermeira é ser além de tudo, compreensiva, amável e responsável e por isso, agradeço mais ainda a estes valores que aprendi com você.

Agradeço a querida professora Maria da Graça Crossetti pelos ensinamentos e conselhos e pela maravilhosa companhia e vivência de momentos super agradáveis em nossa viagem à Espanha-Madri. A senhora é muito especial.

Obrigada demais familiares, amigos e colegas futuros enfermeiros pelo companheirismo e pelos momentos de alegria, de desafios, de força e coragem. Demais professores, também agradeço o carinho, a paciência e o incentivo (comprando os doces para minha viagem ao congresso de enfermagem em Madri-2010) durante estes quatro anos e meio de dedicação, trabalho e estudo.

RESUMO

Trata-se de um recorte de um estudo maior que se propõe contribuir para o conhecimento da frequência de ocorrência da UP, bem como para a qualificação do indicador de qualidade assistencial de enfermagem de um hospital universitário. Os objetivos foram: identificar a frequência de ocorrência da UP em pacientes que estavam em risco para esta complicação, avaliados pela Escala de Braden e com escore total ≤ 13 ; identificar quais destes pacientes, que desenvolveram UP grau II ou mais, foram registrados no sistema de comunicação de indicador de qualidade assistencial; verificar se os pacientes que apresentaram UP grau II ou mais, descritas nas evoluções de enfermagem, foram comunicados pelo indicador de qualidade assistencial de UP e identificar o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem (DEs) destes pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais. A amostra constou de 188 internações de pacientes adultos hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas, no período de janeiro-julho de 2008. Os dados foram coletados retrospectivamente, em banco de dados, em prontuário eletrônico e papel e, em sistema informatizado de indicadores de qualidade assistencial. A análise foi estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo número 11-0010. Os resultados referentes às 188 internações de pacientes que estavam em risco para UP, com escore ≤ 13 na Escala de Braden e sem UP no momento da internação, apontou uma frequência de ocorrência de 36 (19%) casos de UP durante o período de hospitalização, 17 (47,2%) UP grau I e 19 (52,8%) UP grau II ou mais. Os casos de UP só são comunicados pelo sistema de indicador de qualidade assistencial quando em grau II ou mais, verificou-se uma frequência de ocorrência de 10% deste agravo na amostra total (188) dos pacientes. Entretanto, observa-se que somente 6 (3%) casos de UP foram notificados pelo sistema de indicador de qualidade assistencial, constatando-se a subnotificação do dado. A maioria dos pacientes que apresentou UP grau II ou mais (19) tinha idade média de 67 anos ($\pm 23,2$). O sexo predominante foi o feminino, em 12 (63%) casos, com tempo mediano da internação de onze ($\pm 6-29$) dias, em unidades clínicas 11 (58%). A média do escore total na Escala de Braden

foi 11. Os principais motivos de internação e comorbidades dos pacientes foram doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, geniturinárias, metabólicas e psiquiátricas. Os DEs mais frequentemente estabelecidos foram Risco de infecção, Déficit do autocuidado: banho e higiene, Padrão respiratório ineficaz, Mobilidade física prejudicada, Síndrome do déficit do autocuidado, Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Integridade da pele prejudicada, Alteração na eliminação urinária, Diarréia, Integridade tissular prejudicada, Risco para função respiratória prejudicada e Risco para prejuízo da integridade da pele. Os principais fatores relacionados aos DEs foram Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético e Imobilidade. As implicações para a prática de enfermagem são as de que permitirão direcionar ações para o cuidado à prevenção da UP e qualificar o sistema de registro deste indicador de qualidade assistencial.

Descritores: Úlcera por pressão; Diagnóstico de enfermagem; Indicador de qualidade em saúde; Processos de enfermagem; Cuidados de enfermagem.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1	Estadiamento das úlceras por pressão. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2007)	14
Tabela 1	DEs e seus principais fatores relacionados ou de risco mais frequentemente identificados nas internações de pacientes com UP grau II ou mais	28
Tabela 2	DEs para os quais foi prescrito a intervenção “Implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão”	29
Tabela 3	Principais motivos de internação e comorbidades de pacientes com UP grau II ou mais associados aos principais DEs	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.2	ÚLCERA POR PRESSÃO	13
3.4	INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	18
4	METODOLOGIA	22
4.1	TIPO DE ESTUDO	22
4.2	CAMPO DO ESTUDO	22
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
4.4	COLETA DE DADOS	24
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	25
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
5	RESULTADOS	27
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÕES	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	48
	ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição acerca da realização do projeto maior	49
	ANEXO B - Termo de compromisso para utilização de dados	50
	ANEXO C - Carta de aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul (COMPESQ/EEUFRGS)	51
	ANEXO D - Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição	52

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é uma ferramenta de trabalho que promove a sistematização do cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como auxilia na tomada de decisões e na comunicação dos enfermeiros, qualificando a assistência de enfermagem. Atualmente, observa-se o desenvolvimento de terminologias e de classificações, que são instrumentos para descrever os diagnósticos, as intervenções e os resultados, de forma a contribuir para a prática de enfermagem (CROSSETTI; DIAS, 2002; LUCENA; BARROS, 2006; ALMEIDA et al., 2007; LUCENA et al., 2011).

O PE na instituição que foi campo desta investigação está informatizado e inclui as etapas de anamnese e exame físico, diagnósticos de enfermagem, planejamento/prescrição/implementação dos cuidados, evolução e avaliação de enfermagem (CROSSETTI et al., 2002). A prescrição de enfermagem tem por base os diagnósticos de enfermagem (DEs) de acordo com a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I, 2009-2011). Para cada etiologia existem cuidados de enfermagem correspondentes, que são selecionados pela enfermeira de acordo com seu julgamento clínico e assim, realiza prescrição. Para definir os cuidados de enfermagem, tem-se utilizado a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) como referência (LUCENA, 2006; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), além da literatura, da experiência da prática clínica dos enfermeiros e dos protocolos institucionais e assistenciais, que também auxiliam no aprimoramento da assistência de enfermagem.

A etapa da evolução/avaliação de enfermagem é a etapa final do PE, que visa avaliar a eficácia do plano de intervenções de enfermagem na recuperação e no tratamento do paciente. A evolução relata as mudanças diárias e as resposta do paciente enquanto está sob os cuidados de enfermagem (HORTA, 1979). A avaliação do paciente também deve considerar o risco do paciente em desenvolver algum agravo à sua saúde e para isto, a enfermeira pode utilizar escalas de predição e mensuração de risco. Se o resultado desta avaliação indicar piora do estado do paciente, é necessário revisar o plano de prevenção/cuidados de enfermagem

(MAGNAN; MAKLEBUST, 2009). Por isso, a avaliação é considerada um elemento qualificador da assistência de enfermagem.

O uso de protocolos institucionais e de indicadores de qualidade assistencial também tem sido utilizado pelos enfermeiros na assistência de enfermagem (LUCENA et al., 2008). Particularmente, com relação à úlcera por pressão (UP), existe nessa instituição pesquisada um protocolo intitulado “Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão”; além disto, há o controle da incidência da UP, que é um indicador de qualidade assistencial. Este indicador identifica a incidência da UP a partir do grau II, notificada pelos profissionais de enfermagem por meio de um Sistema de Aplicativos para a Gestão Hospitalar (AGH), software desenvolvido para suportar os processos assistenciais e administrativos do hospital (MENEGON et al., 2007).

Estudos realizados mostram que a UP, além de ser um grande desconforto ao paciente, é uma complicação cara e desagradável na hospitalização; aumenta a carga de trabalho na assistência e desta forma, também, os custos relacionados ao tratamento do paciente. Por isso, é necessário adotar medidas de prevenção para minimizar esta complicação (ROGENSKI; SANTOS, 2005; FERNANDES; TORRES, 2008; NUAP, 2011).

Devido a esses problemas causados pela UP, tanto para o paciente, quanto para a instituição de saúde, em 2008 iniciou-se um projeto de pesquisa intitulado “Risco para desenvolvimento da Úlcera de Pressão (UP), medido pela escala de Braden, diagnósticos e cuidados de enfermagem e incidência de UP”, aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde da instituição, sob o protocolo nº 08-319 (ANEXO A). Neste projeto foi identificado o perfil clínico, os diagnósticos e os cuidados de enfermagem dos pacientes em risco para UP internados em unidades clínicas e cirúrgicas deste hospital (LUCENA et al., 2008; LUCENA et al., 2011). Entretanto, ainda não haviam sido analisados os casos de pacientes, comprovadamente em risco para UP (avaliados pela escala de Braden e com escore ≤ 13), que desenvolveram esta complicação durante a sua internação hospitalar, sendo este um dos objetivos da investigação.

Esta situação motivou a realização deste estudo, como forma de dar prosseguimento e finalizar este projeto de pesquisa maior, respondendo o seu último

objetivo específico com base nas seguintes questões: Quais pacientes em risco para UP desenvolveram este agravo durante a sua internação hospitalar? Quais destes pacientes tiveram este agravo comunicado pelo indicador de qualidade assistencial UP?

