

Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa

Application of measures for preventing pressure ulcers by the nursing team before and after an education campaign

La aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión por parte del personal de enfermería antes y después de una campaña educativa

Elaine Olkoski¹
Gisela Maria Assis¹

1. Hospital de Clínicas da Universidade
Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade de uma campanha para prevenção de úlcera por pressão em um hospital de ensino de Curitiba. **Métodos:** Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa. Consistiu na avaliação de medidas preventivas aplicadas aos pacientes dos centros de terapia intensiva e semi-intensiva, por meio de avaliação leito a leito com checklist contendo as medidas recomendadas. **Resultados:** O aumento no percentual de adesão foi estatisticamente significativo para reposicionamento, angulação de lateralização e elevação de cabeceira e elevação de calcâneos. O setor que apresentou melhores índices de adesão foi o que teve a equipe mais envolvida nas discussões durante as atividades de capacitação. **Conclusão:** Houve efetividade da campanha para os itens melhor discutidos na capacitação. A efetividade deste tipo de abordagem é dependente da participação ativa da equipe na discussão de medidas a serem aplicadas e de recursos disponíveis. Faz-se necessária uma abordagem contínua e sistemática.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Enfermagem; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of a campaign to promote the pressure ulcer prevention in a teaching hospital in Curitiba. **Methods:** This is an exploratory and descriptive research using a quantitative approach, aimed at evaluating preventive measures applied to patients in intensive and semi-intensive care units, by means of the bed-to-bed evaluation with a check list containing the recommended measures. **Results:** The increase in the adherence percentage was statistically significant for repositioning, lateralization angle and elevation of the head and calcaneus elevation. The sector that showed better adherence rates was the one whose team was more involved in discussions during the training activities. **Conclusion:** There was effectiveness of the campaign for the better discussed items in the training. The effectiveness of this approach is dependent on the active staff participation in the discussion of measures to be applied and available resources. A continuous and systematic approach is needed.

Keywords: Ulcer; Nursing; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de una campaña para prevención de úlceras por presión en un hospital universitario de Curitiba. **Métodos:** Estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cuantitativo. Se consistió a partir de la evaluación de medidas preventivas aplicadas a pacientes en unidades de cuidados intensivos y semiintensivos, a través de la evaluación cama por cama, con verificación de las medidas recomendadas. **Resultados:** El aumento del porcentual de adhesión fue estadísticamente significativo para el reposicionamiento, angulación de lateralización y elevación de la cabeza y los calcáneos. El sector que ha demostrado las mejores tasas de adhesión era el que tenía un equipo más involucrado en las discusiones durante las actividades de capacitación. **Conclusión:** Hubo efectividad de la campaña para los temas mejor abordados. La efectividad de este enfoque depende de la participación activa del personal en la discusión de medidas aplicadas y recursos disponibles. Se necesita un enfoque continuo y sistemático.

Palabras clave: Úlcera por Presión; Enfermería; Educación en Salud.

Autor correspondente:
Elaine Olkoski.
E-mail: elaine_tholi@hotmail.com

Recebido em 31/05/2015.
Aprovado em 06/02/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160050

INTRODUÇÃO

A úlcera de pressão (UP) é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e um cisalhamento¹.

O desenvolvimento da UP causa danos significativos ao paciente, pois dificulta o processo de recuperação funcional, pode causar dor e levar ao desenvolvimento de graves infecções, assim como tem sido associado a internações prolongadas, sepse e mortalidade². Além desses prejuízos, a UP resulta em tratamento diferenciado, gerando custo elevado à instituição e aumento da carga de trabalho por parte da equipe de saúde³.

Publicações demonstraram prevalência de UP em hospitais americanos de 15%, e incidência de 7%⁴. Aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluem a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias a essa lesão, gerando custo estimado de 11 bilhões de dólares por ano². No Brasil, um estudo realizado em hospital geral universitário evidenciou 39,81% de incidência; já estudos em Unidade de Terapia Intensiva estimaram incidências de 10,62% a 62,5%⁵.