Em face deste contexto, entende-se como relevante este estudo, que tem por finalidade contribuir com o conhecimento da prevenção do risco e da incidência das UPs na instituição, bem como para a qualificação deste indicador de qualidade assistencial de enfermagem do hospital. Além disto, entende-se que os seus resultados também poderão subsidiar a avaliação do sistema de comunicação da incidência das UPs, realizada pelos enfermeiros, e assim, contribuir com informações para um planejamento de educação permanente à enfermagem em relação aos cuidados com a prevenção e o tratamento da UP.

2 OBJETIVOS

Para a realização desta pesquisa foi estabelecido os seguintes objetivos:

- Identificar a frequência de ocorrência da UP em pacientes que estavam em risco para esta complicação, previamente avaliados pela Escala de Braden e com escore total ≤ 13 ;
- Identificar quais pacientes, que estavam em risco para UP, avaliados pela Escala de Braden com escore ≤ 13 , desenvolveram UP grau II ou mais e foram registrados no sistema de comunicação de indicador de qualidade assistencial;
- Verificar se os pacientes que apresentaram UP grau II ou mais, descritas nas evoluções de enfermagem, foram comunicados pelo sistema informatizado de indicador de qualidade assistencial de UP;
- Identificar o perfil clínico e os diagnósticos de enfermagem dos pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais, durante sua internação hospitalar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa discorre de maneira mais aprofundada sobre questões importantes relacionadas a este estudo, quais sejam: úlcera por pressão e indicadores de qualidade assistencial, de modo a subsidiar a interpretação e discussão dos resultados do estudo.

3.1 ÚLCERA POR PRESSÃO

As UPs são definidas como lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão externa, que se localizam, usualmente, sobre uma proeminência óssea. São classificadas conforme o grau de dano observado nos tecidos (pele, subcutâneo, músculos, articulações e ossos) (LYDER, 2002; COURTNEY; LYDER, 2003; BLANES et al., 2004; MENEGON; SANTOS; PEREIRA; HECKLER, 2011).

A fisiopatologia da UP está relacionada com a imobilidade prolongada, associada com a pressão externa aplicada sobre as proeminências ósseas, que pode levar à interrupção da circulação e assim, causar dano tecidual hipóxico e, finalmente, necrose. Além da pressão aplicada externamente, a tolerância individual variável dos tecidos à isquemia desempenha um papel muito importante. Desta forma, o período crítico de isquemia, varia muito entre as pessoas (MENEGON; SANTOS; PEREIRA; HECKLER, 2011).

A etiologia da UP é multifatorial, incluindo fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente (JORGE; DANTAS, 2003). Dentre os fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões estão: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. A pressão é considerada o principal fator causador da UP, sendo que o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade da mesma, a duração e a tolerância tecidual. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o diabetes melitus e as de origem cardiovascular (BLANES et al., 2004).

O grau da UP é avaliado por meio das características que a pele apresenta no momento da avaliação (JORGE; DANTAS, 2003). Em 2007, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) atualizou a descrição dos estágios da UP, salientando mudança na descrição das lesões em estágio I e II e a inclusão da suspeita de lesão tissular profunda, conforme apresentado no Quadro 1 (RANGEL; CALIRI, 2009; MENEGON; SANTOS; SILVA; HECKLER, 2011):

Quadro 1- Estadiamento das úlceras por pressão

ESTADIO	PELE	DEFINIÇÃO
Suspeita de lesão tissular profunda	Pele íntegra	<ul style="list-style-type: none"> • Área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e ou cisalhamento. • A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.
I	Pele intacta (área avermelhada)	<ul style="list-style-type: none"> • Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. • A pele de cor escura pode não apresentar esbranquecimento visível e sua cor pode diferir da pele ao redor.
II	Lesão cutânea parcial (rompimento da pele, flictenas)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha preenchida com exsudado seroso, intacta ou aberta rompida.
III	Lesão cutânea total (rompimento da pele, expondo o subcutâneo)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis.
IV	Lesão cutânea total (rompimento da pele, expondo o músculo)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.

Fonte - National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2007)

A UP é considerada um problema grave, especialmente em pessoas idosas, portadores de doenças crônico-degenerativas. Sabe-se que esta complicação prolonga a hospitalização e dificulta a recuperação do paciente, assim como aumenta o risco de desenvolver outras doenças como infecções, osteomielite, artrite séptica, sepse, fístula, meningite e degeneração maligna. Além disto, é um problema que causa grande sofrimento físico e emocional ao paciente, reduzindo sua independência nas atividades diárias e comprometendo o processo de reabilitação.

Portanto, é necessário qualificar constantemente a assistência de enfermagem de forma a prevenir e a tratar este tipo de lesão (GIGLIO et al., 2007; MEDEIROS et al., 2009).

Estudos mostram que a incidência global de UP nos doentes hospitalizados chega a 29% e a incidência em doentes internados em UTIs (Unidade de Tratamentos Intensivos) chega a 33% (ROCHA, 2006. LATT et al., 2007). Em literaturas internacionais, estima-se que a prevalência de UPs em pacientes internados varia de 3 a 14% e as taxas de incidência e prevalência destas lesões é maior nas UTIs (BLANES et al., 2004; LOURO et al., 2007).

No hospital, campo deste estudo, a incidência de UPs nas unidades de internação de adultos e no Centro de Terapia Intensiva (CTI) chega a 9,7% das internações, o que remete à preocupação em desenvolver medidas preventivas e curativas a este problema que causa tantas complicações ao estado de saúde do paciente (MENEGON et al., 2007).

Sabe-se, que um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia do agravo da doença e da realidade referente ao mesmo na instituição (MENEGON et al., 2007; LUCENA; BARROS; SANTOS; PEREIRA, 2011). Desta forma, entende-se que para prevenir a UP é necessário realizar a avaliação do risco a que o paciente está exposto, sendo este, o primeiro passo no cuidado à prevenção da complicação. Associado a isto, a avaliação de risco possibilita aos enfermeiros reunirem informações para definir os diagnósticos de enfermagem mais apropriados para estes pacientes, o que subsidiará o planejamento de intervenções a serem implementadas e avaliadas diariamente, a fim de obter os melhores resultados possíveis (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; LUCENA et al., 2011).

Para se avaliar corretamente o risco do paciente para desenvolver UP, é necessário compreender a diferença sobre a avaliação da pele e a avaliação do risco de para UP.

O objetivo da avaliação da pele é o de reunir informações necessárias para descrever a saúde atual do sistema tegumentar, detectando-se variações da pele-tecido, como a presença de eritema, erupções cutâneas, lesões, petéquias, secura excessiva, alterações tegumentares relacionadas com a idade (ex. diminuição da elasticidade) ou relacionadas com doenças (por ex., depósitos de hemossiderina,

alterações tróficas da resistência vascular periférica) (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

O objetivo da avaliação do risco para UP é o de coletar informações sobre fatores específicos, tais como a imobilidade, a diminuição da atividade ou alterações da ingestão nutricional, que colocam a paciente em risco de desenvolver este tipo de lesão (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009). Para isto, é importante se utilizar instrumentos que mensurem este risco do paciente, como, por exemplo, a Escala de Braden, que foi desenvolvida com base na fisiopatologia da UP, utilizando dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância tecidual (BERGSTROM et al., 1987; ALONSO; ASSUNÇÃO, 2006).

A Escala de Braden é um instrumento preditor de risco para UP muito usado nas instituições de saúde. Com ela, os enfermeiros avaliam seis fatores específicos que contribuem para o risco de UP: nível sensorio-perceptivo, exposição da pele à umidade, nível de atividade, nível de mobilidade, avaliação nutricional e exposição à fricção e cisalhamento. Estes fatores de riscos são apresentados como subescalas desta Escala (JORGE; DANTAS, 2003; SOUZA; SANTOS; SILVA, 2006; FERNANDES; TORRES, 2008; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009, LUCENA et al., 2011).

As subsescalas de percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição utiliza uma escala de 4 pontos. A subescala fricção e cisalhamento usa uma escala de 3 pontos. Os escores mais baixos de cada subescala indicam um nível inferior de funcionamento naquela área da pele e, portanto, um nível maior de risco para UP. A soma dos escores das subescalas de Braden produz um escore total que pode oscilar entre 6 a 23, sendo que quanto menor o escore, maior o risco do paciente para desenvolver UP (SOUZA; SANTOS; SILVA, 2004; FERNANDES; CALIRI, 2008; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009, LUCENA et al., 2011).

No Brasil, a escala de Braden foi traduzida e validada atingindo 94% de sensibilidade, 89% de especificidade e 88% e 94%, respectivamente, para validade preditiva dos testes positivo e negativo (PARANHOS; SANTOS, 1999). Estes dados justificam a opção em utilizar esta escala para avaliação de risco de UP em pacientes adultos na instituição pesquisada (MENEGON, et al., 2007).

Nessa instituição, os enfermeiros foram capacitados para aplicar a Escala de Braden e para instituir medidas de prevenção e tratamento com intervenções de enfermagem específicas, conforme protocolo elaborado (MENEGON et al., 2007).

A avaliação de risco deve ser realizada no momento da chegada do paciente para sua internação no hospital (admissão do paciente), com aplicação da ficha de risco para UP que contém a Escala de Braden, que deve ser reaplicada semanalmente e a cada alteração do estado geral do mesmo. As cores dos sinais de trânsito são utilizadas para identificar os pacientes quanto ao risco de UP: o verde representa o escore > 13 , ou seja, paciente sem risco; o amarelo representa o escore ≤ 13 , ou seja, paciente em risco; e o vermelho representa o paciente com UP. Esta sinalização é afixada no quadro existente nas unidades, que contém os nomes de todos os pacientes internados (MENEGON et al., 2007).

Além de auxiliar na avaliação do paciente, a escala de Braden também subsidia o enfermeiro em seu processo de raciocínio diagnóstico, pois, por meio dela, é possível mensurar objetivamente o risco para UP, e assim, realizar um planejamento para a implementação das intervenções de enfermagem, baseadas no protocolo da prevenção e tratamento para UP (SOUZA; SANTOS; SILVA, 2006; LUCENA; SANTOS, 2010; LUCENA et al., 2011).

O planejamento dos cuidados para os pacientes em risco para UP deve estar baseado em evidências clínicas, em resultados como o escore da Escala de Braden (≤ 13), e em metas para beneficiar o cuidado do paciente e atender as suas necessidades. Atualmente, diversas medidas de cuidados são preconizadas nesta situação clínica, dentre estas a mudança de posição do paciente no leito de duas em duas horas; observação de áreas vulneráveis da pele; uso de hidratação para a pele com cremes à base de ácidos graxos essenciais; implementação de medidas para tratar a incontinência urinária; precaução no uso de água muito quente no momento da higiene corporal; instituição de suporte nutricional; uso de colchão de poliuretano; proteção de proeminências ósseas, principalmente calcâneos, com rolos de travesseiros ou salva pés. Todas estas intervenções pressupõem, inicialmente, uma avaliação de fatores de risco, para após direcionar o tratamento preventivo conforme os fatores individuais apresentados pelo paciente (GIGLIO et al., 2007; MEDEIROS

et al., 2009; MAGNAN; MAKLEBUST, 2009; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A partir da implementação das intervenções de prevenção, o enfermeiro deve estar atento para reavaliar o estado da pele do paciente diariamente, a fim de evitar o desenvolvimento da UP, pois estudos mostram que no momento do exame físico, os estágios das UPs I e II, muitas vezes, podem passar despercebidos. (FERREIRA et al., 2001).

3.2 INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

A segurança nos serviços prestados à sociedade apresenta uma relação intrínseca com a qualidade de atendimento. Na área da saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui a excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de riscos aos usuários e um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (OMS, 1981; NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Nesse sentido, o modelo de gestão com enfoque da qualidade total e da melhoria contínua da qualidade tem sido empregado por empresas que visam à satisfação dos clientes/pacientes para, assim, melhorar, inclusive a imagem da instituição e da equipe multiprofissional que nele atua (NOGUEIRA, 1994).

Ao falar em qualidade em saúde, não se pode deixar de citar a atuação da enfermeira inglesa *Florence Nightingale* (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Criméia, baseando-se em dados estatísticos. No Hospital de Scutari, os resultados de suas intervenções - rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem - propiciaram um significativo declínio da taxa de mortalidade de 40% para 2% (NOGUEIRA, 1996).

A partir da década de 80, a qualidade da assistência prestada nos hospitais começou a ser avaliada regularmente, por meio de padrões mínimos estabelecidos pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, com

uma credibilidade amplamente reconhecida e uma certificação conferida a mais de 12 mil instituições e programas de saúde no mundo (JCAHO, 2011).

No Brasil, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde surgiu neste mesmo período, mas somente na década de 90 é que surgem, em alguns estados, as primeiras iniciativas diretamente relacionadas à acreditação hospitalar. Em 1998 o Ministério da Saúde, lança o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e no ano seguinte é criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pela certificação dos serviços de saúde no país (ONA, 2011). Por meio das organizações de acreditação hospitalar, destaca-se um novo conceito de qualidade, que combina segurança com ética profissional, responsabilidade e qualidade de atendimento, uma vez que estabelecem uma série de padrões e protocolos assistenciais voltados a uma prática assistencial segura e com qualidade. Além disso, preconizam o uso de diferentes indicadores de resultados, que permitem reavaliar a estrutura e os processos, a fim de direcionar ações em busca da qualidade no processo da assistência e melhora contínua dos serviços administrativos (BITTAR, 2001; KLÜCK et al., 2002; LEAPE; BERWICK, 2005).

Diversos indicadores tem sido utilizados para a avaliação de processos referentes ao atendimento à saúde, que são imprescindíveis na avaliação de processos de trabalho, tanto no planejamento como na organização, na coordenação, na direção e na avaliação das atividades desenvolvidas. Os indicadores, definidos como a unidade de medida de uma atividade, medem aspectos quantitativos e qualitativos relacionados à estrutura, ao processo e aos resultados dos serviços de saúde, podendo ser utilizados como guia para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e das atividades dos serviços de suporte (BITTAR, 2001; NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008; JCAHO, 2011).

Um bom indicador deve apresentar três características fundamentais, bem como: Disponibilidade – os dados básicos para o cálculo do indicador devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas; Confiabilidade – os dados utilizados para o cálculo do indicador devem ser fidedignos, isto é, deve ser capaz de fornecer o mesmo resultado, se medido por diferentes pessoas e em diferentes meios e diferentes épocas em condições similares e Validade – o indicador deve ser função

das características do fenômeno que se quer ou se necessita medir. pode levar a uma falsa avaliação da situação (CAMINHA, 1974).

Dessa forma, foi desenvolvido, no hospital campo desta investigação, partir de 2002, estratégias para avaliação e melhoria dos seus serviços, de acordo com sua política institucional de gestão pela qualidade, estabelecendo-se estratégias para implantação de indicadores administrativos e assistenciais (KLÜCK et al., 2002; MOURA et al., 2009).

Entre os indicadores assistenciais da enfermagem, encontra-se a taxa de úlcera de pressão. Este indicador avalia a incidência da UP nos pacientes internados a partir do grau II e a notificação é feita pelo enfermeiro, no sistema informatizado do hospital. Os níveis de incidência baixos de UP estão associados a um bom cuidado de enfermagem e assim, a meta estabelecida é de que a incidência de UP seja ≤ 5 úlceras /1000 pacientes dia (MOURA et al., 2009).

O uso deste indicador permite analisar as variações geográficas na distribuição das UP, em áreas e pacientes com maior risco e incidência; orientar medidas de intervenção, para que os pacientes não desenvolvam UP durante a internação; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem voltadas aos pacientes que apresentam risco (MOURA et al., 2009). Abaixo o método para o cálculo da incidência da UP no hospital, de acordo com cada unidade de internação:

Nº de casos novos de pacientes com UP no mês x 1000

Nº pacientes-dia no mês

A responsabilidade de gerenciar este indicador de UP é atribuída a um grupo de enfermeiros que fazem parte do Programa de prevenção e tratamento de feridas (PPTF). Este grupo também promove, se necessário, medidas para melhorar a prática de enfermagem, desde a avaliação do risco e a implementação de cuidados para pacientes em risco para UP, até cuidados de enfermagem para tratar aqueles que desenvolveram este agravo.

A utilização de indicadores de qualidade assistencial só se justifica se estiver inserida numa cultura institucional de melhoria contínua, não somente pensar em melhores resultados para o futuro, mas em investimentos na qualificação dos trabalhadores. Por isso, é importante ressaltar que a incidência de UP auxilia tanto

para organizar a sistematização do cuidado ao paciente em risco de UP, quanto para desenvolver ações gerenciais e educativas à equipe de enfermagem, promovendo o conhecimento, habilidades e competências dos profissionais, com vistas à melhoria permanente dos processos assistenciais (FERNANDES et al., 2008; MOURA et al., 2009).

Diversas estratégias auxiliam para este processo de obtenção de melhores resultados, como a pesquisa e o desenvolvimento de programas de educação permanente, que englobam palestras, leituras, conferências, uso de material escrito e protocolos baseados em evidências da prática clínica assistencial (FERNANDES et al., 2008)

Portanto, a qualificação dos profissionais, deve estar voltada tanto para o desenvolvimento do ser humano de forma integral, quanto para o atendimento das necessidades identificadas em seu trabalho. Capacitar pessoas e melhorar a qualidade da assistência à saúde beneficia tanto os trabalhadores como os pacientes, considerando seus direitos como cidadãos contribuindo para a melhora da qualidade de vida de todos (KURCGANT et al., 2006).

4 METODOLOGIA

A seguir serão descritos os métodos para a realização da pesquisa proposta.

4.1 TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, retrospectivo e transversal. Recorte de um projeto de pesquisa maior (LUCENA et al., 2008).

Estudos transversais envolvem coleta de dados em um ponto de tempo. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno. Os estudos retrospectivos são quase sempre transversais (POLIT; HUNGLER, 2004).

4.2 CAMPO:

A realização do estudo ocorreu em um hospital universitário, caracterizado por ser uma instituição de grande porte, com atenção múltipla, voltada à educação, à pesquisa e à assistência à saúde, localizada no sul do Brasil.

As unidades eleitas como campo da investigação fazem parte do Serviço de Enfermagem Médica (SEM) e do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC). São elas:

→ Serviço de Enfermagem Médica (SEM).

- 5º e 7º norte: compostas por 45 leitos clínicos que atendem as especialidades de oncologia, cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, endocrinologia, pneumologia, medicina ocupacional (intoxicação por chumbo), medicina interna, nefrologia, hematologia, neurologia e reumatologia.