A fim de garantir a segurança dos pacientes em instituições de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançando protocolos de prevenção de incidentes - entre eles, as UP. Segundo o protocolo do MS, as principais medidas de prevenção são a avaliação dos pacientes em risco; o manejo do estado nutricional incluindo a hidratação, inspeção e avaliação diária da pele; o manejo da umidade e a redistribuição da pressão².

Devem ocorrer periodicamente e continuamente o desenvolvimento, a implantação e o acompanhamento de programas de educação permanente para profissionais envolvidos, pacientes e familiares, abordando medidas de prevenção, mecanismo de formação de lesões, fatores predisponentes, tratamento de lesões existentes, entre outros⁶.

Avaliando o conhecimento da equipe de enfermagem a cerca das medidas de prevenção para UP, resultados apresentaram como técnicas citadas: mudança de decúbito; hidratação da pele com óleo; colchão caixa de ovo; uso de coxins e massagem⁷. Outro estudo demonstrou o uso de luvas com água e a hidratação com óleo de girassol⁸. Observa-se que as equipes possuem algum conhecimento de práticas recomendadas, porém citam também condutas errôneas e ultrapassadas, evidenciando a necessidade de educação permanente com o intuito de incorporar novos conhecimentos, tecnologias e alternativas disponíveis para utilização em suas práticas. Concomitantemente devem ser ressaltadas a responsabilidade e a atuação de cada profissional frente ao cuidado relacionado à UP^{7,8}.

A respeito de protocolos de prevenção, autores observaram redução de incidência de UP de 41% para 23% em um serviço de unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital-escola da cidade de São Paulo, esta composta por 20 leitos. Demonstrou-se assim que esses protocolos são ferramentas fundamentais e de impacto na redução da incidência de úlcera por pressão, quando utilizados sistematicamente⁹.

Diante do exposto, considerando o desenvolvimento de UP durante a hospitalização como um importante indicador de qualidade da assistência prestada e a fim de capacitar a equipe de enfermagem e motivá-la para a aplicação das medidas recomendadas, a Comissão de Cuidados com a Pele do hospital do estudo realizou uma campanha contando com diversas atividades educativas. A pesquisa objetivou avaliar a efetividade desta forma de abordagem no que diz respeito à adesão da equipe às orientações trabalhadas.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, realizada em centros de terapia intensiva (CTI) e semi-intensiva (CTSI) de um hospital de ensino da cidade de Curitiba, onde a coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro e julho de 2014.

O estudo constituiu-se de avaliação de aplicação de medidas preventivas para UP anteriormente a uma campanha sistematizada para prevenção de tais lesões e uma nova avaliação após o término da campanha.

A amostra foi composta por todos os leitos ocupados nos dias de coleta de dados, sendo o CTI composto por 14 leitos e o CTSI por 15 leitos.

Para avaliação das medidas aplicadas foi desenvolvido um instrumento do tipo *checklist*, construído para este fim com base nas principais medidas recomendadas pela NPUAP/EPUAP e pelo MS, com algumas adequações necessárias pela realidade da instituição. As orientações referentes a tais medidas foram fornecidas verbalmente e por escrito para todas as equipes dessas unidades durante a campanha de prevenção.

As medidas preventivas avaliadas por meio do instrumento citado foram reposicionamento do paciente em até três horas, elevação de cabeceira com angulação menor de 45°, lateralização do paciente com angulação menor que 90°, elevação de calcâneos com apoio sob as panturrilhas, uso de travesseiro de espuma sob a cabeça, uso de colchão especial (ar estático ou dinâmico) orelhas livres de pressão no travesseiro ou cadarço de fixação de tubo orotraqueal (TOT), máscaras de oxigênio e fixação correta de cateteres e drenos.

Vale salientar que os setores estudados trabalham com todas as etapas do processo de enfermagem. O diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada conta com prescrições das medidas preventivas descritas anteriormente. No momento do estudo, o CTI contou com oito enfermeiros e 42 auxiliares ou técnicos em enfermagem, e o CTSI com oito enfermeiros e 37 auxiliares ou técnicos, estes divididos entre os turnos (manhã, tarde e três noites).