- 6º norte: composta por 45 leitos, sendo que difere das unidades descritas anteriormente, por apresentar duas enfermarias para internação de pacientes cirúrgicos com três leitos masculinos e três femininos em cada uma delas.

- 6º sul: composta por um total de 33 leitos, sendo que destes, dois são quartos individuais destinados à internação para pacientes portadores de germe multirresistente ou tuberculose pulmonar (TB). Os demais leitos são destinados à internação de pacientes das mesmas especialidades listadas acima.

- 4º sul: composta por 25 leitos de convênios, tendo dentre esses um leito destinado a paciente com necessidade de aplicação de Iodo e dois leitos de psiquiatria infantil.

→ Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC):

- 3º norte: composta por 17 leitos de convênios, para atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos. Atende a todas as especialidades cirúrgicas, principalmente, a ortopedia e a cirurgia geral.

- 3º sul: composta por 22 leitos de convênios, para atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos. Atende todas as especialidades cirúrgicas.

- 7º sul: composta por 34 leitos. Destes, 22 leitos são para atendimento de pacientes conveniados cirúrgicos. Dois leitos destinados para psiquiatria infantil, dois quartos individuais para pacientes portadores de germes multirresistente ou TB, e os demais leitos destinados aos pacientes cirúrgicos do Sistema Único de Saúde.

- 8º norte: composta por 45 leitos. Destes, 18 leitos são para atendimento de pacientes da ortopedia e os demais 27 leitos para pacientes cirúrgicos de todas as especialidades.

- 8º sul: composta por 34 leitos. Destes, 32 leitos cirúrgicos são, preferencialmente, para transplantados de órgãos sólidos (renal, hepático, cardíaco), podendo os leitos restantes ser utilizados para todas as especialidades cirúrgicas.

- 9º norte: composta por 45 leitos cirúrgicos de todas as especialidades.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população do estudo compreendeu internações em prontuários de pacientes hospitalizados nas unidades campo de estudo no primeiro semestre do ano de 2008. A amostra consistiu, inicialmente, de 219 internações de pacientes adultos, em risco para UP definido pelo escore ≤ 13 medido por instrumento que

contém a escala de Braden, hospitalizados nas unidades de internação clínica e cirúrgica no período de janeiro-julho de 2008, os quais fizeram parte do estudo previamente desenvolvido pelo projeto supracitado. Durante a coleta de dados para este recorte do estudo houve dificuldade em localizar algumas internações em prontuários e assim a amostra do mesmo ficou limitada a 188 internações de pacientes.

Crterios de inclusão no estudo: Internações em prontuários de pacientes que fizeram parte do projeto de pesquisa citado, ou seja, que tiveram o preenchimento da escala de Braden no momento da internação ou até 48h após e com escore total na Escala de Braden ≤ 13 .

Crterios de exclusão no estudo: Não há crterios de exclusão, pois a amostra apresentava os crterios previamente definidos no estudo anterior.

4.4 COLETA DE DADOS:

A coleta de dados foi retrospectiva e se deu em três etapas:

- Primeira etapa: foram utilizadas informações registradas no banco de dados organizado com o auxílio do *Excel for Windows*, previamente coletados em estudo anterior. Os dados utilizados foram número de prontuário, idade, sexo, unidade de internação, data da internação, data da alta, o escore da avaliação pela Escala de Braden e a informação sobre a existência de UP desenvolvida antes da internação, e os diagnósticos de enfermagem/fatores de risco ou relacionados destes respectivos pacientes.

- Segunda etapa: foram coletadas informações nos prontuários dos pacientes (eletrônico e em papel), em suas respectivas internações, mais especificamente nas evoluções de enfermagem, com instrumento elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), que abrangeu os seguintes itens: data das evoluções de enfermagem e sinais e sintomas descritos (relacionados às condições de integridade da pele, prevenção e tratamento da UP). Coletou-se estes dados em 188 internações, considerando-se também a informação anteriormente coletada de que o paciente tinha ou não UP no momento da internação.

- Terceira etapa: coletou-se os dados comunicados no sistema de indicador de qualidade assistencial, referentes aos pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais durante a internação hospitalar.

Todos os dados coletados na segunda e terceira etapa foram digitados em planilhas do programa *Excel for Windows*.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS:

Os dados foram digitados, revisados, codificados e analisados em um banco de dados construído com o software *Excel for Windows* e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 18.0.

A análise foi estatística descritiva, pelos cálculos de média, desvio padrão, frequência e percentual. Os dados referentes aos pacientes que desenvolveram UP durante seu período de internação hospitalar foram inicialmente identificados pelo conteúdo descrito nas evoluções de enfermagem. Após isto, analisaram-se as informações comunicadas pelo sistema informatizado de indicador de qualidade assistencial UP da instituição e se verificou quais dos pacientes com UP grau II ou mais, descritas nas evoluções de enfermagem, também haviam sido comunicadas corretamente.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

No campo da saúde, a pesquisa tem se preocupado, cada vez mais, com a participação de seres humanos como sujeitos de investigação científica, tornando necessário precauções importantes, a fim de assegurar a preservação dos direitos de quem é pesquisado (POLIT; HUNGLER, 2004; GOLDIM, 2000). Fundamentando-se nessa resolução, foi assinado o Termo de compromisso para a utilização de dados do hospital campo (ANEXO B) elaborado pela pesquisadora.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem EEUFRGS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(COMPESQ/EEUFRGS) sob número 047/2010 (ANEXO C) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital campo do estudo sob o nº 11-010 (ANEXO D).

5 RESULTADOS

Analisou-se 188 internações em prontuários de pacientes, o que representa 86% da amostra inicialmente prevista. Houve uma perda de 31 internações, em função de dificuldades para localizar prontuários e/ou dados referentes a estes pacientes.

Essas 188 internações de pacientes, que compuseram a amostra, não apresentavam UP no momento da chegada ao hospital e possuíam escore total ≤ 13 na Escala de Braden. A frequência de ocorrência de UP desenvolvida durante o período de hospitalização foi de 36 (19%) casos, entre estes, 17 (47,2%) de grau I e 19 (52,8%) de grau II ou mais.

Levando-se em consideração que os casos de UP só são comunicados pelo sistema de indicador de qualidade assistencial quando em grau II ou mais, verificou-se uma frequência de ocorrência de 10% deste agravo entre a amostra total (188) de pacientes analisados. Entretanto, quando se verifica esta frequência de UP grau II ou mais destes mesmos pacientes (que estavam em risco - 188), observa-se que somente 6 (3%) deles desenvolveram UP e foram notificados pelo sistema de indicador de qualidade assistencial. O que denota uma subnotificação do dado.

Quanto ao perfil clínico, aos escores na Escala de Braden e os diagnósticos de enfermagem (DEs) para estes pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais (19), identificou-se uma série de dados. A idade média deles foi de 67 ($\pm 23,2$) anos. O sexo predominante foi o feminino, em 12 (63%) casos, com tempo mediano de internação de onze dias ($\pm 6-29$) dias, sendo nas unidades de clínica médica na maioria das vezes (11; 58%).

Os principais motivos de internações foram doenças cerebrovasculares (6; 16%), cardiovasculares (6; 16%), geniturinárias (6; 16%) e neoplasias (6; 16%). As comorbidades mais frequentes foram doenças cerebrovasculares (9; 22%), cardiovasculares (7; 17%), metabólicas (5; 12,2%) e psiquiátricas (5; 12,2%). Salienta-se que em alguns casos os pacientes apresentavam mais de uma comorbidade e/ou motivo de internação.

A média de escore da Escala de Braden para estes pacientes foi de 11 (\pm 10-13). Os escores mais frequentes nas sub-escalas foram: na percepção o dois (muito limitado) em 12 (63%) casos; na umidade, o dois e o três (molhado/ ocasionalmente molhado) em 7 (37%) casos; na atividade, o um (acamado) em 14 (74%) casos; na mobilidade, o dois (bastante limitado) em 16 (84%) casos; na nutrição, o dois (provavelmente inadequado) em 16 (84%) casos; na fricção e cisalhamento, o um (problema) em 15 (79%) casos. Os escores podem variar de um a quatro nas três primeiras subescalas e de um a três na última.

Identificou-se 27 diferentes DEs nas 19 internações com UP grau II ou mais, sendo doze com maior frequência de ocorrência (Tabela 1).

Tabela 1 – DEs e seus principais fatores relacionados ou de risco mais frequentemente identificados nas internações de pacientes com UP grau II ou mais. Porto Alegre, 2011.

Des	n	%	Fator relacionado/risco	n	%
Risco de infecção	12	63	Procedimento invasivo	12	100
Déficit do autocuidado: banho e higiene	11	58	Evolução da doença	7	64
			Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	6	54,5
Padrão respiratório ineficaz	10	53	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	6	60
Mobilidade física prejudicada	9	47	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	8	89
Síndrome do déficit do autocuidado	9	47	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	9	100
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	7	37	Alteração no metabolismo e ou exigências calóricas aumentadas	2	28,5
			Inapetência	2	28,5
Integridade da pele prejudicada	6	31,5	Imobilidade	6	100
Alteração na eliminação urinária	4	21	Lesão do trato urinário	2	50
			Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	2	50
Diarréia	4	21	Alteração de absorção	4	100
Integridade tissular prejudicada	4	21	Mobilidade prejudicada	3	75
Risco para função respiratória prejudicada	3	16	Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético	2	67
Risco para prejuízo da integridade da pele	3	16	Imobilidade	3	100

* Em alguns casos, um mesmo paciente apresentou mais de um DE e/ou mais de um fator relacionado/risco na mesma internação.

Para os pacientes com UP grau II ou mais e com pelo menos um dos cinco DEs apresentados na Tabela 2, houve a prescrição da intervenção de enfermagem “Implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão”.

Tabela 2 – DEs para os quais foi prescrito a intervenção “Implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão”. Porto Alegre, 2011.

Des	n	Prescrição do cuidado	%
Síndrome do déficit do autocuidado	9	7	78
Mobilidade física prejudicada	9	4	44
Integridade da pele prejudicada	6	3	50
Integridade tissular prejudicada	4	2	50
Risco para prejuízo da integridade da pele	3	1	33

* Em alguns casos, um mesmo paciente apresentou mais de um DE na mesma internação.

Aos motivos de internação e comorbidades identificados para esses pacientes com UP grau II ou mais foram associados os seus DEs mais prevalentes e os que se relacionaram diretamente com o risco ou dano à pele, de forma a verificar a sua frequência em cada uma das situações (Tabela 3). Ressalta-se que os DEs *Alteração na eliminação urinária* e *Mobilidade física prejudicada* foram os mais frequentes em pacientes que tiveram como causa de internação as doenças geniturinárias, assim como os DEs *Déficit no autocuidado: banho e higiene* e *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* foram os mais frequente em pacientes que internaram devido às neoplasias.

Tabela 3 – Principais motivos de internação e comorbidades de pacientes com UP grau II ou mais, associado aos principais DEs. Porto Alegre, 2011.

Diagnósticos de enfermagem					
Risco de infecção	Déficit no autocuidado banho e higiene	Síndrome do déficit do autocuidado	Integridade da pele prejudicada	Integridade tissular prejudicada	Risco para Prejuízo da integridade da pele

Motivos de internação	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cerebrovascular (n= 6)	1	5	1	5	2	10,5	-	-	1	5	1	5
Cardiovascular (n= 6)	3	16	2	10,5	2	10,5	2	10,5	1	5	-	-
Geniturinárias (n= 6)	1	5	1	5	1	5	-	-	1	5	1	5
Neoplasias (n= 6)	2	10,5	3	16	-	-	1	5,2	1	5	-	-
Comorbidades	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cerebrovascular (n= 9)	6	31,5	4	21	5	26	4	21	2	10,5	2	10,5
Cardiovascular (n= 7)	6	31,5	5	26	3	16	4	21	2	10,5	-	-
Metabólicas (n= 5)	3	16	3	16	4	21	1	5	1	5	-	-
Psiquiátrica (n= 5)	2	10,5	2	10,5	2	10,5	2	10,5	1	5	2	10,5

f = frequência de pacientes com o DE e o motivo de internação ou a comorbidade associado.

n = número total de pacientes para cada motivo de internação ou comorbidade associado à pelo menos um dos DEs descritos.

Da mesma forma, associou-se a média dos escores de cada subescala de Braden aos doze DEs mais frequentes na amostra. As subescalas “atividade”, “mobilidade” e “fricção e cisalhamento” foram as que apresentaram as menores médias de escores em todos os DEs, ou seja, 1,12; 1,82 e 1,16 respectivamente. O menor escore (1,00) foi na subescala “atividade” e “fricção e cisalhamento” em pacientes com o DE “Risco para Prejuízo da Integridade da Pele”.

6 DISCUSSÃO

Este estudo caracterizou os pacientes que estavam em risco para UP e que desenvolveram esta complicação, bem como verificou a fidedignidade da notificação de UP grau II ou mais em um sistema de indicador de qualidade assistencial.

Para tanto, analisou-se 188 internações de pacientes que estavam em risco para UP e que não apresentavam UP no momento de sua chegada ao hospital, conforme registro na ficha da Escala de Braden (score total ≤ 13). A frequência de ocorrência de UP, independente do grau, desenvolvida foi de 19% durante o período de hospitalização. De forma semelhante, encontrou-se estudo realizado em um hospital universitário de Belo Horizonte, que apontou uma frequência de 18,3% de UP em pacientes da área médico-cirúrgica (SALES et al., 2010).

Em relação às UPs de grau II ou mais, verificou-se uma ocorrência deste agravo em 10% (n=19) dos pacientes da amostra. A incidência global deste agravo em doentes hospitalizados é bastante variada, oscilando de 2,7 a 29% (ROCHA et al., 2006; GOMES et al., 2011). Estudos internacionais apontam que a UP afeta em média de 28% dos pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva (UTI), (LAAT et al., 2007). Assim, observa-se que estes dados encontrados na literatura revelam índices de frequência de ocorrência díspares. Esta diversificação de dados, provavelmente está relacionada com o perfil dos pacientes e a gravidade do seu estado de saúde, uma vez que a UP é de causa multifatorial. Sabe-se que pacientes críticos, como os de UTI estão em maior suscetibilidade para esta complicação (ROGENSKI; SANTOS, 2005; SERPA et al., 2011; GOMES et al., 2011).

Em vista do exposto, acredita-se que a frequência de ocorrência de 10% encontrada neste estudo ainda não é a taxa ideal, visto que a meta estabelecida na instituição é de que a incidência de UP seja ≤ 5 úlceras /1000 pacientes dia, ou seja, 0,5% a cada 1000 pacientes. Para isto, é necessário aprimorar a acurácia diagnóstica e qualificar as intervenções de enfermagem com vistas à prevenção da UP, pois níveis de incidência baixos de UP estão associados a um bom cuidado de enfermagem (MOURA et. al, 2009).

Verificou-se, ainda, que dos 19 (10%) pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais, somente 6 (3%) deles foram notificados pelo sistema de indicador de qualidade assistencial, o que demonstra uma subnotificação do dado e, conseqüentemente, a utilização inadequada desta ferramenta pelos enfermeiros. Isto representa um baixo índice de comunicação de casos neste indicador, com falta de várias informações adequadas, seguras, atualizadas e pertinentes a todos os casos identificados de UP grau II ou mais (SHOUT; NOVAES, 2007).

Este cenário das UPs na instituição, originado pelo sistema de indicador de qualidade assistencial, pode causar uma impressão de excelência no cuidado à prevenção da UP, o que não é a realidade encontrada. Por isso, denota-se a importância de realizar cursos de educação permanente, principalmente com os enfermeiros das respectivas unidade aonde houve as subnotificações das UPs, evidenciando a importância das etapas do PE “prescrição e implementação das intervenções” e “avaliação” de enfermagem aonde a enfermeira deve reavaliar e direcionar ações específicas a prevenção da UP, bem como o cuidado à pele do paciente (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

Os resultados encontrados neste estudo mostram a dificuldade das enfermeiras em comunicar no sistema de indicador de qualidade assistencial o aparecimento de UP. Com isso, infere-se que existe a hipótese de que também o diagnóstico de enfermagem, bem como a prescrição de intervenções para estes pacientes possam ser feitas de maneira pouco acurada.

Estudos mostram alguns aspectos que influenciam e dificultam a consistência dos dados referentes aos registros clínicos e aos indicadores, bem como a dificuldade e a resistência dos profissionais ao uso de sistemas informatizados e tecnologias institucionais e, muitas vezes, a indisponibilidade do fator “tempo” para acessar os computadores e o sistema (SHOUT; NOVAES, 2007).

Para poder sanar estas dificuldades, alguns estudos demonstram que é fundamental promover programas educacionais que capacitem os profissionais de saúde para a prevenção de UP. Assim, é possível direcionar ações de planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem voltadas aos pacientes que apresentam risco para UP, e conseqüentemente, promover maior responsabilidade dos profissionais quanto à importância em “alimentar” continuamente o indicador de

qualidade assistencial deste agravo (FERNANDES et al., 2008; GOMES et al., 2011).

Sabe-se que desde a década de 90, a UP também tem sido considerada como um resultado negativo do cuidado e adotada como um dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem por instituições norte-americanas, e por isso seus esforços estão direcionados para a redução da incidência por meio de programas de prevenção (FERNANDES; CALIRI, 2000; GRAHAM ; LOGAN, 2004).

Este hospital, campo do estudo, busca por meio da individualização do cuidado sistematizado pelo Processo de Enfermagem (PE), ou seja, a prática clínica baseadas em evidências e em protocolos assistenciais, promover a melhoria da qualidade do cuidado de pacientes em risco para UP. Entretanto, o desafio apresentado centra-se na questão de como tornar importante e essencial o uso deste indicador assistencial pelos profissionais de enfermagem e qualificar ações de prevenção aos pacientes (FERNANDES et al., 2008; MOURA et al., 2009; LUCENA et al., 2011).

Nota-se que o conhecimento sobre o real cenário das UPs nesta instituição, foi possível devido à utilização de dados produzidos por duas ferramentas importantes adotadas para qualificar o cuidado de enfermagem: o PE em todas as suas etapas (anamnese e exame físico, diagnósticos de enfermagem, planejamento/prescrição/implementação dos cuidados, evolução e avaliação de enfermagem) e o indicador de qualidade assistencial de UP, visto que esta notificação permite reavaliar a qualidade da assistência e assim, redirecionar ações em busca da qualidade no processo de contínua melhora dos serviços em saúde (CROSSETTI et al., 2002; BITTAR, 2001; NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008; JCAHO, 2011).