A avaliação foi realizada uma vez em cada turno de trabalho nos dois setores, nos períodos pré e pós-campanha. A pesquisadora entrava em cada box que estava ocupado, utilizava uma folha de *checklist* por box e assinalava para cada um dos itens *sim*, *não* ou *não se aplica*, observando, por exemplo, se o paciente estava em uso de travesseiros ou se a cabeceira estava elevada em um ângulo menor que 45°. Para avaliação da aplicação do reposicionamento, a pesquisadora assinalava

a posição inicial e três horas depois voltava ao box para verificar se esta havia sido alterada.

A campanha de prevenção de UP foi constituída de matéria sobre a problemática das UP e principais medidas preventivas no informativo interno do hospital com ampla distribuição; inserção da programação da campanha no informativo e reforço presencial do convite às equipes; abertura oficial da campanha e lançamento do material informativo; encontros científicos de duas horas denominado "Úlceras por Pressão: impacto e prevenção", repetidos em turnos distintos; exposição de banner ilustrado com medidas preventivas nos halls dos elevadores; capacitação *in loco* com distribuição, leitura e discussão de folder ilustrado com as medidas preventivas em todas as unidades assistenciais e turnos de trabalho; fixação de cartazes ilustrados com as medidas preventivas em todas as unidades assistenciais.

A avaliação de aplicação das medidas preventivas realizada anteriormente à campanha foi repetida depois de todas as equipes terem participado das atividades da campanha, mantendo-se a mesma sistemática de avaliação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (parecer: 32593914.9.0000.0096) e todos os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram devidamente seguidos.

Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel. Os resultados obtidos para cada variável foram descritos por frequências e percentuais. Para as comparações entre unidades e entre as avaliações pré e pós-campanha de prevenção, foi considerado o teste de Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística, sendo analisados com o programa IBM SPSS Statistics v.20.0.

RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, anteriormente à Campanha de Prevenção de Úlceras por Pressão, das 127 avaliações, 31,5% dos pacientes haviam sido reposicionados em um intervalo de três horas. Este percentual aumentou para 50,4% nas avaliações pós-campanha ($p = 0,002$).

Na avaliação de lateralização com angulação menor que 90°, foram avaliados os pacientes que se encontravam em decúbito

lateral no momento da avaliação (nº 23 pré, nº 31 pós). Destes, na avaliação pré-campanha, 56,5% dos pacientes estavam lateralizados adequadamente; na avaliação pós-campanha este percentual foi para 93,5% ($p = 0,001$).

Quanto à elevação da cabeceira menos que 45°, o percentual pré-campanha foi de 79,4% e 100% pós-campanha ($p < 0,001$). O percentual de elevação de calcâneos com apoio sob a panturrilha foi de 7,9% pré-campanha para 22,4% pós-campanha ($p = 0,001$).

Houve uma pequena elevação de percentual no uso de travesseiros e colchões especiais e uma pequena redução na proteção das orelhas, ambos sem significância estatística. A fixação de cateteres corretamente permaneceu inalterada, com baixo percentual de conformidade (27%).

A Tabela 2 representa a diferença entre o percentual de aplicação das medidas preventivas para UP antes e depois da campanha de prevenção, categorizadas pelos setores CTI e CTSI. É possível observar que o CTI apresentou aumento de percentual na aplicação de medidas preventivas em sete dos oito itens avaliados, sendo que destes, quatro apresentaram significância estatística, sendo eles reposicionamento, elevação de cabeceira com angulação menor que 45°, elevação de calcâneos e uso de travesseiro. Vale salientar que nos resultados gerais da campanha, sem divisão por serviço, o uso de travesseiro não apresentou elevação significativa de percentual.

Analisando ainda a Tabela 2, observa-se que o CTSI apresentou elevação de percentual em cinco dos oito itens avaliados, porém somente em dois itens os dados mostraram significância estatística, sendo lateralização com angulação menor que 90° e elevação de cabeceira menor que 45°. Percebe-se ainda que em alguns itens o serviço apresentou redução no percentual de aplicação da medida correta, sendo eles uso de travesseiro de espuma, orelhas livres de pressão no travesseiro ou cadaço de fixação do TOT e fixação correta de drenos e cateteres, destacando-se o último pelo valor de $p = 0,08$.