Os pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais eram na maioria mulheres, idosos e com tempo médio de hospitalização de onze dias, na maior parte das vezes, em unidades de internação clínica. A idade avançada é apontada como um dos mais relevantes fatores envolvidos na fisiopatogênese da UP, visto que com o avançar da idade a pele se torna mais seca devido à diminuição de glândulas sudoríparas e sebáceas, ocorre à diminuição da vascularização e de propriedades como percepção da dor e da resposta inflamatória, além de haver alterações

hemodinâmicas e atrofia muscular que torna as estruturas ósseas mais proeminentes, características próprias da senescência. Quando estes fatores são associados às condições mórbidas como as alterações neurológicas, mentais, nutricionais, de mobilidade, atividade e continências anal e urinária, aumentam a predisposição a desenvolver UP (FERNANDES et al., 2008; ALMEIDA et al., 2008; SILVA et al., 2010; LUCENA et al., 2011; GOMES et al., 2011).

Em relação a maior prevalência do sexo feminino, dados demográficos demonstram que as mulheres apresentam maior longevidade que os homens, os que as levam a períodos mais longos de doenças crônicas e, conseqüentemente, aumento do tempo médio de institucionalização (SILVA et al., 2010; LISBOA, 2010; LUCENA et al., 2011). Estes fatores podem de certa forma, explicar o maior percentual no sexo feminino de uma população idosa propensa à formação, recidiva e complicações de UP (MEDEIROS et al., 2009; SILVA et al., 2010; LUCENA et al., 2011).

No hospital estudado, o risco para UP é determinado pelo escore total ≤ 13 na Escala de Braden. Para estabelecê-lo se considerou as características do hospital, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com grande demanda de internações de pacientes graves e atendimentos de alta complexidade. (MENEGON et al., 2007; LUCENA et al., 2011; SERPA et al., 2011). A média de escore 11 encontrada na amostra pelos enfermeiros aponta para um escore baixo e que determina a necessidade do direcionamento de ações de prevenção da UP, que deveriam ser realizado de forma eficaz pela equipe de enfermagem (ROGENSKI; SANTOS, 2005; GIGLIO et al., 2007; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; LUCENA et al., 2011).

Em relação aos principais motivos de internações e comorbidades dos pacientes com UP grau II ou mais, identificou-se que as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, neoplasias e metabólicas estiveram presentes de forma mais frequente. De maneira semelhante, encontrou-se estes mesmos dados em estudo que analisou os pacientes em risco para UP, sem considerar o recorte amostral dos que desenvolveram este agravo (LUCENA et al., 2011).

Além destes motivos de internações e comorbidades, as doenças geniturinárias apareceram em evidência nos pacientes com UP grau II ou mais. A

isto se une o fato de que, possivelmente, os pacientes com estas doenças ficam mais expostos à umidade e acamados, o que causa macerações à pele, reduzindo sua resistência à tração e à pressão, levando ao desenvolvimento da ferida (OLIVEIRA et al., 2009). Além disso, a pele pode se tornar úmida devido à sudorese, a eliminações vesicais e/ou intestinais ou à drenagem de fístulas ou feridas e, portanto se ressalta a necessidade de higiene corporal e mudança de posição do paciente acamado cerca de menos de 2 horas (OLIVEIRA et al., 2009; SILVA et al., 2010; GOMES et al., 2011).

Observou-se que estes pacientes com UP grau II ou mais foram acometidos também por doenças psiquiátricas. Estudos apontam que populações idosas podem estar mais propensas a este tipo de comorbidade (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). Sabe-se também que a ocorrência destas doenças em pacientes que internam para tratamento clínico ou cirúrgico em hospital geral é frequente (BOTEGA, 2006). Estudos nacionais mostram que a depressão acomete 20 a 33% dos pacientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica. Além disto, o impacto dos sintomas depressivos como falta de energia, negativismo e tristeza estão associados à pior evolução das patologias clínicas, com o risco aumentado de morbimortalidade (BOTEGA, 2006; FURLANETTO; BRASIL, 2006).

Encontrou-se 12 DEs mais frequentemente estabelecidos ao pacientes com UP grau II ou mais. Observou-se que estes DEs são bastante semelhantes aos 11 encontrados em estudo maior realizado com pacientes que estavam em risco para UP (LUCENA et al., 2011). Entretanto, observaram-se algumas semelhanças e particularidade importantes a serem discutidas.

As semelhanças encontradas dizem respeito os primeiros DEs mais frequentemente estabelecidos: *Risco de infecção*, *Síndrome do déficit do autocuidado* e *Déficit do autocuidado: banho e higiene*. Isto leva a inferir que tais DEs são comuns na prática de enfermagem e que, muitas vezes, podem estar sendo estabelecidos sem considerar a sua causa ou os seus fatores relacionados e de riscos.

O DE *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais* foi o sexto mais frequentemente identificado para os pacientes com UP grau II ou mais. Observou-se também que a subescala de Braden “nutrição” também apontou baixos

escores para estes pacientes, corroborando o padrão nutricional provavelmente inadequado. Estes dados apresentados foram identificados semelhantemente pelos pacientes que estavam em risco para UP referentes ao estudo maior, que originou a presente investigação. Sabe-se que nutrição inadequada resulta em deficiência de proteínas e vitaminas, assim deixa os tecidos mais suscetíveis à integridade da pele prejudicada, quando expostos à pressão. A deficiência de certas vitaminas, em particular a vitamina C, que é necessária à pele para vitalidade e cicatrização tissular, produção de fibroblastos, formação do colágeno e aumento da resistência do indivíduo, também contribui para o desenvolvimento de UP (FERNANDES et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009; GOMES et al., 2011).

Outro dado encontrado de forma semelhante ao estudo que originou esta pesquisa foi o de que os DEs *Integridade da Pele Prejudicada*, *Integridade Tissular Prejudicada* e *Risco para Prejuízo da Integridade da Pele* foram os últimos em frequência, ou seja, tanto para os pacientes que estavam em risco para UP, como para os que desenvolveram UP grau II ou mais. Entretanto, estes DEs são os que melhor parecem descrever o risco ou a própria UP quando se considera os seus fatores de risco e fatores relacionados (NANDA-I, 2009-2011). Por isso, questiona-se a acurácia diagnóstica na identificação ou não dos mesmos (LUCENA et al., 2011).

Estudos mostram que o profissional, de acordo com a análise de dados coletados e a identificação de uma evidência clínica, realizados de acordo com o seu grau de proficiência e experiência clínica, pode usar diferentes métodos para o raciocínio diagnóstico, e por isso, muitas vezes leva a diversas interpretações ou até mesmo desacordos clínicos (CARVALHO; KUSUMOTA, 2009).

Os fatores relacionados e de risco, mais frequentemente estabelecidos para os DEs *Integridade da pele prejudicada*, *Integridade Tissular prejudicada* e o *Risco para prejuízo da integridade da pele* foram a “Mobilidade prejudicada” e “Imobilidade” tanto para os pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais, quanto aos pacientes que estavam em risco para este agravo, conforme estudo maior. Estudos que apontam que a imobilidade diminui a capacidade do paciente em aliviar a pressão devido à habilidade diminuída para mudar e controlar a posição do corpo, o que aumenta a probabilidade de que ele esteja exposto à prolongada e intensa

pressão e, conseqüentemente, ao desenvolvimento das UPs (SOUZA; SANTOS, 2007; OLIVEIRA et al., 2009).

De forma particular, encontrou-se os DEs *Padrão respiratório ineficaz* em terceiro lugar na frequência, *Risco para função respiratória prejudicada* em décimo primeiro e *Diarréia* como nono mais frequentemente identificados nos pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais. Observa-se que pacientes com estes DEs que se referem aos agravos respiratórios estão, possivelmente, mais predispostos à imobilidade e com prejuízo neuromuscular/musculoesquelético. Estes DEs apresentaram em média escores baixos nas subescalas de Braden “atividade (1,26)”, “mobilidade (1,73)” e “fricção e cisalhamento (1,10)”, demonstrando que pacientes com função respiratória prejudicada devido alterações fisiológicas do envelhecimento e, na maioria dos casos a infecções, ficam mais tempos no leito, reduzem suas atividades e a pele fica mais suscetível a rompimento e à pressão, conseqüentemente, ocorrerá o desenvolvimento da UP (SAKANO et al., 2007; FIGUEIREDO et al., 2008; FERNANDES et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009).

Os pacientes com UP grau II ou mais que tiveram o DE *Diarréia* estabelecido apresentaram em média escores baixos nas subescalas de Braden “atividade (1)”, “mobilidade (1,75)” e “umidade (1,75)”. Assim, pressupõe-se que estes pacientes estavam molhados ou ocasionalmente molhados e acamados, o que identifica uma situação problema, que predispõe à UP (OLIVEIRA et al., 2009; SILVA et al., 2010).