A Tabela 3, apresentada na sequência, demonstra os turnos de trabalho nos dois serviços avaliados, que apresentaram percentual de aumento ou redução na aplicação de medidas preventivas com significância estatística, mesmo quando avaliados isoladamente, desconsiderando contexto geral.

Tabela 1. Percentual geral de conformidade e valor de p para cada item avaliado no pré e no pós-campanha. Curitiba, 2015.

Item avaliado	Pré-campanha	Pós-campanha	Valor de p^*
Reposicionamento em até três horas	31,5%	50,4%	0,002
Lateralização com angulação menor que 90°	56,5%	93,5%	0,001
Elevação de cabeceira com angulação menor que 45°	79,4%	100%	0,001
Elevação de calcâneos com apoio sob as panturrilhas	7,9%	22,4%	0,001
Uso de travesseiros de espuma sob a cabeça	51,2%	56,5%	0,402
Orelhas livres de pressão	66,9%	57,6	1,127
Uso de colchões especiais (ar estático ou dinâmico)	14,2%	21,6%	0,124
Fixação adequada de cateteres e drenos	27,6%	27,2%	0,949

* Fonte: dados tabulados e analisados estatisticamente a partir do *checklist* aplicado.

Tabela 2. Diferença de percentual de conformidade e valor de $*p$ para cada item avaliado no pré e no pós-campanha no CTI e no CTSI. Curitiba, 2015.

Item avaliado	CTI	Valor de p $*p < 0,05$	CTSI	Valor de p $*p < 0,05$
Reposicionamento em até três horas	28,8%	0,001	8,6%	0,336
Lateralização com angulação menor que 90°	11,1%	0,290	42,1%	0,049
Elevação de cabeceira com angulação menor que 45°	33,3%	0,001	7,9%	0,027
Elevação de calcâneos com apoio sob as panturrilhas	18,3%	0,008	10,4%	0,072
Uso de travesseiros de espuma sob a cabeça	18,2%	0,014	-5,8%	0,352
Orelhas livres de pressão	- 4%	0,643	-14,7	0,086
Uso de colchões especiais (ar estático ou dinâmico)	12%	0,137	1,9%	0,649
Fixação adequada de cateteres e drenos	10,6%	0,142	-11,4%	0,185

* Fonte: dados tabulados e analisados estatisticamente a partir do *checklist* aplicado.

Tabela 3. Diferença no percentual de conformidade e valor de p ($*p < 0,05$) para cada item avaliado no pré e no pós-campanha no CTI e no CTSI nos turnos manhã, tarde e noites (1, 2 e 3). Curitiba, 2015.

Ítem avaliado	CTI			CTSI						
	M	T	N1	N2	N3	M	T	N1	N2	N3
Reposicionamento em até três horas			56% *0,03	44,10% *0,02						
Lateralização com angulação menor que 90°										
Elevação de cabeceira com angulação menor que 45°	50% *0,006	40% *0,01	30,80% *0,03		35,70% *0,02					
Elevação de calcâneos com apoio sob as panturrilhas	30,20% *0,07				38,50% *0,01					36,40% *0,01
Uso de travesseiros de espuma sob a cabeça		40,9% *0,03								
Orelhas livres de pressão	-37,1% *0,05						-37,1% *0,04			
Uso de colchões especiais (ar estático ou dinâmico)										
Fixação adequada de cateteres e drenos										

* Fonte: dados tabulados e analisados estatisticamente a partir do *checklist* aplicado.

Observa-se que, no CTI, duas equipes noturnas apresentaram melhora significativa no item reposicionamento; no item elevação de cabeceira menor que 45°, com exceção de uma equipe noturna, todas apresentaram aumento significativo no percentual de adesão. A equipe da manhã e uma equipe noturna obtiveram melhora de percentual para elevação de calcâneos. No uso de travesseiro de espuma sob a cabeça, a equipe da tarde apresentou significância no aumento de percentual. O último índice com significância na mudança de percentual para o CTI foi orelhas livres de pressão, com alteração negativa de adesão.

Quanto ao CTSI, apenas duas equipes obtiveram resultados com significância estatística: equipe noturna, com aumento de

percentual para elevação correta dos calcâneos; e a equipe da tarde, com redução de percentual para orelhas posicionadas sem pressão do travesseiro ou cadarço de TOT.

DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem tem grande responsabilidade na assistência direta e contínua na prevenção e tratamento da UP. Tendo em vista que, em sua maioria, as UP são evitáveis, devem ser instituídas políticas e medidas preventivas, uma vez que estas podem minimizar o sofrimento e os custos adicionais ao doente, à família e às instituições¹⁰. Cabe à enfermagem, por meio da utilização de seus conhecimentos específicos,

estabelecer metas, utilizar escalas preditivas de avaliação de risco e implantar medidas de prevenção e tratamento das UP, estabelecendo um processo avaliativo contínuo preservando assim a integridade da pele¹¹.

Como apresentado nos resultados, o aumento no percentual de adesão da equipe às medidas preventivas se apresentou significativo apenas em alguns dos itens avaliados. Em discussão posterior, observou-se que estes itens foram os mais debatidos com a equipe durante as atividades de capacitação, o que faz ser levantada a necessidade de sistemática e ênfase similar para todos os itens trabalhados em uma capacitação.

Estudo realizado em um hospital universitário objetivando descrever e analisar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem sobre a prevenção da UP demonstrou déficits de conhecimento referentes ao tema e também destacou algumas áreas que necessitam de maior enfoque nas atividades de educação permanente com os profissionais. Dentre elas, o uso de massagem, rodas e luvas d'água ou de ar; posicionamento do paciente quanto à elevação da cabeceira do leito; período de tempo para reposicionamento quando sentado e posicionamento em decúbito lateral¹².

Outra percepção com o desenvolvimento do estudo foi que houve uma participação mais ativa das equipes nas atividades de capacitação no setor que apresentou maior adesão às medidas preventivas, no sentido de discuti-las profundamente e propor estratégias de aplicação com base na prática assistencial e particularidades do serviço. Assim, percebeu-se que o envolvimento da equipe na atividade de capacitação proposta está associado a melhores índices de adesão a orientações dadas.

Ainda no âmbito de participação da equipe na prevenção de UP, autores citam que, por prestarem cuidados diretos aos pacientes e permanecerem ao seu lado nas 24 horas do dia, os profissionais de enfermagem têm se responsabilizado pela implementação de medidas preventivas e sistematizadas de cuidado⁹.

Quanto à adesão das equipes ao reposicionamento, pode-se observar um aumento estatístico significativo, tanto na análise geral quanto separadamente, no caso da CTI. O CTSI não apresentou aumento significativo no percentual de adesão de reposicionamento. Isto pode se justificar pelo perfil dos pacientes, pois, diferentemente do CTI, no CTSI alguns pacientes possuem autonomia para mobilização.

Em estudo realizado em um hospital de Minas Gerais, o reposicionamento dos pacientes foi citado por 100% da equipe avaliada como medida de prevenção para UP⁷. Observa-se, assim, que neste item o que falta não é o conhecimento a respeito de sua efetividade na prevenção das UP, e sim a sua aplicação por meio de protocolos sistematizados.

O tempo de intervalo utilizado neste estudo para o reposicionamento dos pacientes foi de três horas, com uma hora de tolerância em caso de intercorrência que impedisse o reposicionamento em duas horas. Enfatizou-se que a EPUAP e NPUAP recomenda que todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada duas horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de

pressão, com o objetivo de redistribuir a pressão e, consequentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP¹.

Na lateralização com angulação menor que 90°, observou-se que houve efetividade na adesão quando analisado globalmente, porém quando os setores foram analisados isoladamente, apenas o CTI apresentou significância na adesão. Esse fator pode se justificar, mais uma vez, pela independência de mobilidade que alguns pacientes do CTSI apresentam lateralizando-se espontaneamente a 90°.

Quanto à angulação de lateralização e elevação de cabeceira, autores afirmam que deve ser usando 30° na posição de semi-Fowler se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo). Deve-se evitar posturas que aumentem a pressão na posição de deitado de lado a 90°¹.