Na tentativa de diminuir os índices de prevalência da UP e melhorar a qualidade de vida do paciente, o hospital, campo desta pesquisa, propõe métodos de prevenção e ações sistemáticas para a UP, que incluem a prescrição da intervenção de enfermagem “Implementar protocolo de prevenção e tratamento para UP”. Esta intervenção foi prescrita, para os DEs *Síndrome do déficit no autocuidado*, *Mobilidade física prejudicada*, *Integridade da pele prejudicada*, *Integridade tissular prejudicada* e *Risco para prejuízo da integridade da pele*, os quais possuem fatores relacionados e de risco que proporcionam o desenvolvimento da UP (GOMES et al., 2009, SILVA et al., 2010). Semelhantemente a prescrição deste protocolo também apareceu para estes mesmos DEs no estudo maior em que os pacientes estavam em risco para UP (LUCENA et al. 2011). Em estudo realizado em Estratégias da Saúde e da Família (ESFs) com idosos acamados em domicílios, os DEs foram

similares aos aqui descritos, além de corroborar a idéia de que o PE é um instrumento ideal e efetivo para coletar dados, diagnosticar, planejar a assistência a ser prestada, implementar ações e/ou intervenções e avaliar os resultados alcançados (FIGUEIREDO et al., 2008).

Os principais motivos de internações e comorbidades associados aos DEs relacionados ao risco ou dano à pele para os pacientes que desenvolveram UP grau II ou mais, foram doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, geniturinárias, neoplasias, metabólicas e psiquiátricas. Sabe-se que a presença de doenças crônico-degenerativas e comorbidades associadas podem agravar ou apressar o surgimento de novas morbidades, como no caso a UP (RODRIGUES et al., 2008; ALMEIDA et al., 2008; MARIN et al., 2010).

Encontrou-se estes pacientes com UP grau II ou mais médias baixas de escores das subescalas de Braden referentes à “atividade”, à “mobilidade” e à “fricção e cisalhamento”. Já em relação à amostra do estudo maior, os pacientes que estavam em risco para UP apresentaram médias baixas de escores somente nas subescalas “atividade” e “mobilidade”. Estes dados demonstram que o paciente em risco para UP ao sofrer a força de atrito contra uma superfície em repouso ou quando é movido ou reposicionado na cama ou na cadeira, pode aumentar ainda mais a possibilidade de desenvolver UP, e por isso sua pontuação na subescala “fricção e cisalhamento” é justificada com precisão (OLIVEIRA et al., 2009; SILVA et al., 2010; GOMES et al., 2011).

Medidas adotadas para prevenção desse agravo são extremamente importantes, bem como avaliação de risco para UP por meio da Escala de Braden (instrumento qualificador da assistência), protocolo de prevenção e tratamento para UP e intervenções preventivas e tratamentos para esta complicação, as quais são preconizadas e realizadas na instituição. Entretanto, verifica-se que se estas medidas não forem tomadas com precisão e segurança clínica, os indicadores de qualidade assistencial continuarão revelando taxas altas de frequência em relação à UP ou mesmo sendo subnotificados. Por isso, é preciso que os enfermeiros envolvam a equipe de enfermagem e discutam planos de ações, a fim de direcionar um processo de trabalho dinâmico, onde as cinco etapas do PE se realizem de

forma concomitante, utilizando as ferramentas como subsidio para qualidade no cuidado de enfermagem.

Os resultados obtidos neste estudo implicam na prática clínica assistencial de enfermagem, tendo em vista que, cada vez mais, os indicadores de qualidade assistencial e o PE podem e devem ser aprimorados nas instituições de saúde e como instrumentos qualificadores do cuidado. Além disso, nota-se que as evoluções de enfermagem analisadas apresentaram registros de enfermagem importantes, com evidências clínicas essenciais para verificar a fidedignamente quanto ao desenvolvimento de UP durante a hospitalização dos pacientes que estavam em risco para este agravo. Portanto, foi possível verificar a aplicação do PE com qualidade nesta instituição, o que denota um *feedback* positivo para a prática assistencial de enfermagem. Por outro lado, evidenciou-se a necessidade de qualificar a comunicação das UPs no sistema de indicador de qualidade assistencial e às ações preventivas à UP.

Observou-se, ainda, que os DEs relacionados à integridade da pele não foram os principais estabelecidos para os pacientes com UP grau II. Assim, sugere-se maior estudo dos mesmos, como forma de aprimorar a sua acurácia por parte dos enfermeiros. Também, nota-se a falta de um DE mais específico para identificar o risco ou a presença da UP, uma vez que os existentes são amplos e dizem respeito a diversas situações de risco ou agravo à pele e tecidos.

Como fator limitante para o estudo, refere-se o fato de se ter encontrado dificuldades para localizar 31 internações em prontuários (dados referentes aos pacientes da amostra inicial do estudo). Esta situação representou uma perda de informações, uma vez que não foi possível ler as evoluções de enfermagem nestes prontuários e assim verificar se os mesmos possuíam algum registro de UP.

Entretanto, salienta-se que os objetivos do estudo foram plenamente atingidos e que os resultados obtidos poderão desencadear ações para proporcionar uma qualificação contínua tanto ao PE, quanto dos indicadores de qualidade assistencial de UP, sendo esta uma importante finalidade do estudo.

7 CONCLUSÕES

Constatou-se que a frequência de ocorrência de UP, independente do grau foi 36%, o que demonstra concordância com estudos realizados em pacientes em risco para esta complicação em hospitais universitários de grande porte. Quanto à prevalência das UPs grau II ou mais, identificou-se que 10% (19) dos pacientes analisados as desenvolveram. Estes pacientes apresentaram média etária de 67 anos, sendo em sua maioria mulheres, com tempo mediano de internação de onze dias e com média de escore 11 na Escala de Braden. Apresentavam doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, geniturinária, metabólicas, neoplasias e psiquiátricas como principais motivos de internação e comorbidades. Os DEs estabelecidos para estes pacientes demonstram serem comuns na prática clínica de enfermagem, mas não tão acurados, visto que os relacionados ao risco ou o dano à pele e tecidos que parecem ser os mais adequados aos pacientes com risco em desenvolver UP apareceram em menor frequência.

Apesar de existir um sistema informatizado tanto para o PE, quanto para indicadores de qualidade assistencial de enfermagem, ainda constata-se deficiência do uso dos mesmos. Destaca-se, principalmente, o uso do indicador, que mostrou claramente uma subnotificação das UPs. Entretanto, este agravo pode ser identificado a partir de registros nas evoluções de enfermagem, etapa importante do PE que é realizada de forma sistemática e qualificada na instituição.

Nota-se que nas etapas do PE “prescrição e implementação da intervenção” e “avaliação” de enfermagem representou dados negativos no que se remete a medidas de prevenção da UP e sua avaliação, visto que os todos os pacientes estavam em risco para UP (escore total <13 na Escala de Bradem) e, se fossem melhor cuidados com relação ao surgimento desta complicação, a frequência da amostra de UP grau II ou mais seria reduzida.

Para que o PE e o Indicador de qualidade assistencial sejam utilizadas como ferramentas confiáveis e seguras, é necessário que os enfermeiros se responsabilizem pelo aprimoramento da avaliação de risco, pelos DEs acurados, pelas intervenções de prevenção para UP e tratamento precoce. Além disto, para

que a qualidade do serviço seja garantida, estes profissionais devem estar envolvidos em ações gerenciais e educativas, que promova conhecimento, habilidades e competências para a melhoria permanente do cuidado preventivo e curativo da UP. Desta forma, será possível, então, diminuir a frequência de ocorrência desta complicação em hospitais brasileiros e alcançar melhores resultados para o futuro.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 3, p. 492-9, set 2009.
- ALMEIDA, M. A.; LONGARAY, V. K.; DE CEZARO, P.; BARILLI, S. L. S. Correspondência entre cuidados para pacientes com problemas ortopédicos e a classificação das intervenções de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 480-488, dez. 2007.
- ALMEIDA, M. A.; ALITI, G. B.; FRANZEN, E.; THOMÉ, E. G. R.; UNICOVSKY, M. R.; SILVA, E. R. R.; LUDWI, M. L. M.; MORAES, M. A. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 707-11, julho-agosto 2008.
- ALONSO, J. M. S.; ASSUNÇÃO, J. M. M. **Assistência de enfermagem ao paciente idoso portador de úlcera de pressão**. Batatais-SP, 2006. 56f. Monografia (Graduação)- Centro Universitário Claretiano de Batatais-SP, 2006.
- BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Camilo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 182-187, 2004.
- BERGSTROM, N.; BRADEN, B. J.; LAGUZZA, A.; HOLMAN, V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nurs Res**, v. 36, p. 205-210, 1987.
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS** v. 2, n. 12, p. 21-28, 2001.
- BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: morbidade psiquiátrica no hospital geral. In: **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed. 2006.
- BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- CAMINHA, J. A. N.; CASARIN A, B. I. Indicadores de Saúde. **Revista ATM 74**, Faculdade de Medicina UFRGS, p. 25-59, 1974.
- CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e conseqüências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. Especial-Nefrologia, p. 554-7, 2009.

COURTNEY, H.; LYDER, N. D. Pressure Ulcer Prevention and Management. **Journal of the American Medical Association (JAMA)** v. 289, n. 2, p. 223-226, january 2003.

CROSSETTI, M. G. O.; RODEGHERI, M.; D'ÁVILA, M. L.; DIAS, V. L. M. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov./dez. 2002.