Ainda, estudos recomendam que se deve elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento. Reforçam que, se o paciente estiver sentado na cama, é importante não elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix. Ainda, autores explicam que, o cisalhamento acontece quando o cliente permanece imóvel na cama, enquanto as camadas da pele movimentam-se¹³.

De 15 profissionais de enfermagem avaliados em um estudo quanto ao conhecimento de medidas de prevenção, apenas um citou "elevar pouco a cabeceira, 30 graus" como uma das medidas, demonstrando que, diferente do reposicionamento, a angulação é um item ainda pouco conhecido e aplicado pelas equipes⁷.

O protocolo do MS 2013 faz um adendo quanto a essa medida preventiva expondo que, apesar de ocorrer a redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de pneumonia associada à ventilação (PAV)².

Diante do exposto, considerando as características dos pacientes internados nos locais de estudo, optou-se por orientar a elevação de cabeceira menor que 45° e não a 30°. O envolvimento da equipe na prevenção da PAV pode ter influenciado na adesão à redução de elevação de cabeceira.

Segundo o protocolo do MS, a preocupação principal na prevenção de UP deve estar voltada para a redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas em que o reposicionamento de pacientes em risco irá alternar ou aliviar a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão².

Quanto à elevação de calcâneos, verificou-se uma adesão significativa por parte da equipe de enfermagem, fator positivo quando comparado com estudos que demonstram a incidência de UP de calcâneo.

Estudo realizado em UTI de um hospital público mostrou uma incidência de úlcera por pressão calcânea de 32% em pacientes internados¹³.

O *Institute for Healthcare Improvement*¹⁴ e EPUAP e NPUAP¹ explicam que os dispositivos de prevenção de UP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão. Deve-se dar preferência para a utilização de uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas para elevar completamente os calcâneos e mantê-los flutuantes.

No que se refere aos índices inexpressivos de melhora no uso de colchões, travesseiros e fixação adequada do TOT, constatou-se que a adesão das medidas preventivas depende de recursos materiais disponíveis, visto que este fator pode ter influenciado diretamente nos resultados apresentados, pela falta de material adequado em quantidade suficiente no hospital de estudo.

Autores afirmam que o sucesso da prevenção da UP depende dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde sobre o assunto, principalmente dos membros da equipe de enfermagem 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 nos hospitais¹⁶.

Quanto ao uso de travesseiros, constatou-se que nas unidades onde foi realizado o estudo não havia quantidade disponível para todos os leitos do CTI e do CTSI, o que pode ter influenciado negativamente nos resultados encontrados.

O MS dispõe que é de grande importância o uso de travesseiros e coxins, pois podem expandir a superfície que suporta o peso quando utilizados de forma apropriada. São materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão².

Ainda reforça que, se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera. Neste caso, recomenda a utilização de superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas), pois redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos².

No que se refere ao uso de superfícies de suporte (colchões especiais), não foi observado aumento significância na adesão, o que mais uma vez se justifica pela limitação de recursos disponíveis.

EPUAP e NPUAP¹ afirmam que os colchões de espuma altamente específicos parecem ser mais eficazes na prevenção de úlceras de pressão que os colchões de espuma standard hospitalar. Ainda recomendam o uso de uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão quando não é possível o reposicionamento manual frequente, uma vez que estas podem variar as propriedades de distribuição da carga.

No item orelhas livres de pressão, foram avaliados todos os dispositivos que viessem causar algum tipo de pressão sobre as orelhas. Os mais observados foram cateter de oxigênio, cadarço de fixação para névoas e tubo endotraqueal. O percentual de adesão a tal medida preventiva não apresentou aumento expressivo que impactassem nos resultados globais por não existirem formas alternativas ou tecnologias disponíveis no serviço para fixação dos dispositivos citados.

Também não foi verificada significância na adesão da medida preventiva de fixação de drenos e cateteres, visto que, durante a pesquisa, foi levado em consideração se todos os dispositivos acoplados ao paciente, correspondentes a drenos e cateteres, estavam bem fixados (acesso venoso, cateter venoso central, cateter para a verificação de pressão arterial média, drenos, cateter vesical, etc.). Dentre esses, o problema mais observado foi a não fixação do cateter vesical de permanência na maioria dos pacientes, o que pode resultar em lesão por pressão no meato uretral ou no ângulo penoescrotal.

Muitos tipos diferentes de dispositivos médicos têm sido identificados como causadores de danos por pressão (cateteres, tubos de oxigênio, tubulação do ventilador, colares cervicais semirrígidos), enfatizando a importância de vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devidos a dispositivos médicos¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo demonstrou que uma campanha realizada para prevenção de lesões de pele (neste caso, UP) pode ser uma estratégia efetiva para estimular a equipe a aderir a medidas recomendadas.

Observou-se que todos os itens trabalhados em uma campanha precisam ser exaustivamente discutidos, os abordados com maior atenção durante as atividades de capacitação foram os que apresentaram os melhores resultados pós-campanha.

Ressalta-se a necessidade de participação ativa da equipe nas atividades de capacitação, já que o setor que teve sua equipe mais envolvida nas discussões durante as atividades de capacitação foi o que apresentou resultados mais expressivos de melhora na adesão às medidas.

A disponibilidade de recursos materiais necessários para prevenção de lesões deve ser considerada em abordagens de capacitação. A limitação de recursos pode ser um fator limitante para resultados expressivos e desmotivadores para a equipe, que pode ter seus pacientes lesionados apesar dos esforços.

Apesar de a campanha ter apresentado resultados estatisticamente expressivos, o percentual de não adesão às medidas recomendadas ainda é preocupante. Conclui-se que a campanha foi efetiva, mas apesar de contar com diversas atividades, não pode ser a única estratégia para envolver a equipe na prevenção de UP e na segurança do paciente. Fazem-se necessários uma abordagem contínua e sistemática, um monitoramento periódico a fim de reforçar as orientações já trabalhadas, o fornecimento de atualizações e o trabalho com foco no fator motivacional.

AGRADECIMENTOS

À Maria Luiza Segui, pelo apoio e dedicação durante a coordenação da área profissional de enfermagem da Residência Multiprofissional.

Aos professores, Oscar Kenji Nihei, Helder Ferreira, Marcos Augusto Moraes Arcoverde, Maria de Lourdes de Almeida e Marieta Fernandes Santos, por terem sido exemplo de competência e pela confiança em mim depositada durante e após o processo de graduação.

REFERÊNCIAS

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR), Anvisa, Fiocruz. Anexo 2: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília (DF): Ministério Da Saúde; 09/07/2013. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf Acesso em 20/03/2016
3. Bergquist-Beringer S, Gajewski B, Dunton N, Klaus S. The reliability of the national database of nursing quality indicators pressure ulcer indicator: a triangulation approach. *J Nurs Care Qual.* 2011 Oct-Dec;26(4):292-301.
4. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Knowledge on pressure ulcer prevention among nursing professionals. *Rev Latino am Enferm.* 2010;18(6):1203-11.
5. Moore ZEH, Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;2: 1-31.
6. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005 julho-agosto;13(4):474-80.
7. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev Eletr Enf* 2008;10(3):733-46.
8. Martins DA, Soares FFR. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. *Ver. Cogitare Enfermagem.* 2008 Jan/Mar;13(1):83-7.
9. Lise F, Silva LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 2007;29(2):85-9.
10. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012 mar-abr;20(2):07.
11. Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging.* 2010 Apr 1;27(4):311-25.
12. Lobosco FAA, Vasconcelos DDS, Almeida LMC, Feliciano DG. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. *Enfermeria Global,* 2008 Jun;13:1-15.
13. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010 nov-dez;18(6):10.
14. How-to Guide: Prevent Pressure Ulcers. Prevent pressure ulcers by reliably implementing the six components of care recommended in this guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em: <http://www.sageproducts.com/documents/pdf/education/guidelines/iad/HowtoGuidePreventPressureUlcers.pdf> Acesso em 20/03/2016.
15. American Medical Directors Association (AMDA). Pressure ulcers in the long-term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA). 2008.
16. Souza TS, Danski MTR, Johann DA, Lazzari LSM, Mingorance P. Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(4):345-52.