CROSSETTI, M. G. O.; DIAS, V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem – experiência brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 720-724, nov./dez. 2002.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Paul Enferm**, n. 19, v. 2, p. 25-31, 2000.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 6 novembro-dezembro 2008.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. The effect of educative interventions on the pressure ulcer prevention knowledge of nursing professionals. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 3, p. 304-310, Jul/Set. 2008.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 733-46, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>. Acesso em 28 jun. 2011.

FERREIRA, L. M.; CALIL, J. A. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. **Rev Diag Trat**, v. 6, n. 3, p. 36-40, 2001.

FIGUEIREDO, M. L. F.; LUZ, M. H. B. A.; BRITO, C. M. S.; SOUSA, S. N.; SILVA, D. R. S. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 4, p. 464-9, jul-ago 2008.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 8-12, 2006.

GIGLIO, M. M.; MARTINS, A. P.; DYNIEWICZ, A. N. Análise do grau de dependência e predisposição à úlcera de pressão em pacientes de hospital universitário. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 1, p. 62-8, jan-mar. 2007.

GOLDIM, J. R. Manual de iniciação de pesquisa em saúde. 2^a ed. Porto Alegre: DaCasa, 2000.

GOMES, F. S. L.; BASTOS, M. A. R.; MATOZINHOS, F. P.; TEMPONI, H.R.; Meléndez, G. V. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 313-18, 2011.

GRAHAM, K.; LOGAN, J. Using the Ottawa Model of Research use to implement a skin care program. **J Nurs Care Qual**, n. 19 v. 1 p. 18-24, 2004.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Disponível em: [HTTP://www.jcipatientsafety.org/](http://www.jcipatientsafety.org/). Acesso em 29 jun. 2011.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KLÜCK, M.; GUIMARÃES, J. R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C. A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n. 16, p. 27-32 Jul-Set. 2002.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. T.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 88-91, 2006.

LAAT, E. H.; PICKKERS, P.; SCHOONHOVEN, L.; VERBEEK AL, F. T.; VAN ACHTERBERG, T. Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients. **Crit Care Med.**, v. 35, p. 815-20, 2007.

LEAPE, L. L.; BERWICK, D. A. Five yars after “To Err is Human”: what have we learned? **JAMA**, v. 239, p. 2389-2390, 2005.

LISBOA C. R. *Risco para UP em idosos Institucionalizados*. Minas Gerais, 2010. 120 f. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG). 2010.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19 n. 3, Julho-Setembro, 2007.

LUCENA, A. F. *Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva*. São Paulo, 2006. 193 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2006.

LUCENA, A. F.; DE BARROS, A. L. B. L. Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 17, n. 3, p. 139-146, jul./sep. 2006.

LUCENA, A. F. et al. Risco para desenvolvimento da úlcera de pressão (UP), medido pela escala de Braden, incidência de UP, diagnósticos e cuidados de enfermagem. **Projeto de pesquisa aprovado em Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)- Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o protocolo nº 08-319. 2008.**

LUCENA, A. F.; SANTOS, C. T. Diagnósticos de enfermagem e Escala de Braden como instrumento preditor de risco. **Anais do XXII Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2010. 004 p.

LUCENA, A. F.; SANTOS, C. T.; PEREIRA, A. G. S.; ALMEIDA, M. A.; DIAS, V. L. M.; FRIEDRICH, M. A. Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.3, p. 523-30, May-Jun 2011.

LUCENA, A. F.; DE BARROS, A. L. B. L, SANTOS, C. T.; PEREIRA, A. G. S. Risco de integridade da pele prejudicada e intervenções de enfermagem em pacientes vulneráveis à úlcera por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Anais do NANDA-International Latin American Symposium**. São Paulo, 2011.

LYDER, C. Pressure Ulcer: Prevention and Management. What are known risk factors for pressure ulcers. **Annual Review of Nursing Research**, chapter 2, p. 35-62, 2002.

MAGNAN, M. A.; MAKLEBUST, J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 22, n. 2, p. 83-92, February 2009.

MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, L. C. R.; DRUZIAN, S.; CECÍLIO, L. C. O. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2010.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B.; Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009.

MENEGON, D. B.; BERCINI, R. R.; BRAMBILA, M. I.; SCOLA, M. L.; JANSEN, M. M.; TANAKA, R. Y. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, 2007.

MENEGON, D. B.; SANTOS, C. T.; PEREIRA, A. G. S.; HECKLER, S. Diagnósticos de enfermagem com base no sistema tegumentar. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F.

Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 259.

MOURA, G. M. S. S.; JUCHEM, B. C.; FALK, M. L. R.; MAGALHÃES, A. M. M.; SUZUKI, L. M. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) v. 30, n. 1, p. 136-140, mar. 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL [internet]. Washington (EUA). Disponível em: [http:// < www.npuap.org >](http://www.npuap.org). Acesso em 22 jun. 2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP. **Revista Estima**, v. 5, n. 3, p. 43-4, 2007.

NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 665-72, 2008.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciamento pela qualidade total na saúde.** Belo Horizonte: QFCO, 1996.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing diagnoses: definitions & classification 2009-2011.** Philadelphia: Wiley-Blackwell, 2009.

OLIVEIRA, I. G. O.; COSTA, M. L. M.; SPEZANI, R. S. Fatores de risco e o cuidado do enfermeiro na prevenção da úlcera por pressão. **Periódicos científicos dos profissionais de enfermagem- Brasil**. Editora Atlântica, v. 8, n. 5, p. 280-287, set/out. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde.** Genebra, 1981.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Disponível em: [<http://www.ona.org.br/>](http://www.ona.org.br/) Acesso em 29 mai. 2011.

PARANHOS W. Y.; SANTOS V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, nº especial, 1999.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RANGELI, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n.1, p.:70-77, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>. >

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência. **Acta Med Port.**, v. 19, p. 29-38, 2006.

RODRIGUES, R. A. P.; SCUDELLER, P. G.; PEDRAZZI, C.; SCHIAVETTO, F. V.; LANGE, C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de Idosos. **Acta Paul Enferm**, n. 21, v. 4, p. 643-8, 2008.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 474-480, jul/ago. 2005.

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 495-8, 2007.

SALES, M. C. M.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. **REME rev. min. enferm**, v. 14, n.4, p. 566-575, out.-dez. 2010.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciências e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 4, p. 935-944, 2007.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G.; CAMPANILI, T. C. G. F.; QUEIROZ, M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.1, p. 50-57, jan-fev 2011.

SILVA, E. W. N. L.; ARAÚJO, R.A.; OLIVEIRA, E.C.; FALCÃO, V. T. F. L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010.

SOUZA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Apropriação de concepções de Neuman e Braden na prevenção de úlceras de pressão. **Rev Enferm UERJ**, v. 12, p. 280-5, 2004.

SOUZA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 279-84, maio-jun. 2006.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 958-964, setembro-outubro 2007.

ANEXO A- Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição acerca da realização do projeto maior



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 08-319

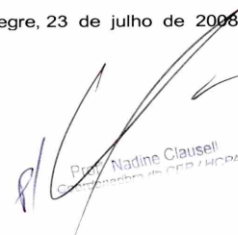
Pesquisadores:

AMALIA DE FATIMA LUCENA
MIRIAM DE ABREU ALMEIDA
DORIS BARATZ MENEGON
ROSSANA ROSA BERCINI
SUZANA FIORE SCAIN
VERA LUCIA MENDES DIAS
VANESSA KENNE LONGARAY
ISIS MARQUES SEVERO
LYLIAM MIDORI SUZUKI
ROGERIO DOMINGOS MARCOLINO
IVANA LINHARES COLISSE KERN
MARA REGINA FERRREIRA GOUVEA
CRISTIANE ATHANASIO KOLBE
MELINA ADRIANA FRIEDRICH

Título: RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO (UP), MEDIDO PELA ESCALA DE BRADEN, INCIDÊNCIA DE UP, DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 23 de julho de 2006.


Prof. Nadine Clauseff
Membro do CEP/HCPA

ANEXO B - Termo de compromisso para utilização de dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

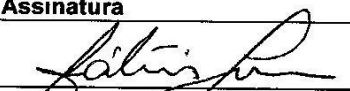
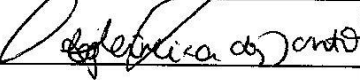
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p>ÚLCERA POR PRESSÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ___ de janeiro de 2011.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Amália de Fátima Lucena	
Cássia Teixeira dos Santos	

**ANEXO C- Carta de aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul
(COMPESQ/EEUFRGS)**



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto : 047/2010
Versão Mês: 12/2010

Pesquisadores: Cássia Teixeira dos Santos e Profa. Amália de Fátima Lucena

Título: ÚLCERA POR PRESSÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 27 de dezembro de 2010.

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

ESCOLA DE ENFERMAGEM UFRGS
COMISSÃO DE PESQUISA
27 DE DEZEMBRO DE 2010

ANEXO D- Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110010**Versão do Projeto:** 22/02/2011**Pesquisadores:**

CÁSSIA TEIXEIRA DOS SANTOS

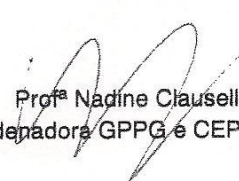
AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

Título: ÚLCERA POR PRESSÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 04 de março de 2011.



Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA