



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

Cilene Fernandes Soares

**ÚLCERA POR PRESSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMARIA: REFLEXÃO COM ENFERMEIROS SOBRE A
ESCALA DE BRADEN**

**Florianópolis/SC
2015**

Cilene Fernandes Soares

**ÚLCERA POR PRESSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMARIA: REFLEXÃO COM ENFERMEIROS SOBRE A
ESCALA DE BRADEN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann

Florianópolis/SC
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Soares, Cilene Fernandes.

S36u Úlcera por pressão no contexto da atenção primária: reflexão com enfermeiros sobre a Escala de Braden /, Cilene Fernandes Soares; Orientadora, Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann. - Florianópolis, SC, 2015.
174p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária a Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Escala de Braden. 5. Prevenção da Úlcera por Pressão. I. Heidemann, Ivonete Terezinha Schülter Buss. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

Cilene Fernandes Soares

**ÚLCERA POR PRESSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMARIA: REFLEXÃO COM ENFERMEIROS SOBRE A
ESCALA DE BRADEN**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 25 de fevereiro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - **Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Sociedade.**

Florianópolis, 25 de fevereiro de 2015.

Dr.^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann
Presidente

Dr.^a Eliane Regina Pereira do
Nascimento
Membro - UFSC

Dr.^a Astrid Eggert Boehs
Membro - UFSC

Dr.^a Juliana Balbinot Reis Girondi
Membro - UFSC

“A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem a teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Ao se aproximar do término desta caminhada, olho para traz e observo o germinar de uma flor, que a cada dia foi crescendo e se abrindo para o mundo do aprendizado e da pesquisa. Desta trajetória, fazendo uma reflexão sobre o meu eu aprendiz, enfermeira e ser humano, foi extraído o que há de melhor, resultando na transformação da mais pura essência da realidade profissional e pessoal.

O Mestrado em Enfermagem se configurou numa “porta” aberta de oportunidades e desafios, com respostas a perguntas, e despertando para novos questionamentos. Este admitiu ensinamentos, mas sobre tudo “aprender e aprender”, me tornando mais crítica e reflexiva sobre o “fazer”, vislumbrando novos caminhos, numa perspectiva da prática e em especial filosófica de produzir saúde.

Durante a caminhada investigativa, pessoas essenciais foram partes integrantes neste processo de plantar, crescer e florescer. Tais pessoas contribuíram para minha formação, com suas experiências, seus conhecimentos e sabedorias, tornando o aprendizado mais leve e agradável. Assim, são para estas pessoas que deixo o registro dos meus sinceros agradecimentos.

A professora Dr^a Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, muito mais que minha orientadora, mestre, exemplo de ser humano e profissional. Pesquisadora, ética, com paciência e entusiasmo acreditou no meu potencial enquanto orientanda, e de maneira bastante carinhosa e dedicada compartilhou dúvidas, angustias, e também muitas alegrias, me fazendo sentir privilegiada e acreditar que tudo daria certo.

A professora Dr^a Eliane Regina Pereira Nascimento, por me escutar muitas e muitas vezes no corredores sem fim da UFSC, e me ajudar a elucidar e simplificar o caminho metodológico no entendimento das rigorosas etapas da PCA.

A professora Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa por suas encantadas palavras de incentivo, me fazendo a cada passo continuar a rígida caminhada.

A professora Dr^a Juliana Balbinot Reis Girondi, minha amiga e fonte inspiradora. Agradeço-te por um dia, antes mesmo da seleção do mestrado, acreditar na minha proposta de estudo e dedicar o seu tempo, compartilhando comigo conhecimentos e experiência enquanto

pesquisadora. Você é a minha “guru” de todas as horas.

As professoras Dr^a Eliane Regina Pereira Nascimento, Dr^a Astrid Eggert Boehs, Juliana Balbinot Reis Gironi e Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, membros da minha banca, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento e elaboração final deste trabalho. Agradeço também a Dda Cláudia Cossentino Bruck Marçal, colega do grupo de pesquisa, por aceitar o desafio como membro da banca em formação, trazendo reflexões e questões metodológicas importantes acerca do trabalho desenvolvido.

A todos os meus colegas do NEPEPS que de alguma forma se fizeram presentes nesta minha jornada, meu agradecimento, pelos momentos compartilhados de crescimento e aprimoramento das etapas investigativas.

Agradeço, as minhas queridas amigas do Grupo de Apoio as Pessoas Ostomizadas (GAO), pelas ocasiões de lamentos, inseguranças, e também pelos divertidíssimos momentos de alegria, que me ofertaram com porções de ânimo para continuar caminhando.

A família Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e família Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, famílias que me ensinam diariamente na prática o sentido do que é ser enfermeira.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina que embora conhecessem pouco do trabalho, estiveram sempre disponíveis e interessados em me ouvir, me incentivando e apoiando.

Aos enfermeiros participantes, por aceitarem e acolherem a proposta com muita responsabilidade, disponibilidade, curiosidade e por tornar viável este estudo. Sem vocês este não seria possível.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Jr., Diretora do Distrito Sanitário Continente Stella Maris Pfitzenreuter e Supervisora de Atenção Primária do Distrito Sanitário Continente Milene de Brida, e Gerente de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis Elizimara Ferreira Siqueira, agradeço a confiança em mim depositada, em especial por acreditarem que seria uma proposta viável para a prática da Enfermagem na rede de Atenção Primária a Saúde, e colaboração para missão da empresa.

A minha irmã do coração, Missouri Paixão, pelo apoio incondicional, a qualquer tempo, hora e lugar.

Ainda neste momento faço agradecimento, a pessoas especiais, não por estarem de alguma forma presente na minha vida, mas por

simplesmente fazerem parte do meu ser.

Minha mãe Sandra, minha avó/mãe Maria Rosa (Dinha), meus sogros Petita e Valmor (todos in memória), ainda em missão nesta vida, mesmo sem se darem conta, me deixaram ensinamentos que me fortalecem a cada dia nos caminhos desta existência. Hoje num plano espiritual, eu os dedico esta conquista.

A minha grande FAMÍLIA, pai e irmãos, cunhados e cunhadas, cada um dentro de um espaço muito especial e particular em meu coração, somos “um por todos e todos por um”, vocês são o meu núcleo, a minha linha de orientação. Obrigada por compreenderem e acolherem a mim com meu fiel e inseparável escudeiro “o computador”, em todos os momentos destes dois últimos anos em que estivemos juntos.

Aos meus filhos amados, Wallace Soares, Larissa Soares e João Vitor Soares, razão do meu existir, da minha força e coragem pela busca de vitórias. Agradeço a cada um o amor, e a compreensão pelas muitas das minhas ausências.

Ao grande amor da minha vida Claudinei Soares, companheiro, amigo, eterno amor. Obrigada pela paciência, pelo incentivo, por dispender além de forças e energias, efetivamente participar no momento da coleta de dados com as filmagens, colaborar na organização do espaço da pesquisa, disponibilizar o computador. Obrigada pela torcida motivação e por acreditar que, apesar dos obstáculos, eu conseguiria atingir este objetivo. Você é o meu porto seguro.

À Deus por sua infinita bondade, por sua intercessão, ter me ofertado luz e direção para trilhar este caminho, me permitindo chegar até o final desta etapa, com todos os obstáculos e desafios.

SOARES, Cilene Fernandes. **Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária**: reflexão com enfermeiros sobre a escala de Braden, 2015. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem

RESUMO

O presente estudo objetivou formular coletivamente com os enfermeiros da equipe de Saúde da Família ações que busquem prevenir a úlcera por pressão, pautado na escala de Braden, e promover a saúde das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no contexto da Atenção Primária. Estudo qualitativo que contou, como abordagem de investigação, com a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Como alicerce, utilizou o referencial teórico da Política Nacional de Promoção da Saúde e diretrizes para prevenção da úlcera por pressão da *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*. A pesquisa ocorreu em um Distrito Sanitário num município do Sul do Brasil, no mês de julho a agosto de 2014, com a participação de aproximadamente 20 enfermeiros. O estudo atendeu os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer n. 711.385 em 07 de julho de 2014. Os dados foram obtidos em duas etapas, a primeira com entrevista que ocorreu para obter elementos que subsidiaram o planejamento das fases subsequentes, e obtenção do perfil sociodemográfico dos participantes. E a segunda etapa, pela prática educativa, através de três oficinas temáticas intituladas como tema central, Diga não a Úlcera por Pressão. A análise dos dados constituiu-se de quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os resultados foram apresentados em dois manuscritos. O primeiro contempla a construção e reconstrução do conhecimento dos enfermeiros sobre úlcera por pressão, trazendo a necessidade de realização de capacitações contínuas, com início na formação acadêmica. O segundo manuscrito apresenta a percepção dos enfermeiros quanto aplicabilidade da escala de Braden na prática e desvela quais ações de prevenção e promoção da saúde, podem ser adotadas, para evitar a úlcera por pressão. Aponta que avaliar adequadamente, traçar um plano de cuidados evitando o agravo, e neste contexto, almejar práticas que promovam saúde, traduzem possibilidades criativas versus desafios, com um novo paradigma. A prática educativa permitiu a construção coletiva do novo saber, inovando e renovando a qualificação do cuidado preventivo e de promoção. Conclui-se que, é fundamental investir na

instrumentalização dos profissionais a partir de recursos educativos e tecnológicos. Embora a temática úlcera por pressão seja ampla, esta pesquisa trouxe questões importantes como possíveis benefícios para as pessoas susceptíveis a desenvolver o agravo, pelo aumento da possibilidade de evitá-lo, e melhoria da qualidade de vida dos envolvidos. Espera-se que este estudo possa contribuir para outras realidades, no ensino, bem como impulsionar o desenvolvimento de novas pesquisas, implicando em avanços da prática assistencial e científica da Enfermagem.

Palavras Chaves: Enfermagem. Atenção Primária a Saúde. Promoção da Saúde. Escala de Braden. Prevenção da Úlcera por Pressão.

ABSTRACT

The present research aims to develop, together with the nurses of the “Saúde da Família” staff, ways to prevent the pressure ulcer based on the Braden scale, and to provide health to the people that have physical activity or mobility limitations in the Primary Care. This is a qualitative study, which was made through an investigative approach using the Convergent Care Research (CCR). It used the theoretical reference of the National Health Promotion Policy and guidelines for the pressure ulcer prevention of the European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. The research was made in a Sanitary District in a town in the South of Brazil, from July to August of 2014, which about 20 nurses participated. The study respected the ethical principles about humans search and it was approved by the Research Ethics Committee at the “Univesidade Federal de Santa Catarina”, according to the legal opinion n. 711.385 in July 07, 2014. The data was collected in two steps; the first one was an interview to find the elements that could support the next phases, and to get the sociodemographic profile of the participants. The second step was an educational practice, through three workshops titled as “Say no the Pressure Ulcer”, in a general theme. The data analysis was made in four steps: apprehension, synthesis, theorization and transference. The results were shown in two manuscripts. The first one is about the nurses’ knowledge construction and reconstruction about the pressure ulcer, which showed the necessity of continuing qualification starting at the college degree. The second manuscript shows the nurses’ perception about the practical applicability of the Braden scale, and exposes the prevention and health promotion actions that can be taken in order to avoid the pressure ulcer. It shows that evaluating properly, having a care plan to avoid harm, and intending to take attitudes to improve health, bring creative possibilities versus challenges, having a new paradigm. The educational practice enabled the collective construction of the new knowledge, innovating and renewing the qualification of the preventive and promotional care. It was concluded that it is fundamental to invest on the instrumentalization of the professionals through educational and technological resources. Although the pressure ulcer thematic is wide, this research brings important issues as possible benefits for the people who have chances to develop harm, as the increasing chances of avoiding it, and the improvement of life quality for whom is involved on that. This study intends to contribute to other realities, on the education, as to push the development for other researches, resulting on the advance of the assistencial and scientific practice of the Nursing.

Keywords: Nursing. Primary Health Care. Health Promotion. Braden Scale. Prevention of Pressure Ulcers.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo formular acciones de manera colectiva con enfermeros del equipo de Salud de la Familia que busquen prevenir la úlcera por presión padecida en la escala de Braden, y promover la salud de personas con restricción de movilidad y actividad física en el contexto de la Atención Primaria. Se trata de un estudio cualitativo con foco en Pesquisa Convergente Asistencial (PCA). El marco teórico está basado en la Política Nacional de la Promoción de la Salud y directrices para la prevención de la úlcera por presión de la *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel*. La recolección de datos ocurrió en un Distrito Sanitario de una ciudad del Sur de Brasil entre los meses de julio a agosto de 2014 con la participación de aproximadamente 20 enfermeros. El estudio cumple con los preceptos éticos de investigación con seres humanos y lo aprobó el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal de Santa Catarina bajo el parecer n. 711.385 en 07 de julio de 2014. Los datos se obtuvieron en dos etapas: la primera a partir de entrevista para conocer los elementos que subsidiaron la planificación de fases subsiguientes y obtención del perfil sociodemográfico de los participantes; la segunda etapa por la práctica educativa a través de tres talleres temáticos intitulados como tema central Diga no a la Úlcera por Presión. El análisis de los datos se constituyó de cuatro etapas: apreensión, síntesis, teorización y transferencia. Los resultados se presentaron en dos manuscritos: (i) el primero contempla la construcción y reconstrucción del conocimiento de los enfermeros sobre la úlcera por presión, que trajo la necesidad de realización de cursos de formación continuada con inicio en la formación académica; (ii) el segundo presenta la percepción de los enfermeros cuanto a la aplicación de la escala de Braden en la práctica y desvela cuáles acciones de prevención y promoción de la salud se puede utilizar con el objetivo de evitar la úlcera por presión. Asimismo apunta que evaluar adecuadamente y trazar un plan de cuidados evitando el agravio y, en este contexto, anhelar prácticas que promuevan la salud, culminan en posibilidades creativas en un nuevo paradigma. La práctica educativa permitió la construcción colectiva del nuevo saber, innovando y renovando la calificación del cuidado preventivo y de promoción. Se concluyó que es fundamental invertir en la instrumentalización de los profesionales a partir de recursos educativos y tecnológicos. Aunque la temática sobre la úlcera por presión sea amplia, esta investigación ha aportado cuestiones importantes como posibles beneficios para personas susceptibles a desarrollar el agravio, por el aumento de la posibilidad de evitarlo y mejoría de la calidad de vida de los participantes. Se espera que este estudio contribuya para otros contextos, así como para impulsar el desarrollo de nuevas investigaciones, implicando en avances de la práctica

asistencial y científica de la Enfermería.

Palabras Clave: Enfermería. Atención Primaria a Salud. Promoción de la Salud. Escala de Braden. Prevención de la Úlcera por Presión.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama geral representativo das atividades e estratégias desenvolvidas..... 74

Figura 2: Esquema teórico sobre a UPP..... 84

ARTIGO 1:

Figura 3: Desvelamento dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento da UPP – Florianópolis, 2014. 98

LISTA DE QUADROS E TABELAS

ARTIGO 1

Quadro 1 – Compreensão dos grupos dos enfermeiros quanto ao conceito da UPP na oficina – Florianópolis, 2014. 94

Quadro 2 – Conhecimento dos grupos dos enfermeiros quanto à classificação da UPP – Florianópolis, 2014. 95

Quadro 3 – Distribuição das práticas de promoção da saúde e medidas de prevenção da UPP no contexto da APS – Florianópolis, 2014..... 114

Tabela 1. Características sócio demográfica dos participantes da pesquisa. Florianópolis, 2014. 71

ARTIGO 1

Tabela 2. Características sócio demográfica dos participantes da pesquisa. Florianópolis, 2014. 111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agentes Comunitárias de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
DC	- Diário de Campo
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
DSC	- Distrito Sanitário Continente
EPUAP/NPUAP	- <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
eSF	- equipe de Saúde da Família
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
IBECS	- Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	- Instituto Nacional de Câncer
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	- Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NIC	- <i>Nursing Interventions Classification</i>
NICE	- <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PCA	- Pesquisa Convergente Assistencial
PICs	- Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
RAAC	- Relatório Atendimento Atividade Coletiva
RAAI	- Relatório Atendimento Atividade Individual
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPP	- Úlcera por Pressão
VD	- Visita Domiciliar
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DA LITERATURA	33
2.1 Úlcera por Pressão: SOB OLHAR DA LITERATURA	34
2.1.1 Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária a Saúde.....	36
2.1.2 Úlcera por Pressão e avaliação da pessoa a partir da escala preditiva de Braden.....	40
2.1.3 Promoção da Saúde e Prevenção da Úlcera por Pressão	45
3 REFERENCIAL TEÓRICO	51
3.1 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	51
3.2 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A ÚLCERA POR PRESSÃO	55
3.2.1 Recomendações Internacionais da Prevenção da Úlcera por Pressão.....	56
3.3 PRESSUPOSTOS	58
3.4 MARCO CONCEITUAL.....	59
3.4.1 Conceitos Inter-relacionados.....	59
4 METODOLOGIA	67
4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	67
4.1.1 Etapas da pesquisa convergente-assistencial.....	68
4.1.1.1 Fase de concepção	68
4.1.1.2 Fase de instrumentação.....	68
4.1.1.3 Fase de perscrutação	73
4.2 REGISTROS DOS DADOS	81
4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	82
4.3.1 Fase de análise.....	82
4.3.1.1 Processo de Apreensão.....	82
4.3.2 Fase de Interpretação.....	83
4.3.2.1 Processo de Síntese	83
4.3.2.2 Processo de Teorização	83

4.3.2.3 Processo de Transferência.....	85
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	85
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
5.1 ARTIGO - ÚLCERA POR PRESSÃO: A CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	88
5.2 ARTIGO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DESENVOLVIDA POR ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICES	145
Apêndice A: Instrumento de coleta de dados	147
Apêndice B: Proposta Oficina I	148
Apêndice C: Painel fatores de risco para UPP elencados pelos participantes	152
Apêndice D: Painel das ações de prevenção da UPP e promoção da saúde, elaboradas pelos participantes.....	153
Apêndice E: Casos Clínicos Fictícios	154
Apêndice F: Instrumento de Coleta de Dados: Devolutiva das Oficinas – profissional	158
Apêndice G: Síntese Oficina I: consolidação da codificação	159
Apêndice H: Termo de consentimento livre e esclarecido – profissional.....	162
ANEXOS.....	165
Anexo A: Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão.....	167
Anexo B: Parecer da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	170
Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (UFSC).....	171

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão que tem na sua essência o cuidado, e atua com competência para a promoção da saúde do ser humano.

Nesta perspectiva destaca-se como importante os cuidados com a pele, onde a atenção adequada para esta face, aliada a boas práticas de prevenção e promoção da saúde, pode resultar num menor índice de desenvolvimento da Úlcera por Pressão (UPP).

A European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009, p.7), conceituam UPP como “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 forças de torção”.

Para Freitas (2011), o aparecimento da UPP ocorre por dois agentes determinantes e entendidos como críticos: a intensidade e a duração da pressão. No entanto, ainda devem ser considerados os fatores extrínsecos e intrínsecos como a fricção, cisalhamento, umidade, redução e/ou perda da sensibilidade, perda da força muscular e imobilidade.

Bergstron, Braden, Laguzza, Holan, pesquisadoras do tema, em 1987, referiram que a intensidade e a duração da pressão se relacionam diretamente com a condição que a pessoa apresenta em relação à mobilidade, atividade física e percepção sensorial. A atividade física é traduzida como a capacidade que a pessoa tem de sair ou manter-se confinado ao leito e cadeira, e a mobilidade física se configura na capacidade de mudar e controlar a posição do corpo, sendo estas pessoas susceptíveis a desenvolver a UPP.

Segundo Costa (2010, p.3) e Rocha, Miranda e Andrade (2006), as UPP representam um problema de saúde pública, e são importantes causas de morbimortalidade, resultando em prejuízo da qualidade de vida das pessoas, assim como de seus cuidadores, constituindo uma insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde.

No Brasil, embora relevante para o processo de cuidar, Borges e Fernandes (2012), afirmam que a prática de notificação do agravo, assim como a taxa de ocorrência ainda são inexpressivas, refletindo uma realidade desconhecida em relação ao número real de pacientes.

No entanto, um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA – Rio de Janeiro em 2009, com o objetivo de definir e validar um conjunto de indicadores, apresenta o perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento naquela instituição, e em relação a UPP aponta a incidência anual de 2% em nível ambulatorial, 11% em situação de assistência domiciliar e 26% em internação hospitalar (BRASIL, 2009).

Desta forma é certo afirmar que a UPP acomete pessoas em situação frágil de saúde, e conceitualmente fica entendido que quanto maior o grau de comprometimento, ou seja, de restrição da atividade e mobilidade física, mais susceptível ela estará para desenvolver a lesão, seja no ambiente hospitalar ou no domicílio.

Mesmo considerada grave, a Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção das UPP como um direito universal, em outubro de 2011, considerou que é possível evitá-la em pelo menos 95% dos casos, e que para enfrentar o problema deve-se avançar no desenvolvimento dos cuidados, centrando esforços na investigação, em inovações, assim como na formação das pessoas (SOCIEDADE IBEROAMERICANA ULCERAS E FERIDAS, 2011).

É sabido que o cuidado voltado para prevenção, promoção, tratamento e reabilitação é intrínseco ao profissional enfermeiro tanto da área hospitalar quanto na Atenção Primária.

Em se tratando da Atenção Primária a Saúde (APS) esta se configura num conjunto de ações integrais de saúde individuais e coletivas, que compreende entre outras, a promoção da saúde, a autonomia nos determinantes das condições do processo de viver saudável, devendo ser desenvolvida com capilaridade, de maneira descentralizada e mais próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2012).

Consolidada e devidamente qualificada como modelo de atenção, bem como centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) se caracteriza como a porta de entrada de um sistema integrado, hierarquizado, regionalizado com ações transversais de saúde.

Considerando sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da ESF se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento dos diversos problemas de saúde. Dentre estes está à ocorrência da UPP no domicílio, a complexidade relacionada ao agravo e a multicausalidade do problema envolvendo as pessoas com restrição de mobilidade e atividade física.

No SUS, entre suas premissas, está a exigência dos profissionais da equipe da ESF para uma reflexão da prática realizada, consolidada

em base científica, de tal forma que se justifiquem as ações adotadas na prevenção e promoção da saúde para evitar o agravamento. Soma-se ainda, o compromisso de otimizar recursos e oferecer qualidade na assistência, a partir de um olhar acolhedor, humanizado, numa postura pró-ativa.

No âmbito da APS, as pessoas que podem desenvolver a UPP estão inseridas nos domicílios sob o cuidado terapêutico dos profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) e dos próprios familiares.

O Ministério da Saúde define eSF como, uma equipe multidisciplinar, dirigida às populações de territórios definidos, que busca identificar e atender as necessidades da população adscrita, entre outras, no desenvolvimento de habilidades pessoais, exercendo maior controle sobre sua própria saúde, com ações realizadas no próprio serviço, no domicílio, ou em qualquer espaço social. (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o profissional enfermeiro como membro da eSF deve buscar estratégia de prevenção e promoção da saúde que vise diminuir e/ou evitar o desenvolvimento da UPP, de maneira participativa, contribuindo de forma positiva na qualidade de vida destas pessoas e seus familiares.

A Promoção da Saúde é entendida como “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 2009, p.1).

Para Silva e Santos (2010), a responsabilidade pela promoção da saúde é compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos e instituições que prestam serviços de saúde, governos e profissionais da saúde de todas as áreas, sendo crescente a participação dos enfermeiros nestas atividades.

Em se tratando da prevenção da UPP e de promover a saúde da pessoa com restrição de atividade e mobilidade física no domicílio, o enfermeiro da eSF dentro da sua autonomia profissional tem papel fundamental, e precisa se imbuir de conhecimentos para assistir com melhores práticas de cuidado, em especial de promoção da saúde, propiciando aos envolvidos, pessoas e familiares, que se tornem protagonistas neste processo.

Durand e Heidemann (2013), afirmam que a promoção da saúde é um campo que vem tomando espaço de destaque numa percepção alinhada como estratégia de saúde e qualidade de vida, em que a comunidade assume atribuições como agente de sua recuperação a partir de uma postura crítica e reflexiva de seus problemas.

Atualmente falar em UPP tem remetido a esforços para o

estabelecimento de diretrizes que norteiem a prática visando a prevenção, redução do agravo, e desta maneira contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.

Czeresnia (2003a), conceitualmente diferencia a promoção da saúde e a prevenção, onde a primeira está relacionada, entre outras, com a condição de vida, transformação do comportamento, fortalecimento da autonomia e o reforço de políticas públicas. Já a segunda está diretamente vinculada à redução do risco de doenças e ou agravo específico, inferindo a causalidade, com avaliação da probabilidade da ocorrência do evento expostos a determinados fatores, sendo limitado em suas ações, por não permitir a integralidade do fenômeno, neste estudo representado pela UPP.

É relevante destacar, conforme trazido por Czeresnia (2003a), na prática do setor saúde os conceitos não se distinguem claramente, os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica, de recomendações e de mudanças de hábitos, não diferentes dos de promoção da saúde que se amparam nos conceitos clássicos da produção do conhecimento específico em saúde a partir das doenças, transmissão e risco, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo.

Desta forma ambos trilham os mesmos caminhos, e conforme cita a autora, “O desafio é poder transitar entre razão e intuição, sabendo relativizar sem desconsiderar a importância do conhecimento, alargando a possibilidade de resolver problemas concretos”. (CZERESNIA, 2003a, p.5).

Chayamiti e Caliri (2010), afirmam que para evitar o aparecimento da UPP em qualquer contexto de assistência requer uma abordagem sistemática, iniciada com a avaliação da pessoa, e prosseguindo com medidas próprias.

Para tanto se faz necessário lançar mão de instrumentos que direcionem de maneira segura na evidência do desenvolvimento ou não da UPP, subsidiando para ações específicas de prevenção e promoção da saúde, de modo a evitar o aparecimento desse agravo e refletir positivamente na qualidade de vida.

Tal prática se fundamenta na European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009), que traz como recomendação, utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação de pessoas a fim de identificar o risco de desenvolverem úlceras por pressão.

Neste contexto o uso de uma escala preditiva tem apresentado relevância para minimizar sofrimentos, melhorar a qualidade de vida,

bem como reduzir gastos desnecessários com o tratamento de feridas.

Atualmente existem vários instrumentos de avaliação disponíveis no domínio internacional, mas a escala preditiva de Braden é a que vem apresentando altas taxas de sensibilidade e especificidades no Brasil, por isso a sua utilização tornou-se apropriada no país (BORGES; FERNANDES, 2012).

O uso da escala de Braden por um profissional devidamente capacitado é uma importante ferramenta, pois torna-se possível avaliar a pessoa e identificar, a partir das sub-escalas, a condição quanto percepção sensorial, grau de atividade e mobilidade física, umidade da pele, comprometimento nutricional, exposição à força de fricção e cisalhamento.

No cuidar em Enfermagem, este instrumento equivale a uma sistematização do atendimento à pessoa, pois além da avaliação, propicia um diagnóstico da situação, instrumentalizando o profissional na intervenção de Enfermagem e possível avaliação posterior dos resultados e do cuidado implementado.

A falta de avaliação sistematizada no desenvolvimento da UPP, assim como, um plano de cuidados de Enfermagem, voltado a prevenir e promover a saúde de modo a evitar o aparecimento deste agravo em pessoas no domicílio é ratificada por Chayamiti e Caliri (2010), quando afirmam que existe uma lacuna de conhecimentos na área.

Neste sentido uma pesquisa sobre a UPP conclui que a literatura brasileira tem produzido poucas pesquisas voltadas para a discussão do tratamento e prevenção da UPP (SILVA et al., 2011). Isto expressa à importância de cada vez mais se realizar pesquisas neste campo.

O tema ocupa lugar de destaque ainda, quando se adquire maiores conhecimentos sobre a UPP, seus efeitos deletérios e desencadeantes de internações hospitalares, mas em especial a possibilidade de evitar o desenvolvimento destas lesões a partir de práticas de prevenção e promoção da saúde.

Ressalta-se também a contribuição para o profissional e para a instituição estudada elevando o grau de conhecimento científico. Além disso, aumentar a possibilidade de um cuidado inovador com expectativa de mudança podendo levar, entre outros benefícios para pacientes e profissionais, uma significativa redução nos custos para saúde pública na Atenção Primária e demais níveis de complexidade.

Langemo; Anderson e Volden (2002), afirmam que a UPP é um problema que afeta 23% das pessoas em situação de acamadas no domicílio. Em resumo, a pessoa que se apresenta susceptível a desenvolver a lesão no domicílio, a menos que se adote medidas que

possam promover sua saúde e prevenir o agravo, é uma forte candidata a desenvolver UPP.

Salienta-se ainda que, se existe a ocorrência do desenvolvimento desta lesão em meio domiciliar, é um indicativo da necessidade de um olhar diferenciado e, sobretudo que algo precisa ser mudado no campo da prática no contexto da Atenção Primária.

Nesta linha de pensamento a promoção da saúde, respeitando a especificidade de cada caso, contribui para a melhora da qualidade de vida a este segmento da população. Entre as ações estão, acesso a informação e estímulo às habilidades individuais que propicie o desenvolvimento das potencialidades. Contempla também, o incentivo a um ambiente favorável com adaptações que possibilite a movimentação ativa ou passiva, com suprimento de ajudas técnicas considerando as potencialidades e fragilidades da pessoa e família.

O interesse em pesquisar sobre o tema ocorreu a partir da percepção obtida ao longo dos anos da prática assistencial na eSF e na alta complexidade.

No ambiente hospitalar, como enfermeira assistencial de um hospital de ensino, realizava cuidados a pacientes com a lesão adquirida durante a internação, mas não raro também a ocorrência dos que já internavam com o agravo estabelecido, sendo este muitas vezes o motivo da hospitalização. No âmbito da Atenção Primária também o cuidado de Enfermagem era destinado ao tratamento da lesão. Em discussão com enfermeiros em fóruns e reuniões técnicas percebia-se interrogações e anseios relacionados ao tema, e não existia uma política que incentivasse a prática da prevenção e a promoção da saúde para evitar o desenvolvimento da UPP.

Como Estomaterapeuta e estudiosa da área, percebia que este problema perpassava os diferentes níveis de complexidade, especialmente em nível domiciliar, e que deveria ter uma atuação mais efetiva das equipes da ESF.

A partir destas inquietações e a oportunidade de realizar este estudo, foi possível compreender, que poderia-se pesquisar, mas também assistir, e buscar ações que pudessem diminuir a incidência de UPP.

A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), dentro da sua proposta metodológica, atendia a esta expectativa, como apontada por Trentini e Paim (2004) quando afirmam que, a sua principal característica é a articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial, onde em conexão busca alternativas de melhoria direta no contexto estudado.

Na busca por atender as inquietações, a necessidade de pesquisar e assistir, este estudo foi realizado a partir da proposta metodológica da PCA que visou responder a seguinte questão: como os enfermeiros da eSF avaliam o risco de desenvolver UPP nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio, e quais as ações de prevenção e promoção da saúde são adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da lesão?

Para responder a questão de pesquisa foi traçado o seguinte objetivo geral: Formular coletivamente com os enfermeiros da eSF ações que busquem promover a saúde das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física a fim de evitar o desenvolvimento da UPP, pautado na avaliação da escala de Braden.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para sustentar a proposta desta pesquisa, buscou-se pautar em referências sobre o tema. Para tanto, foi realizada uma Revisão Narrativa, através do levantamento nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) a partir dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Enfermagem (Nursing, Enfermería), Úlcera por Pressão (Pressure Ulcer, Úlcera por Presión), Atenção Primária a Saúde (Primary Health Care, Atención Primaria de Salud), Promoção da Saúde (Health Promotion, Promoción de la Salud) e das palavras-chave Escala de Braden (Braden Scale, Escala de Braden) e Prevenção da Úlcera por Pressão (Prevention of Pressure Úlcer , Prevención de Úlceras por Presión).

Também foram utilizados livros, periódicos, além de documentos legais como, leis, relatórios, guias e cadernos de orientação. Nesta primeira busca, considerando os descritores, levantou-se mais de 160 mil artigos, onde foi realizado filtro por texto completo, ano de publicação, entre 2008 e 2013.

Esta revisão alcançou uma seleção de 331 artigos. Após leitura e análise efetiva do resumo, alguns artigos também não foram selecionados por não apresentarem em seu conteúdo, os resultados e ideias afins com o tema UPP, ou seja, sendo citados somente aqueles em total consonância com o escopo deste estudo.

As referências encontradas neste texto com anos anteriores a 2008 foram consideradas pela autora como essenciais na produção do conhecimento sobre o tema em questão e mantidas para sustentação. Cabe salientar que esta busca não caracteriza uma pesquisa integrativa, mas uma revisão para instrumentalização da pesquisadora propiciando um arcabouço teórico para discussão acerca do tema conforme veremos a seguir.

2.1 ÚLCERA POR PRESSÃO: SOB OLHAR DA LITERATURA

As tentativas de cuidados da pele com feridas, por meio de procedimentos técnicos nos remete à antiguidade, demonstrando que desde então já se reconhecia a importância de prevenir de forma a evitar que se complicasse e repercutisse em outros agravos. (LOBOSCO et al., 2008).

No campo da Enfermagem, Araujo et al., (2010), afirmam que o comprometimento da integridade da pele resultante das UPP tem sido relatado como sendo objeto de preocupação desde o seu início com Nightingale, problema que continua comum até os tempos atuais.

Embora seja reconhecido como um tema de grande atenção no âmbito do cuidado de Enfermagem, a incidência e a prevalência da UPP mundialmente ainda permanecem com taxas elevadas, fato que ratifica a necessidade de novas pesquisas com vistas ao aperfeiçoamento de medidas de cuidados, e em especial que promovam a saúde (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Na Inglaterra, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), aponta que a UPP afeta pessoas de qualquer idade, sendo um problema grave e angustiante. Aponta a prevalência entre 4,7% a 32,1% em população hospitalares, e 22% em população de lar de idosos. Como expectativa de mudança afirma a necessidade de identificação precoce, cuidado adequado, e tanto a prevenção quanto a cura requer uma abordagem multidisciplinar (STANSBY, et al., 2014).

Nos Estados Unidos da America (EUA) em 2004, foi realizado um levantamento em lar de idosos, e entre os 1,5 milhão de residentes, cerca de 159.000 (11%), apresentavam UPP em qualquer estágio (PARK-LEE; CAFFREY, 2009).

Estudo de coorte observacional realizado na Itália, em 12 agências de assistência domiciliária, com 3.103 pacientes, apresentou uma prevalência de 18% para o desenvolvimento da UPP, e que durante um seguimento de 12 meses, o grupo de paciente com úlcera teve maior probabilidade de morte ($p < 0,001$) em relação aos que não tinham a UPP (LANDI et al., 2007).

Outro estudo transversal realizado em Portugal, com 1115 pacientes com feridas, objetivando caracterizar os pacientes e tipo de feridas tratadas em serviços comunitários, teve como resultado a UPP como a segunda mais importante, perdendo apenas para úlcera de perna. Como queixa principal foi apontada a dor, baixa expectativa de cura com doença crônica associada, e conclui como solução que um projeto de educação / intervenção foi iniciado para promover a prática baseada

em evidências (PINA, 2007).

Uma pesquisa realizada no ano de 2010 em um hospital de ensino de Curitiba avaliou 311 pacientes, e apresentou como resultado 9,97% de prevalência (RIBAS, 2011).

Perrone et al., (2011), em um estudo realizado com 130 pacientes internados, obtiveram 19,2% de incidência de UPP do grupo estudado. Identificaram ainda que os pacientes acamados apresentaram 7,5 vezes mais chances de desenvolver úlceras do que os que deambulavam. Os gravemente desnutridos apresentaram incidência de UPP 10 vezes maior que nos pacientes não gravemente desnutridos, sendo que pela análise multivariada, tanto a capacidade funcional quanto o estado nutricional associaram-se a UPP.

Isto leva a crer que quanto mais comprometida à saúde da pessoa mais vulnerável ela estará para o desenvolvimento da UPP.

Lobo (2008), coloca que o Programa de Iniciativa Comunitária do Sudoeste Europeu, registra que a UPP é um problema que afeta cerca de 12% da população acamada seja institucionalizado ou no domicílio.

Em se tratando do domicílio, no Brasil, Pessoa; Rocha e Bezerra (2011), através de um estudo quantitativo, realizado com 30 pacientes em Teresina, apontaram que destes 59,9% estavam vulneráveis a desenvolver UPP e, 13,3% já tinham a úlcera.

Um estudo realizado em duas Unidades Básicas na cidade de Belo Horizonte com 114 pacientes em assistência domiciliar, objetivou identificar variáveis associadas ao tipo de assistência domiciliar, e no que diz respeito a variável risco para desenvolver UPP, apresentou um resultado de 41,2% (PIRES et al., 2013).

Outro estudo realizado com pacientes acamados ou restritos a cadeira no domicílio assistidos pela ESF, na cidade de Terezina, apresentou uma prevalência de 23,52% (BEZERRA, et al., 2014).

Ainda em se tratando de domicílio, um estudo identificou a prevalência 18,8% e incidência de 89,4% de desenvolvimento da UPP em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares, indicando que medidas de prevenção também devem ser consideradas para os cuidados paliativos (QUEIROZ, et al., 2014).

Lobosco et al.(2008), relatam que a presença de UPP tem sido considerada um indicador de qualidade negativo dos serviços de saúde. Enfatizam que é difícil calcular o custo real dos cuidados com esta lesão, pois este possui relação direta com tempo de internação, materiais utilizados, pessoal capacitado, além, não menos importante, dos relacionados à pessoa e família como, fator emocional, dor, vergonha da lesão, baixa da autoestima, sofrimentos e outros.

No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) aponta que as feridas constituem um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de doentes com alterações na integridade da pele, onde o número elevado de pessoas com úlceras colabora para onerar o gasto público, além de interferir na qualidade de vida da população.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para as pessoas e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos. No entanto a manutenção da integridade da pele das pessoas restritas ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples, onde a maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de úlcera por pressão (UPP) como para quaisquer outras lesões da pele (BRASIL, 2013).

É imprescindível a mudança de paradigmas nas políticas públicas de saúde frente a este cenário. As ações adotadas para evitar o aparecimento da UPP por parte dos profissionais de Enfermagem tem valor imensurável, expressado por Lise e Silva (2007), quando referem que as intervenções que podem ser utilizadas em ambientes domésticos as pessoas com restrição de movimento e atividade física para evitar o desenvolvimento da UPP, proporcionam segurança a pessoa e aos familiares e/ou cuidadores, que com medidas simples, mas de grande valor, podem colaborar na melhoria do bem-estar e das condições de vida.

2.1.1 Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária a Saúde

Frente a esta realidade, no contexto da APS, há de se reconhecer a necessidade de desenvolver e implantar mecanismos para organizar o cuidado, com vistas à avaliação e dispositivos de intervenção que tenham a capacidade de intervir sobre os determinantes de saúde sob a luz da promoção para alcançar uma atenção integral e integrada.

A APS é compreendida em sua dimensão abrangente como um espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde no âmbito do sistema de serviços (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012). Ações estas que, no tocante a este contexto e a UPP, são capazes de evitar o seu aparecimento e refletir positivamente no modo de viver saudável da pessoa e seu familiar.

No Canadá a APS se apresenta como estratégia fundamental sendo este o acesso inicial do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população, apontando uma infra-estrutura de cuidados de saúde primários forte e com autonomia local, sob os princípios gerais definidos pela legislação nacional (STARFIELD, 2010).

Na Europa, mais precisamente o modelo Espanhol, a partir de 1978 se expandiu e fortaleceu seu sistema de cuidados primários de saúde, instituindo equipes de cuidados primários de coordenação, de prevenção e promoção da saúde, refletindo em ganhos como, aumento da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil, inclusive com resultados superiores a países desenvolvidos (BORKAM et al., 2010).

No Brasil, a APS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Almeida e Giovanella (2008), apontam que a APS no Brasil, vem sofrendo inovações importantes desde os anos de 1990, principalmente a partir da expansão de cobertura pela ESF.

Uma revisão da produção científica sobre a APS apontou que não foi evidenciado na maioria dos estudos mudança do modelo de atenção à saúde. (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Sabe-se que as ações ainda são limitadas muitas vezes tendendo somente para o modelo biologicista, necessitando ampliar o olhar no enfrentamento dos determinantes de saúde e também sociais de maneira intersetorial, promovendo assim possíveis impactos positivos na saúde e bem-estar das pessoas.

A APS considera o sujeito em sua singularidade, e que esta é desenvolvida no local mais próximo da vida das pessoas, tem como diretriz coordenar a integralidade em seus vários aspectos, entre outras, de promoção da saúde e prevenção da UPP, ser acolhedora, resolutiva a partir das necessidades e demandas, com manejo das diversas tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada da eSF, sendo esta capaz de construir vínculos positivos e intervenções (BRASIL, 2012).

De acordo com Política Nacional Atenção Básica (PNAB), a eSF possui entre outras atribuições, praticar cuidado individual, familiar e também dirigido a coletividade e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, e da própria comunidade. A eSF, é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família

ou médico de Família e Comunidade, Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

No contexto da APS e como membro da eSF, o profissional de Enfermagem é essencial sob a perspectiva da consolidação das ações, em especial da promoção da saúde e prevenção da UPP, tema desta pesquisa.

Corroborando com este posicionamento, um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo, realizado com sete cuidadores, com objetivo de avaliar o conhecimento sobre UPP, e identificar as prevenções realizadas pelos mesmos, revelou que os cuidadores apresentavam déficit de conhecimento sobre prevenção de UPP. O estudo concluiu que cabe a Enfermagem avaliar e gerenciar as necessidades dos pacientes e cuidadores, o que contribuirá para promoção da assistência qualificada, e possibilitará ao cuidador autonomia na realização dos cuidados (SILVA et al., 2009).

Neste raciocínio, o Enfermeiro exerce papel fundamental na prática do cuidado a partir de uma relação horizontal, contínua, integrada e compartilhada, com demandas a partir das necessidades de saúde como é a situação da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, sobretudo com a probabilidade de desenvolver a UPP em seu ambiente domiciliar.

Pensando no domicílio, o Ministério da Saúde (MS) coloca como de responsabilidade do Enfermeiro da eSF a realização de atenção a saúde aos indivíduos e ou famílias através de consultas e procedimentos de Enfermagem nos Centros de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade (BRASIL, 2012).

A esse respeito, no tocante a gestão do cuidado de Enfermagem na atenção domiciliar, a APS de acordo com suas diretrizes e processos de trabalho estabelecidos se torna um modelo adequado por permitir, enquanto recurso disponível, a realização da Visita Domiciliar (VD). A VD se torna indispensável na medida em que o profissional Enfermeiro, estrategicamente busque superar os desafios do cuidado fragmentado, motivando o vínculo, o cuidado longitudinal, conhecer a realidade local, as necessidades de saúde, através de um acompanhamento sistemático e com desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde, que consequentemente fortaleça a formulação de políticas públicas na APS, com melhora da qualidade de vida, neste caso aqui, das pessoas com

restrição de mobilidade e atividade física, e de sua família.

Neste contexto, Figueiredo (2010) afirma que existe uma tendência crescente quanto à assistência no domicílio no SUS, mas salienta que os instrumentos de trabalho, bem como os conhecimentos aplicáveis na prática não tem se mostrado suficientes para agir na realidade encontrada. A autora, ratifica sua afirmação ao objetivar numa pesquisa a análise das tecnologias disponíveis nas eSF para sistematizar esta assistência, que traz como resultado a pouca disponibilidade de tecnologias, comprometendo o cuidado prestado no domicílio.

Onocko-Campos et al., (2012), também trazem como relevante esta sistematização, e destacam a necessidade de se investir em estratégias inovadoras, oportunizando os serviços a funcionarem de maneira coordenada e abrangente, e desempenhando sua função de prevenção na comunidade.

Ainda sobre a instrumentalização, é fato que a ampliação das ações de promoção da saúde na ESF é essencial e pode contribuir sobremaneira para a construção da integralidade, mas, ainda persistem lacunas de tecnologias para instrumentalizar os profissionais a analisarem os potenciais e fragilidades de saúde da população (CHIESA et al., 2011).

Na busca por constituir uma relação entre a prática do cuidado instrumentalizado, e inovador do Enfermeiro da eSF, voltados à prevenção e promoção da saúde, de modo a evitar o aparecimento da UPP das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física do domicílio, incessantemente deve-se concentrar esforços no estabelecimento de diretrizes que norteie uma prática que vise a redução do agravo.

Cuidar de pessoas com feridas faz parte da natureza da Enfermagem. Cuidar da pessoa que ainda não apresenta, mas que pode desenvolver UPP demanda competência do saber fazer, bem como, de uma postura ética. Neste íterim, para que se lance mão das ações de prevenção e promoção da saúde, com ênfase na educação em saúde, e em especial ao incentivo para o desenvolvimento de habilidades pessoais à pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, na busca pela manutenção da integridade da pele.

É necessário, além dos aspectos de saúde e bem estar, que o profissional Enfermeiro esteja instrumentalizado, a partir de conhecimentos científicos, sólidos, de modo a contribuir para o não desenvolvimento da lesão. Dentre estes conhecimentos, está a realização da avaliação da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, a partir da utilização de uma abordagem estruturada, com instrumentos

próprios que propicie a identificação e avaliação de maneira sistemática, subsidiando a busca de ações que visem à proteção deste agravo, sobretudo ações de promoção da saúde e prevenção da UPP.

2.1.2 Úlcera por Pressão e avaliação da pessoa a partir da escala preditiva de Braden

Em se tratando da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, o estudo realizado por Bergstron et al., (1987), traz a restrição de atividade como aquela apresentada pela pessoa que tem capacidade de sair do leito ou manter-se confinada, considerando os vários níveis de comprometimento entre estes dois extremos, entre outros como, sentar em cadeira, andar de maneira limitada com ou sem auxílio.

Quanto à restrição de mobilidade física, considera a capacidade de mudar e controlar a posição do corpo, entendendo esta movimentação como limitada, pouco limitada, muito limitada ou totalmente imóvel. Estas pessoas são entendidas neste trabalho como as que apresentam incapacidade de aliviar a pressão, ficando desta forma vulneráveis ao desenvolvimento da UPP (BERGSTRON, et al., 1987).

No ano de 2013, em Generalitat Valenciana- Espanha, foi publicado uma revisão atualizada do guia de prática clínica, com diretrizes para o atendimento de pessoas com UPP ou em risco de desenvolvimento. No tocante a prevenção a primeira coisa a fazer é utilizar uma escala para avaliar o risco da UPP e entre as escalas apontadas está a preditiva de Braden, por ter alto grau de confiabilidade (BOUZA, ESPINO, 2014).

Estudo de coorte prospectivo foi realizado com 183 pacientes de um Programa de Acompanhamento Domiciliar, para estimar a capacidade da Escala de Braden em prever o surgimento de UPP no domicílio, conhecer a incidência do agravo neste grupo, e os seus fatores associados. O estudo concluiu, no tocante a escala de Braden, que esta demonstrou ser efetiva no âmbito domiciliar para prever o surgimento de UPP (FREITAS, ALBERTI, 2013).

Considerando a singularidade e, em especial a busca do modo de viver saudável desta parcela da população, é que se torna indispensável o conhecimento do profissional da saúde, em especial do Enfermeiro quanto a UPP e seus fatores de desenvolvimento, bem como a gestão do cuidado em Enfermagem, com ações de promoção da saúde e prevenção da UPP, que busque evitar o aparecimento da lesão e resulte positivamente na qualidade de vida destas pessoas e famílias.

No Reino Unido, Joseph e Clifton (2013), apontaram as UPP como sendo um grave problema, no entanto evitáveis, e que os Enfermeiros devem estar devidamente informados dos sinais e sintomas, bem como de estratégias para evitar a prevalência e incidência do agravo.

Para que haja um cuidado efetivo que impacte positivamente, de modo a evitar a UPP, é relevante o conhecimento e a sensibilização para as mudanças por parte dos envolvidos.

Um estudo de caráter qualitativo foi realizado no ano de 2005 com 30 Enfermeiros, sendo 15 de dois hospitais suecos e 15 que prestavam cuidados primários na comunidade. O objetivo do estudo foi descrever os fatores que contribuem para a progressão ou regressão da UPP na trajetória do cuidado. Apresentou como resultado nas duas diferentes realidades de complexidade da atenção, o consenso de percepção entre os profissionais que, o desenvolvimento da UPP pode ter como ponto frágil a trajetória do cuidado relacionados à própria pessoa, e da estrutura de saúde, mas também reconhecem que estes fatores estão relacionados aos profissionais, mais precisamente na ampliação do conhecimento quanto a compreensão da ocorrência do agravo, e a organização com vistas a gestão do cuidado. Os autores salientam que o estudo destacou atitudes, valores, responsabilidade, entre Enfermeiros, e ainda o compromisso de aumentar o conhecimento sobre a prevenção da UPP (ATHLIN et al., 2010).

Uma pesquisa realizada com 90 profissionais do Serviço da Emergência do Hospital de Terrassa, no nordeste da Espanha sobre o conhecimento acerca da prevenção e tratamento da UPP, obteve como resultado 73% de acertos, do que diz respeito à prevenção, e embora considerado pela autora como um bom resultado, pontua a necessidade de reforçar alguns aspectos importantes como, aprofundar os conhecimentos relacionados ao tema, que entre outras, aponta a avaliação estruturada e medidas preventivas (CABALLERO, 2012).

No Brasil, um estudo descritivo observacional, com 30 Enfermeiros de um hospital público no Distrito Federal, objetivou identificar o conhecimento dos Enfermeiros sobre a UPP nos aspectos de identificação, estadiamento / classificação, bem como caracterizar essa população. Apontou como resultado, que apenas 7% dos Enfermeiros tinham conhecimento da nova nomenclatura, e com exceção da UPP estágio I, estes apresentavam fragilidade em descrever ou classificar os demais níveis de estadiamento, concluindo que o conhecimento dos Enfermeiros sobre a UPP estava ultrapassado, e que estes devem ser encorajados a atualizações (FAUSTINO et al., 2010).

No ano de 2009, também no Brasil, foi realizada uma pesquisa a partir de uma abordagem quantitativa e delineamento descritivo-exploratório, com objetivo de descrever e analisar o conhecimento dos membros da equipe de Enfermagem que atuam diretamente na assistência a pacientes adultos e idosos, em um hospital universitário, sobre a prevenção da UPP. Apresentou como resultado que, categorias de profissionais apresentam déficits de conhecimento em algumas áreas referentes ao tema, sendo importante o conhecimento nestas áreas para nortear o planejamento de estratégias para disseminação e para adoção de medidas preventivas pela equipe (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Outro estudo semelhante foi realizado no ano de 2010, onde uma pesquisa exploratório-descritiva transversal com análise quantitativa objetivou avaliar o conhecimento de Enfermeiros sobre a prevenção da UPP em um hospital público de ensino do estado do Piauí, e obteve como resultado que, os profissionais apresentam lacuna de conhecimento científico produzido sobre o tema, onde é trazido pelas autoras como sendo este conhecimento fundamental para que se possa prestar uma assistência segura e de qualidade (RABELO et al., 2013).

Os resultados obtidos nos estudos anteriormente apresentados, embora sejam num contexto intra-hospitalar, pensando na longitudinalidade do cuidado, demonstram a necessidade de se buscar uma política de educação junto aos profissionais que atendem na área, com vistas para a ampliação de conhecimentos científicos e reflexões acerca do tema em todas as suas dimensões, que lhes subsidie para uma adequada avaliação e um planejamento efetivo de cuidado inovador, em especial de promoção da saúde, considerando a participação da pessoa e família.

O Ministério da Saúde coloca que o atendimento da eSF deve iniciar com a avaliação integral e criteriosa da pessoa, levando em consideração os aspectos biopsicossociais. Neste contexto da atenção, como membro da equipe, é que o Enfermeiro se insere, iniciando por uma avaliação da situação, e seguidamente da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física a partir de instrumento estruturado que lhe dê elementos para um planejamento do cuidado seguro, juntamente com os envolvidos, pessoa e família, com vistas a promoção da saúde e prevenção da UPP, de modo a evitar o agravo. (BRASIL, 2012)

Atualmente existem vários instrumentos de avaliação disponíveis. O primeiro formulado foi o Norton Score. Outro instrumento é o Waterlow Score que foi adaptado e validado para o Brasil em 2003, útil para avaliação do uso de sistemas de suporte ou superfícies adequadas.

Braden, outra escala disponível no Brasil, foi adaptada e validada para a língua portuguesa em 1999 (DEALEY, 2008). Esta apresentou altas taxas de sensibilidade e especificidades em estudos realizados no Brasil, por isso é adequado seu uso em nosso país (BORGES; FERNANDES, 2012).

A escala de Braden, para a Enfermagem, é um instrumento disponível na literatura que auxilia na determinação se a pessoa pode ou não desenvolver a UPP. A partir desta avaliação o profissional, baseado em evidências científicas, poderá adotar medidas apropriadas e promover junto com a pessoa e família a possibilidade de escolha das alternativas que visem evitar o desenvolvimento da UPP e melhorar sua qualidade de vida.

Kottner; Tanner e Dassen (2008), a fim de determinar a confiabilidade da escala de Braden e comparar os resultados com a literatura, no ano de 2006 realizaram uma pesquisa em uma casa de repouso na Alemanha, e apontam como elevada a confiabilidade da escala.

Em um estudo realizado no ano de 2007 em Braga, Portugal, em uma amostra composta por 40 pacientes idosos, com objetivo de determinar a contribuição específica de cada fator da escala de Braden na predição do desenvolvimento da UPP e também explorar a hipótese de que a ausência de UPP se associa a uma percepção melhor da qualidade de vida, apresentou como resultado que, em geral o nível da qualidade de vida destes pacientes é baixo, e o autor traz que, uma escala simplificada de três fatores (mobilidade, atividade e nutrição), seria suficiente para identificar o possível desenvolvimento da UPP. No entanto aponta que a escala de Braden tem sido aplicada de maneira ampla sendo um instrumento sensível e válido, mas que necessita dos profissionais habilidade na sua utilização (LOBO, 2008).

Um estudo de coorte prospectivo desenvolvido em Hong Kong, foram avaliados a partir da escala de Braden modificada, 197 pacientes na especialidade de ortopedia. O resultado apresentou que a escala tem relevância para a prática clínica e que pode ser adotada para prever o desenvolvimento de UPP em pacientes ortopédicos em um ambiente de cuidados (CHAN; PANG; KWONG, 2009).

No Brasil a escala foi validada por Paranhos e Santos em 1999, em um estudo com pacientes em UTI, e referem que de maneira geral este é um instrumento sistemático para avaliação com boa performance no idioma do país.

Estudo, de delineamento transversal com 2.562 pacientes adultos internados, objetivando analisar a associação entre os escores de

cuidados do Sistema de Classificação de Pacientes, com as classificações de risco da Escala de Braden e a ocorrência de UPP, apontou que foram encontradas associações significativas dos cuidados intermediários e semi-intensivos do Sistema Classificatório e do risco elevado/moderado da Braden com a ocorrência de UPP, apontando na conclusão que a utilização de instrumentos de avaliação dos pacientes são ferramentas valiosas para a prevenção de UPP (URBANETTO et al., 2012).

No campo da APS, um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado com 47 pacientes em assistência domiciliária em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto-SP, apontou que, pela escala de Braden, 70,2% estavam vulnerais a desenvolver a UPP, e apresentou uma prevalência de 19,1%, sendo que dos 47 pacientes 76,6% eram idosos e 91,5% dependentes de seus cuidadores (CHAYAMITI, 2010).

Esta é a severa realidade que se apresenta. É imperativa a necessidade de mudanças nas políticas públicas de atendimento, mas, para buscar estas mudanças, em especial que impacte positivamente na vida destas pessoas é necessário um olhar diferenciado e consciente de que, como citado anteriormente, na Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção da UPP (2011), em qualquer contexto 95% dos casos de UPP são evitáveis, com ações simples e adequadas com a participação ativa da pessoa e família.

Ainda que caracterizado e percebido como melhor caminho, evitar o aparecimento da UPP a partir de algumas medidas exige do profissional Enfermeiro envolvimento e conhecimento acerca do tema. Para Néouze (2013), há necessidade de iniciar o contato com uma avaliação criteriosa através de escalas estruturadas para identificar as pessoas em predisposição ao desenvolvimento da UPP, seguidamente buscar ações que compreendam, entre outras, o posicionamento adequado com frequência regular, o uso de suportes de apoio e uma alimentação adequada.

Desta forma é importante que o profissional Enfermeiro se empodere do conhecimento científico acerca da classificação, etiologia e fisiopatologia da UPP, bem como saiba identificar os suscetíveis a desenvolver a lesão, neste caso a pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, e com participação ativa desta e seu familiar elaborar um plano de cuidados adequado.

A NPUAP/EPUAP (2009) defende que estabelecer uma política de avaliação que reconheça se a pessoa pode ou não desenvolver a UPP, que contenha recomendações claras, com documentação que assegure a comunicação e informação para toda a equipe de saúde, assim como

dialogar com os profissionais de saúde para esta prática precisa e confiável traz para as instituições referenciais para o acompanhamento da evolução da pessoa e a participação da família.

As estratégias para esse objetivo devem incluir a avaliação, entre outras, como: deficiência da percepção sensorial, diminuição da atividade e mobilidade física, exposição à umidade, fricção e cisalhamento, déficits nutricionais e de aporte sanguíneo, idade avançada, doença aguda, doença crônica (DEALEY, 2008).

Para esta finalidade pode-se utilizar uma abordagem estruturada através do uso de escalas preditivas, neste caso Braden, conjuntamente com a avaliação global da pele a partir de uma política de rastreio, do estado nutricional, e com o juízo clínico associado, conduzindo em seguida para um plano individualizado de cuidados a fim de minimizar o impacto dessas variáveis (EPUAP/ NPUAU, 2009).

2.1.3 Promoção da Saúde e Prevenção da Úlcera por Pressão

Atualmente, falar em UPP tem remetido a esforços para o estabelecimento de diretrizes que norteiem ações na prática, visando evitar e ou reduzir este agravo, sobretudo melhorar a qualidade de vida das pessoas e família.

Um estudo realizado com 28 idosos com imobilidade prolongada em domicílio na cidade de Terezina apontou uma prevalência de 14,3%. Concluiu que existe a necessidade de intensificação de educação em saúde, acompanhamento diferenciado nos que estão em risco de desenvolver a UPP, com atenção voltada a prevenção do agravo, e melhoria na qualidade de vida (SANTANA, et al., 2014).

Ainda, no raciocínio quanto às ações, Levine et al., (2013), fizeram uma revisão em vários bancos de dados eletrônicos, em busca de estudos do ano de 2005 até os momentos atuais em busca de evidência quanto às medidas para evitar o aparecimento da UPP, bem como de tratamento, e no tocante a prevenção à pesquisa apresentou como resultado uma relevância de alto nível para o reposicionamento, alimentação e colchões específicos, onde os autores consideraram de suma importância no momento da decisão, quanto à forma de gerir adequadamente o cuidado, que o profissional lance mão das evidências científicas.

Embora estes cuidados devam fazer parte das diretrizes organizacionais da instituição de saúde, precisa-se levar em conta que o planejamento é individualizado considerando as particularidades de cada

indivíduo.

Um estudo realizado na Noruega apresentou prevalência da UPP em 18,2%. Apontou que embora ocorresse melhorias nos procedimentos e intervenções preventivas de maneira institucionalizada, houve uma variação na ocorrência da UPP nos diversos setores, indicando que cada situação deve ser avaliada, e traçado um plano de cuidado individual (BREDESEN, et al., 2015).

Estas ações são essenciais para evitar o aparecimento da UPP, devendo fazer parte do cuidado, no entanto ainda deve-se extrapolar este limite e buscar potencializar as pessoas e seus familiares no exercício da cidadania, no poder de decisão e capacidade de atuar ativamente na melhoria das suas condições de vida, onde a pessoa e família ocupam-se interinamente do seu estado de saúde.

Para este novo caminhar o profissional deve estar preparado para a mudança do modelo da atenção curativa para o modelo da prevenção e promoção da saúde.

O National Healthcare Service (NHS) em 2012 lançou uma campanha de sensibilização em torno do problema UPP, adotando a "tolerância zero" para danos relacionados a qualidade do serviço, e aponta como essencial a educação do pessoal da "linha de frente". Para tanto desenvolveu um programa de educação para prevenção de UPP, acessível, baseado em evidências, de baixo custo, projetado em torno das necessidades educacionais de todos os funcionários da saúde (CAMERON, et al., 2014).

Um estudo realizado em um hospital de Nova York apontou que os cuidados com feridas eram limitados por parte da equipe. Cientes quanto à necessidade de mudanças, buscou-se trabalhar a partir da transformação cultural, resultando numa equipe mais envolvida no cuidado a manutenção da integridade da pele, e maior participação dos enfermeiros na gestão do cuidado com foco a evitar o agravo, levando a melhora clínica dos pacientes (KIELY, 2012).

Isto expressa a importância de uma equipe envolvida, comprometida, e consciente do saber fazer e do saber gerenciar, com foco na promoção da saúde, com soluções além do prescritivo, e tendo a pessoa com restrição de mobilidade e atividade física e família como protagonistas no planejamento do seu cuidado.

Milstein; Homer e Hirsch (2010), a partir de um estudo realizado nos EUA, onde os autores analisaram cinco propostas políticas, utilizando um modelo de simulação dinâmica baseada em evidências com ampla abrangência nacional, apontam como resultado a importância de concentrar esforços em ações de promoção da saúde e

prevenção da UPP, enfatizando que estas são indispensáveis para a redução da prevalência de doenças e lesões e, assim reduzir os custos.

A situação em que a pessoa tem limitação de aliviar a pressão em determinada área corporal, como é o caso das com restrição de mobilidade e atividade física, reforça a necessidade de um trabalho voltado à prevenção e promoção da saúde próxima a pessoa, à família e à comunidade.

Este entendimento é ratificada por uma prática no Canadá, a partir de um piloto realizado pela Associação Canadense de Tratamento de Feridas, que diante a uma taxa média de prevalência de 26%, e reconhecendo este como um problema de saúde significativo, iniciou um trabalho de conscientização em apoio à mudança de cultura nos serviços de saúde, mudando a ênfase na gestão do tratamento para a prevenção, o que demonstrou uma taxa de redução superior a 57% para prevalência e 71% a incidência da UPP (ORSTED; ROSENTHAL; WOODBURY, 2009).

Um estudo bibliográfico que teve como objetivo esclarecer e aprofundar os conceitos de UPP e seus fatores de risco, bem como contribuir para a assistência de Enfermagem na prevenção, apresentou como resultado, quanto ao fator de risco mais citado para o desenvolvimento, a imobilidade. O estudo traz como conclusão que prevenir a UPP é também dever da equipe de Enfermagem, em especial do enfermeiro. No entanto, para que isso aconteça, é preciso conhecimento atualizado e elaboração e aplicação de protocolos permitindo otimizar os cuidados que contribuem para a melhora da qualidade de vida das pessoas e seus cuidadores (ALVES et al., 2008).

Um estudo prospectivo, descritivo e exploratório realizado no ano de 2009, com objetivo de avaliar a incidência da UPP após a implantação de protocolo de prevenção em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, apontou como resultado uma redução de 17,92% na taxa de incidência, onde a autora conclui que tais ferramentas impactam positivamente, sendo essenciais no controle do agravo se utilizadas de maneira sistematizada (ROGENSKI; KURCGANT 2012).

Em outra pesquisa (2010) realizada em duas UTIs de um hospital escola do noroeste paulista, cujo objetivo foi descrever o indicativo, e implantar um protocolo de assistência de Enfermagem para prevenção de UPP em pacientes internados. Como resultados apontou positiva a implantação do protocolo, e concluiu a necessidade e a importância do cuidado preventivo para este tipo de lesão (BERETA et al., 2010).

Em um hospital no Município de Chapecó, Santa Catarina, 2005, em um estudo que objetivou descrever o processo de instrumentalização

para equipe de Enfermagem e cuidadores, relacionados à prevenção de UPP em pacientes de uma UTI adulto. Como resultado, quanto à equipe, apontou que esta expressou simplicidade no cuidado, e em relação aos familiares/cuidadores pode-se perceber a satisfação mediante a condição de ter sido evitado o agravo e fornecido conforto ao seu familiar (LISE; SILVA, 2007).

Estes estudos expressam o quanto é fundamental concentrar esforços em ações preventivas para evitar o agravo, e embora tenham mostrado a realidade em meio hospitalar, esta se faz importante em qualquer ambiente e contexto. Da mesma forma, em que se deve investir na prevenção da UPP, também deve-se buscar meios para desenvolver ações de Promoção da Saúde de modo a promover a qualidade de vida das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física e seus familiares.

Em se tratando da participação ativa da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física e sua família, sob a perspectiva da melhora da qualidade de vida, essa premissa vai ao encontro das discussões e diretrizes sobre a promoção da saúde que ganharam força no Brasil a partir da década de 1980, em conformidade com a realização das conferências internacionais de promoção da saúde.

Para a World Health Organization (2009), a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para elevar o controle bem como melhorar sua saúde a partir de intervenções sociais e também ambientais. A pessoa ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações para satisfazer suas necessidades. Deste modo a saúde é entendida como um recurso para a vida cotidiana, e não um objetivo de vida.

No Brasil a promoção da saúde é uma estratégia fundamental da busca da equidade, ação participativa, e melhoria da qualidade de vida. Visa à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, com propostas de intervenções em saúde que ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva ações e serviços que operem ao mesmo tempo sobre os efeitos do adoecer e espaços para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010).

Neste entendimento, de acordo com a Diretrizes Nacionais, o enfermeiro da eSF tem relevante papel no campo da promoção da saúde,

no entanto ainda é um espaço pouco explorado por estes profissionais.

Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012), corroboram com a afirmação a partir de uma revisão integrativa, realizada no ano de 2010, que tinha como questão, qual a produção científica nacional sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na APS. Trouxe como resultado que esta é pouco revelada na prática, sendo essencial que os profissionais enfermeiros que atuam na APS comecem a compreender a promoção da saúde como um campo de práxis e oportunidade de transformação.

Um estudo com objetivo de explorar a extensão dos cuidados de saúde do trabalho profissional com as intervenções no estilo de vida em cuidados primários em saúde sueco, apontou que estas intervenções são substanciais nas funções diárias dos profissionais na melhoria da qualidade de vida da população (KARDAKIS, 2014).

Carneiro et al., (2012), reconhecem que a saúde tem um caráter multidimensional, e a pessoa é um sujeito da educação em busca de autonomia, sendo esta condição essencial à prática neste âmbito da atenção.

Nesta linha de pensamento, em se tratando da pessoa com susceptibilidade em desenvolver a UPP e sua família, o enfermeiro da eSF sob a luz da promoção da saúde e prevenção da UPP, há de se buscar estratégias para evitar o agravo.

Tais estratégias devem partir de uma prática educativa de forma a proporcionar a construção do conhecimento, num contexto interativo de diálogo, considerando a realidade vivenciada, investindo no protagonismo, na valorização da autoestima, apreciando a saúde como recurso para a vida, e não como objetivo de viver num conceito positivo, considerando as limitações físicas da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, mas sobretudo ressaltando suas potencialidades.

Investimentos associados às políticas públicas de saúde, visando à capacitação para prevenir, prover e manter recursos humanos e materiais é indispensável à redução e/ou eliminação dessas úlceras. A promoção da saúde e a prevenção da UPP visam refletir sobre a necessidade de lutar por melhores condições de trabalho e oferecer, conseqüentemente, um atendimento compatível com a dignidade humana, ou seja, com menos riscos para a integridade física, mental e espiritual (BRANDÃO; SANTANNA; SANTOS, 2013).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico consiste de uma abordagem que dá sustentação a todo o processo de pesquisa, desde a formulação do problema até a finalização na produção do novo conhecimento, se configurando em uma luz guia de direcionamento para as decisões e consequentes escolhas. Este, conforme Trentini e Paim (2004) está para o pesquisador como o mapa para o viajante.

O referencial teórico explicita as relações entre os elementos que, com base em análise crítica da literatura, foram identificados como importantes para a construção do modelo conceitual de gestão do conhecimento científico. Assim, o referencial teórico constitui a lente por meio da qual o problema da pesquisa foi compreendido e investigado. (LEITE; COSTA, 2007, p. 92).

Diante da decisão de trabalhar com o tema UPP e suas dimensões de cuidados de prevenção, mas em especial de promoção da saúde, com o propósito de evitar o agravo, fez-se necessário o conhecimento a respeito da promoção da saúde e da prevenção da lesão, o que remeteu à escolha de um referencial teórico coerente com o tema estudado.

Neste sentido, o qual se destaca os princípios teóricos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e as recomendações internacionais da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e da European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), que alicerçou os pressupostos deste estudo e os conceitos inter-relacionados.

3.1 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, trouxe como produto a Carta de Ottawa, que passou a ser uma referência permanente na reflexão sobre os determinantes sociais em saúde em todas as conferências (BRASIL, 2011).

Na evolução da Promoção da Saúde, que teve seu conceito ampliado para além de um estilo de vida saudável, com políticas públicas favoráveis e promotoras da saúde, criação de ambientes e opções saudáveis, estratégias de reforço na ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais através da divulgação de informação, educação para a saúde e reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde com a participação da comunidade e de outros setores (BRASIL, 2011).

Este conceito vem evoluindo ao longo da história. Lopes, et al. (2010), através de um estudo que teve como objetivo analisar a evolução histórica do conceito de Promoção da Saúde, onde os resultados apontam que este vem se ampliando sob a influência dos movimentos internacionais, por reduzir as iniquidades.

O conceito de Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, de acordo com a Carta de Ottawa é entendido como:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WHO, 1986, p.1).

Esse conceito se relaciona as condições e recursos traduzidos como pré-requisitos determinantes para a saúde como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. E para efetiva concretização considera importantes ações que incluem cinco estratégias específicas: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986).

Em uma linha histórica, constata-se que a atenção à saúde no Brasil vem concentrando esforços na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da

saúde, com ações prioritárias de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade.

Da mesma forma Wallerstein et al., (2013), diz que a política da Promoção da Saúde encontrada na América Latina, e especialmente no Brasil, tem apresentado um solo fértil para o aprofundamento de novas perspectivas neste domínio, com práticas de abordagem coletiva que contribuem para as ações de saúde voltadas para a participação e equidade, especialmente aquelas direcionadas aos cuidados primários e sistemas de saúde locais.

No esforço por garantir os princípios do SUS, melhorar os serviços por ele prestados, na manutenção e melhoria da qualidade de vida, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade. Isto é possível a partir do desenvolvimento de ações intersetoriais para a geração de emprego e renda, fortalecimento da educação, preservação ambiental, planejamento de espaços urbanos e rurais, realização de iniciativas culturais e esportivas. Tais estratégias, pode resultar entre outras em, diminuição de desperdício de recursos públicos, redução de superposição de ações e, conseqüentemente aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2006, definiu entre outros eixos, o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos. Entre as macroprioridades deste Pacto, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação da Estratégica da Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Nessa direção, o desafio colocado consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, visando a criação de mecanismos que defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. O resultado é o rompimento com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde e adoecimento, reduzindo a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2010).

Ainda são desafios, a promoção do diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2010).

Neste sentido, foi instituída pela Portaria Ministerial 687, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 30 de março de

2006, em consonância com os princípios do SUS, com as diretrizes e as estratégias de organização das ações nas três esferas de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado e as ações de Promoção da Saúde.

A elaboração da PNPS é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

Assim as referências da Promoção da Saúde, coerente com o tema deste estudo, partem de uma política particular, que segundo Brasil (2010), traz como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2010, p.17).

E aponta como específicos, entre outros:

[...] contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; (BRASIL, 2010, p. 17-18).

Entende-se, portanto a Promoção da Saúde como uma das estratégias de articulação transversal, de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Esta contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde da pessoa e coletividade, a um só tempo, com o comprometimento e co-responsabilização pelo viver e por suas

condições da saúde individual e coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação (BRASIL, 2010).

3.2 PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A ÚLCERA POR PRESSÃO

Falar em Prevenção de doenças nos remete a uma reflexão acerca do modelo que rege o nosso atual sistema de saúde, na busca de alternativas em prol da integralidade da atenção e de um atendimento de qualidade. No objeto deste estudo a compreensão da prevenção das doenças, em especial as crônicas, se torna importante, pois contribui por evitar a ocorrência de agravos como, entre outros, a UPP, possibilitando a melhoria da qualidade de vida e otimização dos recursos públicos.

A Organização Mundial da Saúde (2005), aponta que o impacto de doenças crônicas em países de baixa e média renda permanece crescendo, afligindo pessoas, famílias e comunidades, e provocando 80% de mortes, em igual número entre homens e mulheres. Coloca que a meta é alcançar uma redução adicional de 2% nas taxas mundiais de mortalidade por doenças crônicas/ano, até 2015, buscando evitar 36 milhões de mortes prematuras.

Desta forma é vital que estas sejam previstas e compreendidas, e a partir disto buscar novas alternativas de abordagens preventivas no contexto da saúde internacional, tais ações são economicamente viáveis, apresentando um ótimo retorno de investimento em todas as regiões do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Ações de prevenção são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos a saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, com a adoção de práticas cuidadoras e integrais, em consonância com as necessidades de saúde da população e que proporcionem melhorias no modo de viver (BRASIL, 2007).

Nesta mesma linha de raciocínio retorno para o tema prevenção da UPP, e a expressividade em ações voltadas a reconhecer e reduzir o risco de desenvolvimento do agravo, impactando positivamente na qualidade de vida da população, sobretudo nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física e seus familiares.

As ações preventivas, por sua vez, segundo Czeresnia (2003), definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas

populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos.

Pensar no desenvolvimento da Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente para a melhoria da qualidade de vida. No entanto, Czeresnia (2003), traz que tais práticas ainda são incipientes com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde, trazendo como justificativas limitações relacionadas ao tempo de atendimento, aspectos organizativos, dificuldade por parte dos profissionais quanto à capacidade de orientação e desconhecimento das ações que se deveriam executar, visto que dificultam a qualidade do trabalho preventivo.

A inversão da lógica assistencial em saúde exige transformações complexas na organização dos serviços, para tanto uma das perspectivas é a lógica da prevenção, no estabelecimento de um diagnóstico o mais precoce possível dirigido à pessoa que não apresenta sinais e sintomas da doença ou agravo. Ações de prevenção são capazes de intervir de maneira proativa na redução de riscos, fomentando mudanças do estilo de vida, com melhorias na qualidade do modo de viver saudável (CZERESNIA, 2003).

É sabido que não é simples alcançar este estatus de saúde, se constituindo num desafio. No entanto um recurso crescentemente legitimado é a construção de normas e padrões clínicos baseados em evidências científicas estabelecidas com base em recursos metodológicos adequados. Outro recurso, é centrar esforços no favorecimento de estímulos às mudanças administrativas que viabilizem a lógica da prevenção na prática clínica e à realização de estudos de custo-efetividade de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (CZERESNIA, 2003).

Sob este enfoque preventivo, seguem as recomendações internacionais para prevenção da UPP, foco deste trabalho.

3.2.1 Recomendações Internacionais da Prevenção da Úlcera por Pressão

São expressivas as discussões sobre a UPP, sobretudo as que levam a busca de evitar o agravo. Desta forma, ao longo de quatro anos a European Pressure Ulcer Advisory Panel e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP), fundamentadas em evidências científicas desenvolveram diretrizes que propiciam aos profissionais uma linha de orientação para a prática diária aliada a outras

frentes de conhecimentos.

A EPUAP/NPUAP (2009), afirmam que:

O propósito das recomendações para a prevenção é o de orientar cuidados baseados na evidência para a prevenção das úlceras de pressão. As recomendações para a prevenção aplicar-se-ão a todos os indivíduos vulneráveis e em todos os grupos etários. As *Guidelines* são direcionadas aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos pacientes e pessoas vulneráveis, que estão em risco de desenvolver úlceras de pressão e que se encontram quer em ambiente hospitalar, quer em cuidados continuados, em lares ou em outro lugar, independentemente do seu diagnóstico ou necessidades de cuidados de saúde. Também ajudará a orientar os doentes e prestadores de cuidados, dentro do leque de estratégias disponíveis para a prevenção das úlceras de pressão. (EPUAP/NPUAP, 2009, p.5).

Neste contexto, este estudo se fundamentou nas recomendações da EPUAP/NPUAP (2009), conforme a seguir:

- Avaliação do risco a partir de uma escala preditiva estruturada (Braden), conjuntamente com a avaliação global da pele e com o juízo clínico, seguindo para um plano individualizado de cuidados a fim de evitar e ou minimizar o agravamento.
- Avaliação da pele, esta se configura numa avaliação completa como política de rastreio. Os profissionais devem estar munidos de conhecimentos acerca de como proceder. Segundo Dealy (2008), a inspeção da pele deve ser realizada diariamente em pacientes considerados em risco de desenvolvimento de UPP e sempre que possível o paciente e o cuidador devem ser envolvidos no processo.
- Nutrição para a prevenção da UPP, a partir do estado nutricional e hidratação, na busca de evitar possíveis complicações tissulares relacionados à desnutrição e desidratação. Os indivíduos podem necessitar de formas distintas de nutrição, e na presença do risco nutricional, ou risco de ulcera por pressão deve ser referenciado para o nutricionista a fim de receber suporte nutricional suplementar por via oral ou enteral.
- Reposicionamento para a prevenção da UPP, também conhecida

como mudança de decúbito, este se configura numa importante ação, pois se traduz em alívio da pressão causada pela posição deitada e ou sentada, contribuindo também para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional da pessoa.

- Superfície de apoio, que são para Borges e Fernandes (2009) dispositivos de redistribuição de pressão com a função, entre outras, de controlar a carga tecidual. As autoras trazem como exemplo, colchão, colchonetes, almofadas, e etc. Especificamente aos calcâneos recomenda-se o uso de almofadas embaixo das pernas mantendo-os elevados (posição flutuantes). Evitar uso de dispositivos em forma de “donut” (material utilizado em forma de rosca) e luvas cheias de água.

3.3 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos de uma pesquisa se configuram em suposições prévias às ideias, explicitando crenças e princípios aceitos como verdadeiros, não sendo necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente (TRENTINI; PAIM, 2004).

Ancorada nas ideias de Leopardi (1995, p.51), que considera os pressupostos como uma “exposição enunciada de crenças e valores do autor”, assim apresento essa construção mental, relacionados à prevenção e promoção da saúde, redigindo-a a partir de importantes componentes, quais sejam, os **pressupostos básicos** e os **conceitos inter-relacionados componentes do marco**.

Os pressupostos aqui apresentados são fundamentados nas experiências pessoais e profissionais da autora, alinhados com os referenciais teórico e metodológico adotados para o desenvolvimento desta pesquisa conforme segue:

- A UPP é um evento que ocorre em pessoas em situação frágil de saúde (neste estudo com restrição de mobilidade e atividade física) que pode provocar danos irrecuperáveis, mas que é evitável.
- estabelecimento de diretrizes preventivas que norteiem a prática da Enfermagem pode evitar o agravamento, e estas devem iniciar com o conhecimento da realidade seguindo para uma avaliação criteriosa da pessoa a partir da escala preditiva de Braden.
- A Enfermagem é uma profissão que tem na sua essência o cuidado, com um corpo próprio de conhecimentos, que atua com competência, ética, e com habilidades voltadas a ações de

- prevenção e promoção da saúde do ser humano.
- ser humano é um ser autônomo em constante transformação, que deve ser estimulado a exercer o seu potencial e habilidades pessoais na manutenção da sua saúde.
 - profissional Enfermeiro no contexto da Atenção Primária conta com recursos e oportunidades peculiares a esta esfera da atenção, capazes de mudar a realidade de saúde da população, dentre outras, está a Promoção da Saúde, enquanto política pública, como uma estratégia forte para mudar estes determinantes do ambiente, pessoa, família e comunidade.
 - desenvolvimento de uma pesquisa do tipo convergente assistencial exige o comprometimento do pesquisador, em favorecer o campo assistencial bem como beneficiar a comunidade científica com os dados e resultados da pesquisa.

3.4 MARCO CONCEITUAL

Em complemento ao suporte teórico foi elaborado o marco conceitual, sendo este delineado a partir de conceitos, que fez a composição do marco e direcionou a pesquisa em coerência com o objetivo proposto.

Os conceitos elencados se apresentam posicionados numa inter-relação, e de acordo com o contexto e a proposta. Estes permitiram a compreensão e o estabelecimento dos caminhos que permearam a realidade deste estudo em coerência com os pressupostos da pesquisadora e da Pesquisa Convergente Assistencial.

3.4.1 Conceitos Inter-relacionados

Em definição, conceitos são “unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podem ser considerados como operações mentais que refletem pontos de vista verdadeiros e construídos em relação dinâmica com a realidade” (MINAYO, 2010, p. 176).

Para Trentini e Paim (2004), conceitos são representações mentais ou abstrações da realidade, ou seja, cabe entender que quanto mais distante da realidade o conceito se apresentar, maior é o seu nível de abstração. Neste raciocínio, os conceitos elencados para este estudo constituem-se com alto nível de abstrações, tendo sido suas definições e

inter-relações estabelecidas para a formação do eixo de sustentação: ser humano, enfermeiro, Enfermagem, cuidado, Atenção Primária, pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, úlcera por pressão, escala de Braden, prevenção, promoção da saúde, família, saúde.

Freire (2008) reconhece **SER HUMANO** como, homens, seres históricos, seres humanos que “*estão sendo*”, inacabados, inconclusos, presentes e envoltos em uma realidade histórica, igualmente inacabada. Seres conscientes de sua inconclusão e, portanto, responsáveis pela sua eticidade e presença no mundo. Seres em relação no mundo, com o mundo e pelo mundo, integrados à realidade, em um permanente processo de busca, construção, reflexão, criação, recriação e transformação própria e do mundo.

Os seres humanos participantes desta pesquisa são os profissionais enfermeiros.

O **ENFERMEIRO**, dentro dos princípios fundamentais do Código de Ética da profissão, é aquele que:

[...] exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

[...] atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autotomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

[...] participa como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. (PIRES *et al*, 2010, p. 100).

Neste estudo, enfermeiros são seres dotados de conhecimentos, crenças e valores, que assumem uma postura crítica e reflexiva, capazes de vivenciar a troca de experiência, ensinando e aprendendo. Profissionais com compromisso ético, com capacidade de acolher e intervir, sem deixar de privar pela integralidade do cuidado. São seres em constante transformação e crescimento pessoal e profissional na área de Enfermagem.

ENFERMAGEM, com base em Dorothea Orem é:

[...] um serviço, uma arte e uma tecnologia. Como serviço, ajuda os seres humanos no desempenho de ações deliberadas e desempenhadas pelo Enfermeiro, mantendo ou alterando sua própria competência ou o ambiente. Como arte, é a habilidade de assistir pessoas na gerência do autocuidado e, como tecnologia refere-se ao conjunto de informações sistematizadas para a obtenção de resultados. (LEOPARDI, 1999, p.78).

Em complemento, de acordo com Código de Ética da profissão, **ENFERMAGEM** é “[...] uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade” (PIRES, 2010, p. 100).

Nesta linha de raciocínio, para esta pesquisa, Enfermagem é a ciência do cuidar de modo integral e integrada. Esta se configura no estímulo de habilidades pessoais na melhoria da qualidade de vida da pessoa e família, na busca do **CUIDADO** de si, ou seja, do autocuidado.

Orem (1971, p.13), em sua teoria, conceitua **AUTOCUIDADO** como sendo a: “Prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham por seus próprios meios para a manutenção da vida, saúde e bem-estar”.

Leopardi (1999, p.75-76), coloca que:

Orem considera que as pessoas desejam e podem se tornar aptas ao seu autocuidado...

[...] As pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de cuidarem de si mesmos.

[...] Tem como requisito de autocuidado universal ... prevenção de risco a vida, ao funcionamento e bem estar como ser humano.

Nesta perspectiva, para esta pesquisa, o autocuidado de Orem foi adotado por acreditar que a pessoa que possui UPP deve ser uma participante ativa de seu cuidado. Assim este se revela na teia de relações entre profissional cuidador e ente a ser cuidado (pessoa e família), considerando as suas dimensões no contexto da Atenção Primária à Saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA, é entendida como:

[...] primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012, p.25).

[...]orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 19-20).

[...] utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p.19).

O contexto da Atenção Primária para este estudo é o que propicia a porta de entrada para o sistema de saúde à população, sendo desenvolvida a partir da gestão do cuidado planejado, visando a proteção, prevenção, promoção e reabilitação da saúde da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física, da sua família e comunidade.

PESSOA COM RESTRIÇÃO DE MOBILIDADE E ATIVIDADE FÍSICA é traduzida por Braden e Bergstron (1988, p.1) no seu instrumento de avaliação como aquela que:

[...] tem ou não capacidade, quanto a mobilidade, de mudar e controlar a posição do corpo, entendendo esta movimentação como limitada, pouco limitada, muito limitada ou totalmente imóvel.

[...] tem ou não capacidade, quanto a atividade, de sair do leito ou manter-se confinada, considerando os vários níveis de comprometimento entre estes dois extremos, entre outros como, sentar em cadeira, andar de maneira limitada, com ou sem auxílio.

Tais pessoas neste estudo são as consideradas com dificuldade de aliviar a pressão em determinada área do corpo com ênfase em uma proeminência óssea, propiciando o desenvolvimento da UPP.

ÚLCERA POR PRESSÃO é um agravo à saúde, conceituado como:

[...]“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 forças de torção” (EPUAP/NPUAP, 2009, p.7).

A UPP, nesta pesquisa é considerada um agravo que pode trazer efeitos deletérios a pessoa e sua família. Tal lesão recebe uma classificação específica de acordo com sua apresentação e o comprometimento tissular, denominada estágio, grau, categoria. Sendo estes termos sinônimos, para efeitos de padronização, neste trabalho será utilizado o termo estágio.

A classificação da UPP ocorre a partir do nível de comprometimento da pele, sendo conceituada pela EPUAP/NPUAP (2009), como:

- Estágio I: eritema não branqueável, identificado em área de pele íntegra hiperemiada que ao toque mantém o rubor;
- Estágio II: perda parcial da espessura da pele, comprometimento da derme, com lesão aberta superficial, com leito vermelho/róseo, brilhante ou seca, e também considerada área com flictema fechado ou aberto com líquido seroso ou sero-hemático;
- Estágio III: perda total da espessura da pele, alcançando tecido subcutâneo, sem exposição de músculos, tendões e ossos. Pode apresentar tecido desvitalizado e lesão cavitária. Sua profundidade varia com a localização anatômica como, por exemplo, asa do nariz, lobo da orelha onde não apresenta tecido subcutâneo, mas de acordo com a espessura comprometida é considerada como estágio III;
- Estágio IV: perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, tendões ou músculos. Pode apresentar tecido desvitalizados até necrótico e normalmente são cavitárias e fistuladas.

Não estadiável (classificação - NPUAP (2009)): ulcera coberta por tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) mantendo a profundidade indeterminada. Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira

profundidade não pode ser determinada. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como proteção biológica natural e não deve ser removida.

O conhecimento da classificação da UPP é de fundamental importância para compreensão e identificação quanto ao comprometimento tecidual e um possível plano de cuidados. Para tanto se faz necessário iniciar com uma avaliação segura e criteriosa a partir de um instrumento estruturado, ou seja, a escala preditiva de Braden.

ESCALA DE BRADEN é conceituada como:

[...] escala para avaliar precocemente o nível de risco do paciente para o desenvolvimento da úlcera por pressão. A escala é composta por seis sub-escalas que refletem a percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento, e estado nutricional. (BERGSTROM, 1987, p. 205-210).

Conforme citado a escala de Braden é composta por seis subescalas, destas, os domínios percepção sensorial, atividade e mobilidade medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão, com pontuação que varia de 1 a 4. Os domínios umidade, nutrição, fricção e cisalhamento mensuram a tolerância do tecido à pressão com pontuação de 1 a 4, com exceção da fricção e cisalhamento que varia de 1 a 3 (BORGES, FERNANDES, 2012).

Cada subescala é acompanhada de um título, contendo um conceito com uma ou duas frases que referência as características a serem avaliadas. A pontuação na escala de Braden varia de 6 a 23, onde os valores mais elevados identificam o baixo risco, e o alto risco fica determinado por escores mais baixos. Em relação ao escore obtido tem-se, como altíssimo risco igual ou abaixo de 9, alto entre 10 a 12, risco moderado entre 13 e 14, baixo entre 15 a 18 e ausência ou risco inexistente igual ou acima de 19 (BORGES, FERNANDES, 2012).

Como já mencionado, essencialmente importante, uma avaliação criteriosa que tem por início a utilização da escala preditiva de Braden se configura em uma sistematização da assistência oportunizando o profissional enfermeiro a traçar um plano de cuidados, sobretudo preventivo e com ações de promoção da saúde em diversos contextos, na busca de evitar o agravo.

PREVENÇÃO é entendida como:

[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, 2003, p.4).

Por consequente, nesta pesquisa a prevenção é traduzida em ações de cuidados e atenção constante às alterações da pele com a devida identificação das pessoas em risco de desenvolver a UPP. Esta visa a manutenção da integridade a partir da higiene, hidratação, reposicionamentos, alívio da pressão, manutenção do conforto através de roupas de cama limpas, secas e bem esticadas, movimentação passiva e se possível ativa dos membros e deambulação, ingestão alimentar adequada, com envolvimento participativo da pessoa e família.

Assim, **PROMOÇÃO DA SAÚDE** tem como definição o “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 2009, p.1).

Nesta pesquisa Promoção da Saúde é traduzida entre outras como, potencializar as habilidades da pessoa com restrição de mobilidade e atividade física e seus familiares. Com práticas que, a partir de informações e orientações poderão ajudá-las a decidir quais as escolhas necessárias para evitar o desenvolvimento da UPP e melhorar sua condição de vida. Proporcionando-lhes ainda conhecimento, bem como acesso aos serviços, recursos e tecnologias, propiciando-lhes a capacidade de produzir sua própria saúde, e a saúde de sua família.

Falar em família, e em especial, conceituá-la, se configura numa árdua tarefa, ratificado por Montefusco; Bachion e Nakatani (2008, p.73), quando afirmam que:

Conceituar família é uma tarefa difícil, pois há um risco de excluir formas diferenciadas de organização familiar. Podemos conceituá-la desde a forma mais tradicional, ou seja, considerando-a apenas composta do casal e seus filhos, incluindo, às vezes avós, tios e primos, até uma forma mais aberta, como a união de homossexuais.

No entanto, Penna (1992; p.36) define **FAMILIA** como:

[...] unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de doação, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio econômico. A família tem direitos e responsabilidades vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias; em diversos níveis de aproximação. Define objetivo e promove meios para o desenvolvimento contínuo do seu processo de viver e de seus membros.

Neste estudo família não é objeto passivo de cuidado na prevenção da UPP e promoção da saúde, mas sim sujeito de seu próprio processo de cuidar e ser cuidada. Evolui em seu ciclo de vida familiar a partir de um ambiente envolto por crenças, valores, conhecimentos adquiridos e transmitidos entre seus pares e nas relações sociais, contribuindo para ampliar, ou mesmo criar um ambiente facilitador do desenvolvimento de seus membros, sempre em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde.

Onde a **SAÚDE** é definida como: “Qualidade de vida, que resulta da satisfação de necessidades vitais de indivíduos e coletividades...é meio e capacidade para a vida com qualidade, não um fim normativo” (ABRASCO, 2004, p.13).

Neste estudo saúde é entendida como aquela conceituada e reconhecida pelo próprio indivíduo sobre o que é ter saúde e ou ser uma pessoa saudável a partir do atendimento das suas necessidades.

4 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa na sua essência tem como objetivo compreender os eventos ao invés de sua medição, a partir de aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos (POLIT, 2004). Entender profundamente o fenômeno estudado, considerando todas as suas dimensões e aspectos, sem se preocupar com medidas numéricas, constituirá no alcance dos objetivos.

O capítulo a seguir aborda o percurso metodológico da referente pesquisa. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial.

4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), segundo Trentini e Paim (2004, p.26-27) é:

[...] uma pesquisa que mantém, durante todo o processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para os problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

Para as autoras, optar por PCA como proposta metodológica é pensar em enfermagem, no entanto esta metodologia poderá ser utilizada pelas diversas profissões (TRENTINI e PAIM, 2004).

Nesse tipo de pesquisa, o processo teórico metodológico se torna um pouco mais complexo tendo em vista que inclui necessariamente uma prática assistencial, onde a pesquisa e a assistência deverão estar fundamentadas numa sistematização teórica.

Frente a isto, o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um novo conhecimento, que neste caso foi à construção coletiva das ações de promoção da saúde e prevenção da UPP das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio.

A partir das reflexões propostas por todos os envolvidos, a

pesquisa convergente-assistencial alcançará seu propósito de solucionar problemas e realizar mudanças de impacto na prática. Tais mudanças estarão passíveis de acontecer somente se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos, onde a melhor maneira para que isso ocorra é a participação destes em todo o processo de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Em total consonância com o escopo da proposta metodológica, pesquisar e assistir, este estudo se constituiu numa PCA, haja vista que objetivou, a partir de reflexões, a construção coletiva de um novo conhecimento e introdução de inovações com todos os envolvidos, neste caso os enfermeiros da eSF.

4.1.1 Etapas da pesquisa convergente-assistencial

O desenho metodológico da PCA é constituído por cinco fases, que se inter-relacionam, que são: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.1.1.1 Fase de concepção

Caracteriza o início da pesquisa e contempla: a introdução com a devida justificativa sobre o objeto estudado, a questão de pesquisa, o objetivo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004). Nesta pesquisa, seguindo a metodologia proposta esta etapa está descrita nos capítulos um, dois e três.

4.1.1.2 Fase de instrumentação

Esta fase consiste das decisões metodológicas para a coleta de dados, que contemplou: escolha do espaço e dos participantes da pesquisa, assim como a escolha das estratégias e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.1.1.2.1 Espaço da pesquisa

O espaço da pesquisa para Trentini e Paim (2004), é definido como aquele em que se encontra o problema a ser solucionado ou

mudanças a serem feitas e, por conseguinte onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa. Considerando esta premissa, este estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário de Saúde Continente, localizado em Florianópolis/SC.

O Município de Florianópolis tem uma população de 433.185 habitantes, dados do ano 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No âmbito da Atenção Primária a Saúde, com uma cobertura de 85% da Estratégia de Saúde da Família, possui a partir de sua base territorial e, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, 50 Centros de Saúde distribuídos entre 5(cinco) Distritos Sanitários, Leste, Sul, Norte, Centro e Continente.

O Distrito Sanitário Continente (DSC), local de escolha para desenvolvimento da pesquisa, foi o eleito, haja vista que a partir de um levantamento feito em 2011 apresentou o maior número de pessoas em situação condicionante a desenvolver UPP.

Este Distrito no mês dezembro de 2013 apresentou uma população de 98.496 habitantes, e era composto por 30 eSF distribuídas entre 12 Centros de Saúde.

Tal serviço se configura como APS, permitindo o acesso à população, como “porta de entrada” ao sistema de saúde a: consulta médica, odontológica e de enfermagem em todas as faixas etárias; atendimento em grupo, atendimento pela equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); visita/atendimento domiciliar conforme critério estabelecido pela eSF; procedimentos de enfermagem; procedimentos odontológicos; imunização; práticas integrativas e complementares (PICs), farmácia básica e acompanhamento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de todas as famílias, em especial, os identificados pelo MS como marcadores como, hipertenso, diabéticos, idosos, acamados e outros.

O atendimento a população normalmente ocorre das 8 às 12h e das 13 às 17h, tendo um único Centro de Saúde com atendimento das 18 às 22h, configurando como terceiro turno, no atendimento caracterizado a emergências leves, entre outras, febre, vômitos, diarreias.

No ano de 2011, data da última atualização dos dados, Informações em Saúde – Relatório Atendimento Atividade Individual/ Relatório Atendimento Atividade Coletiva – (RAAI/ RAAC), Site Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 2014, o Distrito Sanitário Continente, em seus 12 Centros de Saúde, prestou atendimento a 490.382 (quatrocentos e noventa mil e trezentos e oitenta e duas) pessoas procedentes de seus bairros.

Ainda, a equipe de enfermagem totalizou um quantitativo de

7.684 (sete mil, seiscentos e oitenta e quatro) procedimento de curativos em lesões com ou sem desbridamento, e a eSF 2.835 (duas mil, oitocentos e trinta e cinco) visitas domiciliares, o que se levanta a possibilidade de que, entre as diversas necessidades desta demanda, estavam as pessoas vulneráveis a desenvolver a UPP, ou mesmo a ocorrência do atendimento para a avaliação e tratamento do agravo já instalado.

Através do relatório RAAI e RAAC, pode-se observar que o maior número de atendimentos é o individual, voltado a tratamento e reabilitação, no entanto existem ações de prevenção caracterizadas, entre outras como, imunização e atividades coletivas de bochecho fluorado, e de promoção da saúde como atividade educativa com orientação em grupo, prática corporal, atividade física e outras.

4.1.1.2.2 Participantes da pesquisa

Trentini e Paim (2004), afirmam que a PCA não estabelece critérios rígidos para a seleção dos sujeitos da pesquisa, isto porque não valoriza o princípio da generalização e sim a representatividade quanto à profundidade e diversidade de informações.

As autoras acrescentam que os participantes são os sujeitos que estão diretamente relacionados com o problema em questão, e que estes não assumem apenas a condição de informantes, mas inclusive, são partes integrantes do estudo, podendo contribuir, entre outras, com crítica, sugestões, validação e divulgação dos resultados encontrados (TRENTINI E PAIM, 2004).

Desta forma, foram potenciais participantes da pesquisa aproximadamente 20 enfermeiros da eSF, lotados nos Centros de Saúde da área de abrangência do DSC, que estavam presentes no dia da apresentação da proposta, e que aceitaram participar a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como critérios de exclusão, optou-se por excluir profissionais enfermeiros que, embora estivessem lotados no Centro de Saúde e prestassem assistência direta, não faziam parte da eSF, os enfermeiros que atuavam exclusivamente na área administrativa, exemplo Coordenador do Centro de Saúde, e os que atendiam no serviço de Média Complexidade.

Tabela 1. Características sócio demográfica dos participantes da pesquisa. Florianópolis, 2014.

Características	%	(n)
Idade		
21 a 30	20	(4)
31 a 40	40	(8)
41 a 50	35	(7)
Não respondeu	5	(1)
Sexo		
Feminino	85	(17)
Masculino	10	(2)
Não respondeu	5	(1)
Estado civil		
Casado(a)	30	(6)
Solteiro	35	(7)
União Estável	10	(2)
Divorciado(a)	5	(1)
Não respondeu	20	(4)
Tempo de formação		
1 a 10 anos	50	(10)
11 a 20 anos	25	(5)
21 a 30 anos	10	(2)
Não respondeu	15	(3)
Pós Graduação		
Especilização	95	(19)
Mestrado	0	(0)
Doutorado	0	(0)
Não respondeu	5	(1)
Especialização		
Saúde da Família	60	(12)
Outras	40	(8)
Tempo atuação na eSF		
1 a 10	70	(14)
11 a 20	20	(4)
Não respondeu	10	(2)
Tempo atuação na SMS		
0 a 11 meses	5	(1)
1 a 10 anos	80	(16)
11 a 20 anos	0	(0)
21 a 30 anos	10	(2)
Não respondeu	5	(1)
Contrato de Trabalho		
Estatutário	95	(19)
Temporário	0	(0)
Não respondeu	5	(1)
TOTAL	100	20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

4.1.1.2.3 Estratégia para coleta de dados

A PCA é caracterizada por Trentini e Paim (2004), por movimentos denominados pelas autoras como uma “dança” que se revela por aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa com a prática. Segundo as autoras, o que faz a diferença no método convergente assistencial são as estratégias voltadas a obter a informação e com dupla intencionalidade de produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso da saúde pela prática assistencial de Enfermagem.

Desta forma atendendo o caminho metodológico escolhido as estratégias adotadas para a coleta de dados foram, uma entrevista focalizada com perguntas abertas, que segundo Minayo, 2010, esta tem como finalidade esclarecer um determinado problema, e oficinas temáticas preconizando atividades com discussão em grupo.

As discussões em grupo, para Flick (2004), resultam em ideias que surgem das experiências dos participantes, possibilitando em transformações individuais a partir da construção e reconstrução do conhecimento.

Nesta linha de pensamento, o pesquisador tem papel fundamental como mediador e facilitador das discussões, motivando o grupo a refletir e dialogar coletivamente. Os grupos nesta pesquisa, durante o desenvolvimento dos trabalhos, tiveram livre escolha de organização dos seus membros a cada atividade, de maneira que não eram fixos, possibilitando mobilidade entre eles e ampliando a probabilidade da troca de saberes.

A entrevista focalizada foi realizada para obter elementos, tão somente, que subsidiaram no planejamento das oficinas e etapas subsequentes, bem como na obtenção de informações sociodemográficas de cada um dos participantes da pesquisa.

Neste contexto, oficina é:

[...] reunião de um pequeno número de pessoas com interesses comuns, a fim de estudar e trabalhar para o conhecimento ou aprofundamento de um tema, sob orientação de um especialista. Possibilita o aprender a fazer melhor algo, mediante a aplicação de conceitos e conhecimentos previamente adquiridos. (ANASTASIOU; ALVES, 2005, p. 96).

Para Grisotti e Patrício (2006, p. 63), oficina é entendida como “um espaço de vivências interpessoais criados para trabalhar -

transformar – situações particulares e coletivas. É um processo participativo, no qual se estimulam a explicitação, a discussão e a reflexão de temas”.

Para que se tenha êxito, a oficina deve ser previamente planejada, considerando flexibilidade no desenvolvimento das suas etapas. O pesquisador deve dominar o processo, podendo utilizar diversos recursos num movimento construtivo do saber individual e coletivo. (ANASTASIOU; ALVES, 2005).

As três oficinas temáticas voltadas à formulação das ações de prevenção da UPP e promoção da saúde foram mediadas e facilitadas pela pesquisadora.

Cada uma das oficinas se constituiu de três etapas, sendo estas planejadas e norteadas pela proposta adaptada de Basso e Monticelli (2010) como segue: a primeira etapa com o acolhimento dos participantes, num movimento de preparo do ambiente, disposição das cadeiras em círculo propiciando o contato visual e escuta entre os presentes, organização do material didático e recursos audiovisuais. Na segunda etapa ocorreu o desenvolvimento da atividade central caracterizada pelas discussões e reflexões coletivas, e terceira e última etapa o fechamento da oficina destinada às dúvidas, outras contribuições, agradecimentos e os desafios para o encontro seguinte.

As oficinas temáticas tiveram por finalidade aprimorar e ampliar conhecimentos sobre a UPP e ainda construir coletivamente, na perspectiva da prática diária, e realidade local, ações de prevenção da UPP e promoção da saúde das pessoas susceptíveis a desenvolver o agravo.

Para sua realização, foi utilizada, entre outras, técnica de leitura de textos oferecidos pela pesquisadora a fim de gerar e enriquecer o debate, lúdico e mapas conceituais.

Mapas conceituais são esquemas que indicam uma relação entre conceitos ou entre palavras para representar o conceito. Estes se configuram em ferramentas importantes no modo de ensinar e aprender haja vista a participação ativa dos envolvidos na troca e construção de saberes (MOREIRA, 1988).

4.1.1.3 Fase de perscrutação

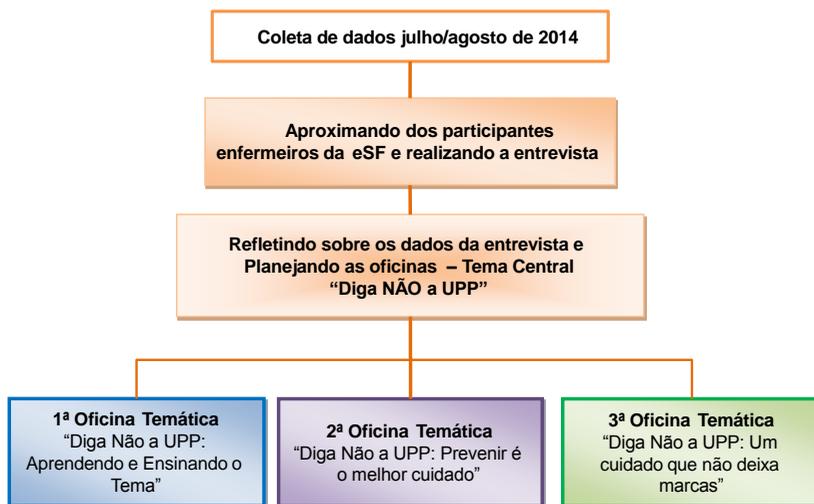
Esta fase consiste em apontar as técnicas e ou instrumentos para obtenção das informações no espaço de assistência, descrevendo minuciosamente cada etapa.

Trentini e Paim (2004) afirmam que, a criatividade e a sensibilidade do pesquisador em determinar as estratégias e as condições indagantes da pesquisa seguem caminhos paralelos sem perder o rigor imperativo da metodologia. Nesta premissa, o caminho percorrido deve expressar confiança e fidedignidade.

A seguir, o Diagrama geral da operacionalização da PCA (Figura 1), representando as atividades e estratégias desenvolvidas, e posteriormente a descrição detalhada de cada momento:

Para iniciar a coleta de dados, num primeiro momento, foi apresentada a proposta à Diretoria e Gerência da Atenção Primária a Saúde, Gerência de Enfermagem e os respectivos Diretores dos Distritos Sanitários, entre estes, o do Continente.

Figura 1: Diagrama geral representativo das atividades e estratégias desenvolvidas.



Fonte: Elaborado pela autora após a coleta de dados, 2014.

De maneira expositiva, através de recurso audiovisual, foi contextualizado a temática da UPP, esclarecido a finalidade do projeto, bem como seria desenvolvido. Este primeiro contato foi bastante enriquecedor, pois houve uma expressiva importância e consideração pela proposta, o que fortaleceu e abriu o caminho para a realização das atividades da pesquisa conforme será apresentado a seguir.

A efetiva coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de

2014. Todos os encontros aconteceram no espaço de reunião técnica mensal dos enfermeiros, condição que determinou o número de participantes em cada oficina, ou seja, participaram da pesquisa todos os enfermeiros que estavam presentes no primeiro encontro de apresentação da proposta e que compareceram nas reuniões subsequentes.

O primeiro encontro, denominado, aproximação dos participantes da pesquisa, ocorreu no auditório de um Centro de Saúde, e contou com a participação de 20 enfermeiros que compareceram a reunião.

Esta aproximação se deu a partir da apresentação pessoal da pesquisadora, e posteriormente, de maneira expositiva, através de recurso audiovisual foi contextualizado o tema, esclarecido o propósito do estudo, as questões norteadoras, objetivos, os métodos, vantagens, desvantagens questões éticas como o anonimato, direito de desistirem de participar em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa e proposta de trabalho.

Em seguida foi realizada a entrevista focalizada, com entrega à cada participante do instrumento de coleta de dados, do tipo roteiro estruturado com perguntas abertas (Apêndice A), contemplando questionamentos sobre as bases conceituais da UPP, fatores de risco para o desenvolvimento da lesão, bem como o conhecimento sobre a avaliação da pessoa, e as ações de prevenção da UPP e promoção da saúde adotadas a fim de evitar o agravo.

A entrega e o preenchimento do instrumento de pesquisa duraram aproximadamente 30min. A partir destas indagações, individualmente, cada participante pode expressar nas respostas o conhecimento acerca da UPP, assim como, a realidade vivenciada em seu contexto de trabalho, neste caso, da APS.

Segundo Reibnitz (2004), a pesquisadora, em uma abordagem investigativa, necessita realizar um diálogo com a realidade, a fim de entender de maneira mais precisa sobre determinado campo de interesse.

Neste raciocínio, numa reflexão sobre as informações originadas da entrevista, a pesquisadora se recolheu na intimidade da pesquisa, digitalizou e analisou todos os dados. A partir desta análise, foram planejados os momentos seguintes.

O planejamento dos encontros contemplou o desenvolvimento do tema UPP, mas também previu a integração e socialização do grupo com espaço de intervalo para o lanche trazido pela pesquisadora e alguns participantes, conforme exemplo apresentado na Proposta Oficina I, no Apêndice B. Todos os encontros se configuraram em forma de oficinas temáticas, intitulada pela pesquisadora como tema central “Diga não a

UPP”, conforme descrito a seguir.

Realizando a 1ª Oficina - “Diga Não a UPP: Aprendendo e Ensinando o Tema”:

Esta oficina ocorreu no dia 15 de julho de 2014, e durou aproximadamente 2 horas e 30 minutos. Nesta data, estavam presentes 13 enfermeiros, e foi trabalhado o aprimoramento e ampliação do conhecimento sobre a UPP, quanto, conceito, classificação, localização, como ocorre e fatores causais/ risco.

Numa reflexão associativa dos dados da entrevista com a literatura, foi empregada a técnica de leitura de textos. Também foi utilizado conteúdo expositivo com apresentação de lâminas em recursos audiovisuais abrindo espaço para discussão, esclarecimentos e o compartilhar de experiências, e ainda o conhecimento do comprometimento tecidual de cada estágio da UPP através do lúdico com materiais para trabalho manual como guache, isopor, pincel e outros.

Inicialmente foi feita a divisão em três grupos, denominados, grupo um, dois e três. Para a primeira atividade que tinha como propósito trabalhar o conceito da UPP, foi distribuído a cada um dois textos sobre o conceito, e frases originadas das respostas da entrevista que foi aplicada no primeiro encontro.

De posse do material didático, foi proposta a reflexão e discussão no pequeno grupo sobre cada uma das frases comparando com o conceito dos autores, as consistências, relações e incoerências conceituais. Em seguida no grande grupo, foram apontadas as conclusões sobre os conceitos levantados no encontro anterior estavam de acordo com a literatura ou não.

Esta dinâmica no pequeno, e seguidamente no grande grupo possibilitou de maneira participativa entender efetivamente o que é a UPP, e ponderar sobre o quanto é primordial ter este conhecimento como forma de estabelecer o cuidado voltado a evitar o agravamento.

Para finalizar esta atividade, foi apresentado de maneira expositiva pela pesquisadora o conceito da UPP da NPUAP/EPUAP, e em continuidade a fisiopatologia e os pontos de ocorrência mais comuns de desenvolvimento da UPP. Durante esta apresentação, foi possibilitando aos participantes que expressassem suas dúvidas bem como contribuições.

Para a segunda atividade da oficina, a proposta era trabalhar a

classificação da UPP de acordo com seus estágios. Inicialmente foram apresentadas em recursos audiovisuais as respostas originadas da entrevista do encontro anterior sobre a classificação. Esta apresentação permitiu que os participantes tivessem ciência do grau de conhecimento prévio do grupo, mas também trouxe a responsabilidade de balizar o conhecimento, dando ênfase nos pontos de maior atenção, conforme atividade descrita a seguir.

Foram distribuídos para os três grupos materiais como, tinta guache, pincel atômico, tesoura, isopor no formato tridimensional representando a pele e suas divisões, juntamente com estas algumas referências bibliográficas sobre a classificação UPP.

Cada grupo tinha a responsabilidade de representar no isopor através da pintura e de acordo com a literatura, o comprometimento tecidual mediante o desenvolvimento da úlcera nos seus respectivos estágios.

Após, cada grupo tinha por responsabilidade apresentar no grande grupo o construído de acordo com a organização a seguir: Grupo um: introdução histórica sobre o sistema de classificação e sua importância para a prática clínica da enfermagem e a classificação da UPP em seus estágios (suspeita de lesão, úlcera não estadiável, diferenças da UPP em mucosas e diferença entre UPP e escara). Grupo dois: estadiamento da UPP I e II. Grupo três: estadiamento da UPP III e IV.

Esta dinâmica possibilitou o pensar, dialogar e o contruir através do lúdico, resultando no ensino-aprendizado sobre o estadiamento da UPP.

Na finalização desta atividade, foi apresentado de maneira expositiva pela pesquisadora um compilado sobre a classificação da UPP da NPUAP/EPUAP, oportunizando que os participantes expressassem dúvidas e contribuições.

A terceira atividade desta oficina contemplou a discussão sobre os fatores causais (risco) da UPP. Numa grande roda, foram trazidas, de maneira expositiva em recurso audiovisual, as respostas originadas da entrevista do encontro anterior sobre o conhecimento dos riscos de uma pessoa que está no domicílio desenvolver a UPP.

Na sequência, foram distribuídas mais duas bibliografias sobre os fatores de risco da UPP para leitura, e juntamente com estas, cartolina, papel A4, pincel atômico, e outros. Em dupla, foi levantada, a partir do conhecimento prévio trazido na apresentação e da leitura, uma lista dos fatores de risco. Realizou-se em seguida a discussão e categorização coletiva dos fatores considerados como extrínsecos e intrínsecos, resultando em um painel dos fatores de risco para UPP elencados pelos

participantes (Apêndice C).

Este conhecimento se tornou importante na medida em que os participantes tiveram a ciência de que quanto mais fatores de risco associados, aumenta a chance de desenvolver a UPP, no entanto na presença dos considerados intrínsecos nem sempre é passível de evitar o agravo, não devendo esta responsabilidade ser atribuída à equipe e ou cuidador/ familiar.

No encerramento, a partir da construção e reconstrução do conhecimento nesta oficina, para o próximo encontro, foi lançado mão do desafio aos participantes com a seguinte pergunta: como os Enfermeiros da eSF avaliam o risco de desenvolver UPP nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio, e quais as ações de prevenção e promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da lesão?

Realizando a 2ª Oficina – “Diga Não a UPP: Prevenir é o melhor cuidado”

Esta oficina ocorreu no dia 29 de julho de 2014, e durou aproximadamente 3 horas e 30 minutos. Compareceram nesse encontro 15 profissionais.

Foi trabalhado, a partir da construção coletiva, na perspectiva da prática diária e realidade local, a gestão do cuidado para as pessoas susceptíveis a desenvolver a UPP no domicílio, para as quais se pretende evitar o desenvolvimento do agravo.

Inicialmente foi realizada discussão em pequenos grupos, com leituras de textos e reflexões relacionadas à identificação e avaliação da pessoa e da pele, e avaliação do risco de desenvolver a UPP a partir da escala preditiva de Braden (Anexo A).

Desta forma foi contemplado sobre o que é a escala, sua finalidade e aplicabilidade na prática, bem como as ações de promoção da saúde e prevenção da UPP, sob o olhar da PNPS e recomendações internacionais de prevenção da UPP da NPUAP/ EPUAP.

Cada grupo foi responsável em formular as ações e socializar com os participantes, propiciando troca de saberes. No final da atividade, em complemento, a pesquisadora finalizou com um compilado de maneira expositiva sobre o que traz a literatura.

Para dar introdução ao tema, em feedback do que foi elaborado no encontro anterior, foi fixado no chão, de modo que desse acesso visual a todos, o painel sobre os fatores de risco para UPP elencados pelos participantes.

Em complemento, de maneira expositiva, foram rememorados os conceitos, fatores relacionados e determinantes da UPP. Também, foram lembrados os objetivos do estudo e a importância da participação dos enfermeiros neste processo, seja pela riqueza nas contribuições e/ou pela oportunidade da construção coletiva.

A atividade no primeiro momento foi voltada à identificação e avaliação das pessoas em risco de desenvolver a UPP, pautada na escala preditiva de Braden. Da mesma maneira que no encontro anterior, com a premissa de que a discussão deve partir do conhecimento prévio do grupo, foram apresentadas as respostas da entrevista quanto à identificação e avaliação da pessoa vulnerável a desenvolver o agravo.

Em continuidade, também de maneira expositiva foi apresentada ao grupo a definição e finalidade da escala, e com base nestas, de maneira reflexiva, foi feita uma correlação entre os parâmetros apontados na escala preditiva de Braden e juízo clínico dos enfermeiros pontuado no painel fixado no chão, painel este elaborado no encontro anterior pelos participantes.

Esta dinâmica mostrou inúmeros pontos de coerência e serviu para evidenciar que de certa forma já se pensa neste perfil do paciente vulnerável, o que não existia até o momento era um instrumento que desse sustentação sólida para a avaliação.

Com intuito de aproximar ainda mais os participantes da escala de Braden, esta foi distribuída para cada um, e trabalhada passo a passo as seis subescalas quanto ao conceito e pontuação. Após foi feita divisão em três grupos, distribuídos casos, aplicada a escala e obtido o escore.

No encerramento desta atividade foi apresentada no grande grupo e discutida a sua aplicabilidade, facilidades bem como as dificuldades. Esta dinâmica foi relevante, pois propiciou aos participantes uma maior aproximação e familiaridade no uso da escala.

Em sequência, com o propósito de formular coletivamente as ações de promoção da saúde e prevenção da UPP, a atividade teve seu início com a apresentação expositiva das bases conceituais, da primeira sob o olhar da PNPS e WHO e a segunda de acordo com as recomendações da EPUAP/NPUAP.

Inicialmente, para cada participante foi distribuído um bombom acompanhado de uma frase compilada e originada da análise da entrevista do primeiro encontro sobre ações que podem prevenir o desenvolvimento da UPP, e promover a saúde do indivíduo, a fim de evitar o agravo.

Em seguida, para facilitar a discussão e reflexão, o grupo foi dividido em quatro pequenos grupos e foram entregues duas referências,

uma sobre prevenção e outra sobre promoção da saúde. Os participantes de posse do material didático fizeram a leitura, e refletiram sobre cada uma das frases entregues, comparando-as com o trazido pelos autores das referências, quanto às coerências e incoerências conceituais, o que deve ser mantido ou suprimido.

Diante do conhecimento aprimorado e ou adquirido os participantes, no pequeno grupo, passaram a construir as ações de prevenção da UPP e promoção da saúde a fim de evitar o agravamento, de acordo com cada recomendação: Avaliação da pele, Nutrição para a prevenção das UPP, Reposicionamentos para a prevenção das UPP, Superfícies de apoio.

A fim de enriquecer a discussão e facilitar o processo de construção e reconstrução do conhecimento foi realizada a junção dos pequenos grupos, e em conjunto formulado coletivamente as ações de prevenção da UPP e promoção da saúde, a partir do que se elaborou nos grupos um, dois, três e quatro.

Cada grupo apresentou ações relacionadas a uma Recomendação (Grupo um: Avaliação da pele, Grupo dois: Nutrição para a prevenção da UPP, Grupo três: Reposicionamentos para a prevenção da UPP, Grupo quatro: Superfícies de apoio), e os demais participantes contribuíam complementando com as ações não elencadas pelo grupo apresentador, unificando os saberes relacionados ao tema, resultando em um painel com as referidas ações de prevenção da UPP e promoção da saúde, elaboradas pelos participantes (Apêndice D).

No encerramento da atividade e também desta oficina, em ratificação o que havia sido pontuado pelos participantes e acrescentando relevâncias para o cuidado, a pesquisadora trouxe de maneira expositiva as diretrizes da NPUAP/EPUAP sobre a Prevenção da UPP, oportunizando neste momento também espaço para dúvidas, discussões e outras contribuições.

Realizando a 3ª Oficina – “Diga Não a UPP: Um cuidado que não deixa Marcas”:

Esta oficina, finalizando a coleta de dados, ocorreu no dia 26 de agosto de 2014, durou aproximadamente 3 horas e 30 minutos e, contou com a presença de 18 enfermeiros.

Este encontro teve a finalidade de repassar e rememorar o conhecimento aprimorado e adquirido durante todas as etapas do processo, mas com uma perspectiva de reflexão que aproximasse os participantes da prática diária.

Para o alcance deste propósito, foram propostas duas situações/

casos clínicos fictícios (Apêndice E) no âmbito da APS. Para cada caso, pautada na avaliação da escala de Braden, foi traçado um plano de cuidados a fim de prevenir a UPP, promover a saúde e consequentemente melhorar a qualidade de vida da pessoa e família.

Para iniciar efetivamente a atividade, foi dividido em dois grupos e entregue a cada um o caso selecionado. Dispostos no grupo menor, e de posse do material estes leram o caso, fizeram a avaliação pautada na escala de Braden e definiram o escor de risco.

Esta atividade possibilitou aos participantes da pesquisa refletir sobre a temática da promoção da saúde e prevenção da UPP, passando por todas as fases da construção e reconstrução do conhecimento das oficinas (UPP: conceito, fisiopatologia, classificação, localização, fatores de risco, ações de promoção e prevenção).

Os cuidados elencados, visando à promoção da saúde e prevenção da UPP, considerou a participação ativa da pessoa susceptível ao desenvolvimento da UPP e seu familiar, o contexto social, econômico, cultural de vida, o incentivo ao desenvolvimento de habilidades pessoais, numa prática educativa, dialógica, levando em consideração ainda as limitações, mas, sobretudo ressaltando suas potencialidades.

Cada grupo apresentou os resultados do caso estudado e juntamente com a pesquisadora foi aberto para discussão dúvidas e contribuições.

No fechamento, encerrando a oficina com os participantes da pesquisa, através de feedback, quanto a experiência da construção e reconstrução do conhecimento acerca do tema trabalhado, foi entregue um instrumento investigativo (Apêndice F). Esta devolutiva, foi individual através da escrita, a partir de 3 perguntas norteadoras abertas e fechadas. Em conclusão, a pesquisadora agradece a participação de todos e se coloca a disposição para futuras dúvidas.

4.2 REGISTROS DOS DADOS

O registro das informações coletadas atendeu os preceitos e os critérios rigorosos da PCA a fim de manter a confiabilidade. Tretini e Paim (2004) colocam que os dados podem ser registrados de várias maneiras, entre elas, gravações, fotos, registro de diário. As autoras colocam sobre a dificuldade de se registrar tudo dentro de um determinado tempo, no mesmo momento em que se está coletando os dados. Assim é recomendado utilizar técnicas mistas de registro.

Para esta pesquisa foi utilizada, entrevista focalizada, e filmagens

de todas as oficinas temáticas com o consentimento prévio.

O registro efetivamente ocorreu posteriormente com a transcrição em programa Word for Windows, constituído de informações relacionadas aos aspectos teórico-metodológicos e detalhamento das situações observadas durante todas as etapas do processo.

4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As fases de análise e de interpretação consistem na escolha e aplicação dos métodos e técnicas que serão utilizados para realizar uma reflexão crítica das informações colhidas e chegar a um diagnóstico. Estas fases ocorrem paralelamente à coleta dos dados.

Para Trentini e Paim (2004, p.91):

A pesquisa convergente-assistencial se presta a investigar fenômenos do contexto da prática assistencial de Enfermagem que, na sua maioria, são complexos e multifacetados [...]. Devido a esta complexidade, este tipo de pesquisa pode lidar com os mais variados exemplares de informações, que requerem a utilização de uma variedade de métodos e técnicas de análise.

Cabe ainda colocar que, segundo as autoras, este momento se traduz em algo bastante delicado para pesquisadores iniciantes, exigindo uma capacidade de abstração e uma atividade intelectual exaustiva.

A análise e a interpretação dos dados tiveram seu início já a partir do término do primeiro momento da coleta de dados e ocorreu longitudinalmente durante todo o processo de maneira simultânea e gradativa com o caminhar da pesquisa.

Buscando garantir o rigor metodológico, conforme proposto por Trentini e Paim (2004), a análise se constituiu da etapa de apreensão e a interpretação, das etapas de síntese, teorização e transferência.

4.3.1 Fase de análise

4.3.1.1 Processo de Apreensão

Esta iniciou com a coleta das informações provenientes da entrevista, e na sequência foram realizados os registros com as

transcrições das oficinas temáticas, materializando a fase de apreensão.

Frente a organização, a partir da leitura exaustiva das informações e reflexões, foi separado o relato dos participantes gerando a primeira codificação, a partir das palavras chave e questões centrais originadas das informações que apareciam repetidas vezes, ou seja, de maneira persistente.

4.3.2 Fase de Interpretação

4.3.2.1 Processo de Síntese

Esta fase consiste em imergir nos dados obtidos da apreensão e adquirir completa familiaridade com os mesmos, assim como total domínio do tema investigado em consonância com o contexto estudado. O processo de síntese representa a “análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 95).

Nesta pesquisa, esta fase se concretizou a partir da consolidação dos códigos e interpretação das informações, tendo seu auge no exato momento em que a pesquisadora conseguiu sintetizar e memorizar todo o processo, o que deu origem as categorias, podendo ser observado um exemplo no Apêndice H, que apresenta a síntese da oficina I: consolidação da codificação.

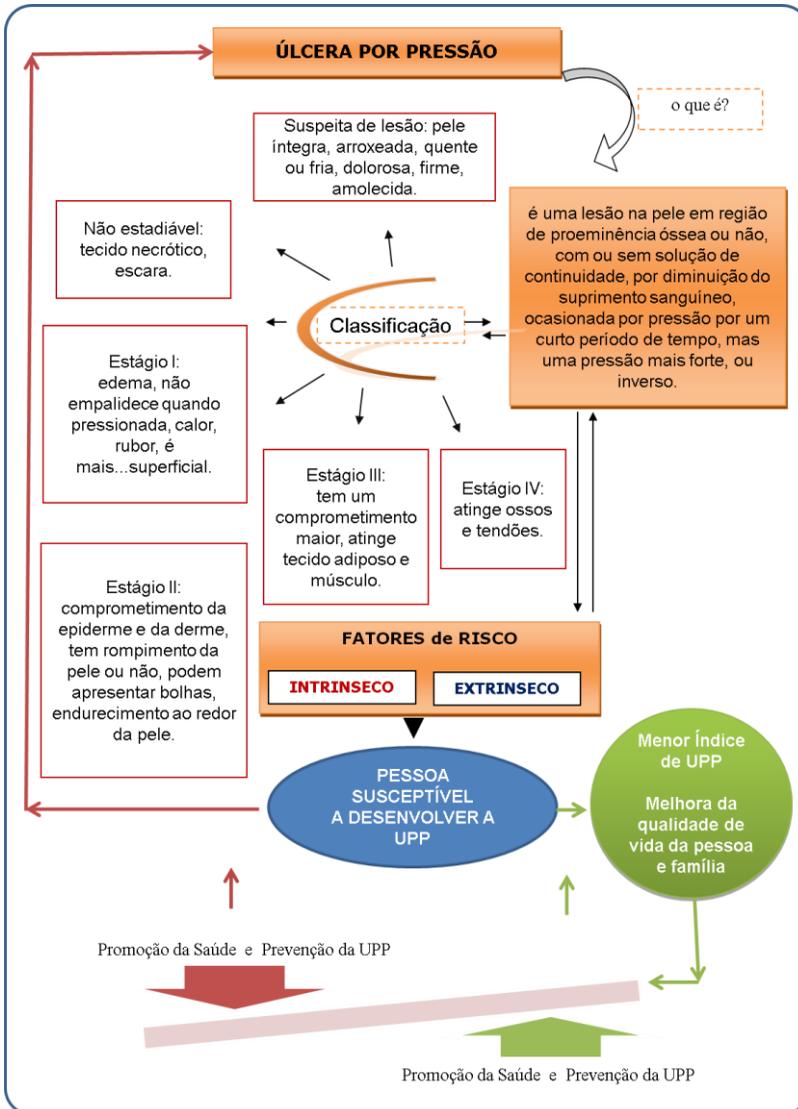
4.3.2.2 Processo de Teorização

Esta etapa consiste em distinguir quais informações são importantes, insignificantes e ou que respondem os questionamentos. Com um alto nível de abstração envolve um trabalho de especulação, verificação, seleção, revisão e descarte (TRENTINI E PAIM, 2004).

Na fase de teorização as informações reconhecidas durante o processo de síntese foram trabalhadas em associação com a fundamentação teórico filosófica, o que resultou em um esquema teórico com, novos conceitos, interrelações e conclusão do estudo em resposta ao problema de pesquisa propriamente dito.

Um esquema teórico (Figura 2) será apresentado a seguir sobre a UPP e seus determinantes, que supera a racionalidade, a objetividade, que valoriza a presença da subjetividade, a relação e o encontro entre os sujeitos. Um modelo a partir da construção e reconstrução do conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde sobre a UPP.

Figura 2: Esquema teórico sobre a UPP.



Fonte: Elaborado pela autora após análise e interpretação dos dados.

4.3.2.3 Processo de Transferência

Na PCA a fase de transferência consiste em oferecer significados aos achados buscando a socialização dos resultados através da contextualização em condições similares (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesta etapa as conclusões desta pesquisa foram constituídas e trabalhadas de forma a socializá-las, propiciando que seus resultados com essência singular, fossem ampliados para outras realidades sob a ótica da cobertura do cenário assistencial como um todo, mas sem generalizações.

Esta etapa pode ser observada nos tres artigos que contemplam os resultados e a discussão da pesquisa (Capítulo 5 da Dissertação).

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento de uma investigação gera resultados que posteriormente serão divulgados, interna e externamente. Esta situação remete a uma postura e compromisso ético, o que na PCA se torna ainda mais relevante haja vista que não se trata somente de um retrato de um cenário e sim da inserção da prática cotidiana.

Frente a esta peculiaridade, tornou-se imperativo que o propósito deste estudo fosse proposto aos participantes da pesquisa de forma clara e objetiva. Sendo assim, na primeira aproximação com os profissionais foram apresentados os métodos de coleta de dados, formas de registros inclusive a filmagem, as vantagens e desvantagens da participação. Foi garantido que danos previsíveis fossem evitados, respeitados os desejos em relação ao anonimato bem como sigilo referente às informações fornecidas, denominando os nomes dos participantes como letras.

Nesta conversa foi possibilitada a livre escolha de participar ou não do estudo, bem como, os participantes foram tratados com dignidade, e respeitada a autonomia e o direito de desistirem em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa se assim o desejasse. Em sequencia foi entregue para cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice I), e em conjunto foi feita a leitura.

Após este dialogo os profissionais tiveram condições de decidir se concordariam ou não em participar do estudo. Todos os presentes aceitaram, ratificando a participação a partir da assinatura do TCLE em duas vias, ficando uma com o participante e a outra de posse da pesquisadora.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento a pesquisadora se colocou disponível durante todo o processo, e inclusive ao término da pesquisa. Também buscou reconhecer as limitações, buscando aprimoramento científico, em benefício do grupo e do próprio crescimento pessoal e profissional.

Neste estudo foram seguidos os preceitos éticos determinados pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinki (DECLARAÇÃO DE HELSINKI, 1964), cumprindo os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Este estudo ainda respeitou os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de Enfermagem, através da resolução COFEN 311/2007 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2008).

O projeto deste estudo foi submetido à análise da instituição envolvida, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, sendo aprovado em 14 de fevereiro de 2014, (Anexo B). e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC para análise e parecer, tendo sua aprovação em 07 de julho de 2014, sob o n. CAAE 3209514.3.0000.0121, e parecer n. 711.385 (Anexo C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados a seguir em forma de dois manuscritos, conforme a Resolução 06/ PEN/ 2009, que dispõe sobre os trabalhos finais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O primeiro manuscrito intitulado “Úlcera por pressão: a construção e reconstrução do conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária a Saúde”.

O segundo manuscrito intitulado “Promoção da saúde e prevenção da úlcera por pressão desenvolvida por enfermeiro da Atenção Primária”.

5.1 ARTIGO - ÚLCERA POR PRESSÃO: A CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

ÚLCERA POR PRESSÃO: A CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE¹

PRESSURE ULCER: CONSTRUCTION AND RECONSTRUCTION OF KNOWLEDGE OF NURSES OF PRIMARY HEALTH

ÚLCERAS POR PRESIÓN: CONSTRUCCION Y RECONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERAS DE PRIMARIA DE SALUD

Cilene Fernandes Soares²

Ivone Te Teresinha Schülter Buss Heidemann³

Resumo: este estudo tem como objetivo apresentar a construção e reconstrução do conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária sobre a úlcera por pressão. Pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial. A coleta de dados ocorreu em um município do Sul do Brasil, em julho de 2014, com aproximadamente 20 enfermeiros da equipe de Saúde da Família. A pesquisa foi conduzida em duas etapas, primeira investigativa com realização de entrevista com perguntas abertas, e a segunda pela prática educativa, através da oficina temática, Diga não a úlcera por pressão, aprendendo e ensinando o tema. Da prática educativa culminaram três categorias: Compreender a úlcera por

¹ Extraído da dissertação “Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária: reflexão com enfermeiros sobre a escala de Braden”, Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. E-mail olacilene@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. E-mail ivoneteheideman@gmail.com

pressão (conceito), Conhecer a classificação da úlcera por pressão, Desvelar os fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão. Estudo permitiu observar a aquisição e aprimoramento do conhecimento sobre o tema de maneira mais efetiva; a necessidade de capacitações contínuas, devendo iniciar na formação acadêmica, que proverá para o enfermeiro articulação de habilidades, condutas seguras, a fim de evitar o desenvolvimento da úlcera por pressão; melhorar a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, e enriquecer o campo da prática científica da enfermagem.

Descritores: Conhecimento, Enfermagem, Úlcera por Pressão.

Abstract: This research aims to show the construction and reconstruction of the knowledge of the Primary Care nurses about the pressure ulcer. It is a convergent-care qualitative research. The data collection was made in a town in the south of Brazil, in July 2014, together with about 20 nurses of the “Saúde da Família” staff. The research was made in two steps, the first was an investigation by an open question interview, and the second one by educational practice, through the thematic workshop “Say no to the pressure ulcer, learning and teaching the subject”. From the educational practice, came three categories: to understand the pressure ulcer (the concept), to know the pressure ulcer classification, to expose the risk factor for the pressure ulcer development. The study made possible to observe the acquisition and improvement of the knowledge about this subject on a more effective way; the necessity of continuing qualification starting at the college degree, which will bring ability improvement and safe conduct for the nurse in order to avoid the pressure ulcer development; to improve the quality of life of the people and their family, and to enrich the nursing scientific practical field.

Descriptors: Knowledge, Nursing, Pressure Ulcer.

Resumen: Este estudio del tipo convergente-asistencial tiene como objetivo presentar la construcción y reconstrucción del conocimiento de los enfermeros de la Atención Primaria sobre la úlcera por presión. La recolección de datos ocurrió en una ciudad del Sur de Brasil en julio de 2014 con aproximadamente 20 enfermeros del equipo de Salud de la Familia. La investigación se constituyó en dos etapas: (i) investigativa con realización de entrevista con preguntas abiertas; (ii) práctica educativa a través de taller temático *Diga no a la úlcera por presión*. De

la práctica educativa surgieron tres categorías: (i) comprender la úlcera por presión (concepto); (ii) conocer la clasificación de la úlcera por presión; (iii) desvelar factores de riesgo para el desarrollo de la úlcera por presión. El estudio permitió observar la adquisición y perfeccionamiento del conocimiento sobre el tema de manera más efectiva; la necesidad de crear cursos de formación continuada en la formación académica que proporcionará al enfermero habilidades y conductas seguras con el objetivo de evitar el desarrollo de la úlcera por presión; mejorar la calidad de vida de personas y familiares y también enriquecer el campo de la práctica científica de la enfermería.

Descriptor: Conocimiento, Enfermería, Úlcera por Presión.

Introdução

Os cuidados com a pele, associados às boas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, pode resultar num menor índice da Úlcera por Pressão (UPP).

A European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009, p.7), conceituam UPP como “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 forças de torção”.

A UPP se configura em um grave problema de saúde pública, atingindo cerca de 12% da população acamada do Sudoeste Europeu (COSTA, 2010; LOBO, 2008).

No Brasil, Borges e Fernandes (2012), afirmam que a prática de notificação do agravo é inexpressiva, traduzindo uma realidade desconhecida em relação ao número de pacientes.

No entanto, um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), apresentou uma incidência anual de 11% da UPP nos pacientes em assistência domiciliar (BRASIL, 2009).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as pessoas que podem desenvolver a UPP estão inseridas nos domicílios sob o cuidado terapêutico dos profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) e dos próprios familiares. Assim os profissionais da eSF devem buscar estratégia que vise diminuir e/ou evitar a ocorrência da lesão.

Nesta perspectiva, o enfermeiro como membro integrante da equipe, precisa se imbuir de maiores conhecimentos sobre a UPP, aumentando a expectativa de, além dos benefícios para pacientes,

familiares e cuidadores, a redução nos custos para a saúde pública.

Em consonância, Joseph e Clifton (2013), trazem que no Reino Unido, os enfermeiros devem estar informados sobre os sinais e sintomas da UPP e as estratégias para evitá-la.

Um estudo na Suíça com 30 enfermeiros, objetivou descrever os fatores contribuintes do desenvolvimento da lesão, expôs a percepção dos participantes que, reconheceram a relação dos fatores aos próprios profissionais, mais precisamente, a limitada compreensão da ocorrência do agravo (ATHLIN, et al., 2010).

Frente à esta problemática, é que se torna indispensável um maior conhecimento sobre a UPP, suscitando os seguintes questionamentos: Qual o conhecimento dos enfermeiros sobre as bases conceituais e os fatores de riscos para desenvolvimento da UPP da pessoa que está no domicílio?

Com intuito de estimular reflexões, este estudo tem como propósito apresentar a construção e reconstrução do conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária sobre a UPP, contribuindo para progresso científico e da prática da Enfermagem.

Metodologia

Estudo qualitativo, descritivo, que utilizou os preceitos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) para produção e análise dos dados.

Esta metodologia une o pensar ao fazer, resultando no "saber fazer" crítico e reflexivo. Permite assistir e pesquisar, sua principal característica é a articulação direta e intencional com a prática assistencial e/ou educativa no contexto estudado e, simultaneamente, produzir dados para a investigação (BASSO; MONTICELLI, 2010; TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, foi realizada em forma de oficina, uma prática educativa, objetivando reflexões e a construção de um novo conhecimento com todos os envolvidos, neste caso os enfermeiros da eSF.

A coleta de dados ocorreu em um Distrito Sanitário de um município do Sul do Brasil em julho de 2014. Este Distrito, naquele momento, possuía 30 eSF distribuídas em 12 Centros de Saúde, tendo um enfermeiro por equipe. Tal serviço se configurava como Atenção Primária a Saúde.

Participaram do estudo 20 enfermeiros, dos 30 que atuavam na eSF.

A inclusão dos participantes se deu por ser enfermeiro da eSF, e como exclusão, os que tinham pouco ou nenhum vínculo com o paciente e a família, e que atuavam exclusivamente na área administrativa, exemplo o Coordenador.

Atendendo o caminho metodológico, a PCA foi conduzida, em duas etapas, a primeira investigativa, com a entrevista para obter elementos, que subsidiaram no planejamento da etapa subsequente, e obtenção do perfil sociodemográfico dos participantes. E a segunda por meio da prática educativa, através da oficina temática, intitulada “Diga não a Úlcera por Pressão, aprendendo e ensinando o tema”.

A oficina temática, primando pelo pensar, dialogar e construir, foi planejada a partir da análise das informações da entrevista dos participantes, que expressaram nas respostas, com base na vivência de seu contexto de trabalho, o conhecimento sobre a UPP.

Assim, a oficina se constituiu de três etapas norteadas pela proposta adaptada de Basso e Monticelli (2010): preparo do ambiente com disposição das cadeiras em círculo, propiciando o contato visual, escuta e acolhimento dos participantes, desenvolvimento da atividade central com o compartilhamento de experiências, reflexões e discussões, e por fim o fechamento da oficina destinado a esclarecimentos, outras contribuições e agradecimentos.

Visando motivar a participação, aflorar o tema UPP e enriquecer o debate, quanto a conceito, classificação, localização e fatores de risco, foram empregadas, técnicas de leitura de textos, exploração da realidade permeada pelo lúdico, e conteúdo expositivo.

As atividades, no total de três, foram desenvolvidas em grupos, denominados, “G1”, “G2” e “G3”, onde estes tiveram livre escolha de organização dos seus membros, possibilitando mobilidade entre eles e ampliando a probabilidade da troca de saberes.

Os dados que emergiram das discussões e depoimentos dos grupos. Foram registrados através da entrevista e filmagem da oficina com posterior transcrição. Na seqüência iniciou-se a análise, com a fase de apreensão, materializada pela seleção das palavras chave que apareciam repetidas vezes. Por fim a interpretação, com as etapas de síntese, que deu origem as categorias. Em seguida a de teorização articulando as informações categorizadas com a literatura, e a de transferência dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para garantir os padrões éticos exigidos, as atividades somente iniciaram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado o anonimato, sendo estes identificados por grupos, representados por números em denominação.

Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o n. CAAE 3209514.3.0000.0121, e parecer n. 711.385 em 07 de julho de 2014, e que foram observados todos os preceitos éticos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

As informações foram analisadas, agrupadas por afinidade e de acordo com os tópicos abordados nos encontros: Compreender a UPP (conceito), Conhecer a Classificação da UPP, Desvelar os fatores de risco para o desenvolvimento da UPP.

Tais categorias incorporaram o propósito deste estudo na aquisição e aprimoramento do conhecimento sobre o agravo, que forneceram aos profissionais de saúde, subsídios para compreender o quanto este é indispensável, para uma gestão do cuidado de Enfermagem segura e de qualidade.

Inicialmente, a fim de situar o leitor, será apresentado o perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa.

Desta forma, no tocante a idade, dos 20 enfermeiros do estudo, 4(20%) se apresentaram entre 21 e 30 anos, 8 (40%) entre 31 e 40 anos, 7(35%) entre 41 a 50, sendo que 1(5%) não respondeu. Quanto ao sexo, 17(85%) eram mulheres, 2(10%) masculino e 1(5%) não respondeu. O estado civil, 8 (40%) eram casados ou possuíam união estável, 7(35%) eram solteiros, 1(5%) divorciado, e os demais 4(20%), não responderam. Em relação a formação, 10 (50%) estavam formados entre 1 e 10 anos, 5(25%) entre 11 e 20 anos, 2(10%) entre 21 e 30 anos, e 3(15%) não responderam ao questionamento. Quanto a pós graduação, especialização, mestrado e doutorado, 19 (95%) possuía alguma especialização, e destes, 12 (60%) possuía especialização em Saúde da Família. Não houve registro de mestrado e doutorado. No que tange ao tempo de atuação na eSF, 14(70%) aprearam entre 1 a 10 anos, 4(20%) entre 11 e 20anos, e 2(10%) não se manifestaram. Em relação ao tempo de atuação na instituição estudada, 1 (5%) tem menos de dez anos, 1(5%) não respondeu, 16 (80%) trabalham entre 1 e 10 anos, 2 (10%) entre 21 e 30 anos, e destes 19(95%) tem contrato de trabalho definitivo e 1(5%) não respondeu.

Compreender a UPP (conceito)

No que diz respeito à compreensão dos profissionais enfermeiros quanto ao conceito da UPP, os resultados são apresentados através dos diálogos demonstrados no Quadro 1.

Nesta categoria que aborda o conceito da UPP, a primeira característica que se destacou, sendo consenso nos três grupos, foi à relação direta do desenvolvimento da lesão atribuída a presença da pressão.

Quadro 1 – Compreensão dos grupos dos enfermeiros quanto ao conceito da UPP na oficina – Florianópolis, 2014.

Grupos	Diálogos dos profissionais
G1:	<p>“[...] é lesão causada por compressão tecido[...]”.</p> <p>“[...]em região localizada com proeminência óssea ou não[...]”.</p>
G2:	<p>“[...] a gente viu aqui é que fico bem focado na questão da pressão[...]”.</p> <p>“[...]Depois, acrescentando o que tu já colocou a solução de continuidade nem sempre existe”.</p> <p>“[...] excesso de pressão. Talvez ainda o conceito que tu colocas, ainda um curto período de tempo, mas uma pressão mais forte, né?”.</p> <p>“[...] O termo que a gente tiraria seria laceração. Uma ferida de laceração é outra!”.</p>
G3:	<p>“[...] é uma lesão ocasionada por pressão[...]”.</p> <p>“[...] que é ocasionado na pele [...] por diminuição do suprimento sanguíneo”.</p>

Fonte: Dados da Pesquisa (2014).

Ainda foram consideradas nos grupos outras propriedades, que merecem ênfase no que concerne a compreensão do conceito da UPP, quanto a região de desenvolvimento no que diz respeito aos tecidos envolvidos como é o caso da pele e osso, e a intensidade e duração da pressão, até mesmo uma lesão proveniente de laceração, em que o grupo não definiria como sendo uma UPP.

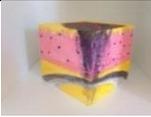
Pode-se observar nas falas, diferentemente da pressão, as demais ponderações não foram pontos de discussão em comum entre os participantes, mas, representam complementariedade no conceito da UPP, relevante no momento da avaliação e identificação da lesão, bem como necessidade de tomada de decisão durante a prática.

Avaliar uma pessoa em risco de desenvolver a UPP, ou já com a ocorrência do agravo, requer habilidade e em especial conhecimento, para tanto não se limita a conceito e sim todos os componentes envolvidos, entre estes a sua classificação, próxima categoria a ser apresentada.

Conhecer a Classificação da UPP

Em relação ao conhecimento dos profissionais enfermeiros quanto à classificação da UPP, os resultados serão apresentados através dos diálogos, e em complemento, através do lúdico, será exibido um modelo anatômico representativo dos estágios da UPP, construído coletivamente por cada grupo, podendo ser visualizado no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Conhecimento dos grupos dos enfermeiros quanto à classificação da UPP – Florianópolis, 2014.

Grupo	Modelo anatômico representativo	Diálogo dos profissionais: Classificação
G3:		<p><i>“aqui, a gente representou a suspeita de lesão”.</i></p> <p><i>“... pele arroxeadada. A pele íntegra. ... um poquinho de hematoma, ou equimose[...] algumas bolhinhas de sangue... não tem como identificar a profundidade dessa lesão. [...] ela pode ser ...mais quente se comparada, a outras áreas do corpo, ou mais fria. Pode ser bem dolorosa. Firme ou pastosa... Amolecida?... ou marrom”.</i></p>
G3:		<p><i>“É na...não estádiável”.</i></p> <p><i>“... tem um tecido necrótico. ... a gente não consegue também avaliar né, o grau de comprometimento. ... é necessário retirar o tecido necrótico pra pode fazer a avaliação do estágio que tá exatamente. [...] sabe o que eu fico confusa... não-estadiável coloca como a escara, eles citam a coloração marrom... Não é fácil definir”.</i></p>

Continua...

Grupo	Modelo anatômico representativo	Diálogo dos profissionais: Classificação
G2:		<p><i>“É o estágio I da classificação. A gente representou aqui com uma representação mais avermelhada”</i></p> <p><i>“...a pele apresenta edema. Não empalidece quando pressionada e geralmente localizada sobre proeminência óssea e de acordo com as diferenças anatômicas...observa calor, o rubor...é mais... superficial... ... dependendo da cor da pele, se for uma pessoa negra, não necessariamente vai ficar mais avermelhada, pode ficar mais escurecida. [...]. ... uma pele negra,...nota-se, também, o calor local. Porque na pele negra pode ser um pouco mais difícil pra diferenciar, né? Então, pelo calor pelo edema”.</i></p>
G2:		<p><i>“E no estágio II”</i></p> <p><i>“... tem um comprometimento mais da epiderme e da derme... uma úlcera superficial, mas já pode apresentar uma marca na pele. Não só a parte hiperemiada. ... não necessariamente, ... tem o rompimento da pele [...]. ... podem se apresentar como bolha [...] ... vai apresentar dor... pode ter endurecimento ao redor da pele...”</i></p>
G1		<p><i>“o estágio que a gente ficou pra apresenta foi o III e IV”</i></p> <p><i>“O III... tem um comprometimento maior ... pega tecido adiposo e a fáscia muscular... Então olhando o III e o IV. Qual que é a diferença? Um atinge ossos e tendões e, o outro, não. Ah, tem osteomielite? Então é IV. Ah, chegou comprometer tendão, comprometer osso? Aí já não é o III mais, já é IV. Esse que é o IV a gente colocou um poquinho de pus. Ela pode tá ou não contaminada”.</i></p>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

O conhecimento da classificação da UPP foi contemplada nos

discursos e obteve consenso entre os grupos, à terminologia “estágio”, o que chama atenção, pois mostra uniformidade na linguagem.

No tocante ao estadiamento foram apresentadas as características definidoras e peculiares de cada um dos estágios. Em acréscimo, de maneira elucidativa, foi apresentado um modelo anatômico representativo dos estágios da UPP com o respectivo comprometimento tecidual, mostrando coerência do dano tissular entre os dizeres e as figuras.

Das falas, também emergiram entendimentos importantes e que merecem destaque como, a UPP pode ser identificada de diversas maneiras, através de bolhas integras ou não, a pele pode apresentar-se com ou sem solução de continuidade, pode haver presença de, entre outros, calor, edema ou somente hiperemia. Fundamental esta compreensão, para que no momento da avaliação não haja equívocos frente à hiperemia reativa ao toque digital e o estágio I, bem como confusão da UPP com lesões do tipo maceração, dermatites, e outras.

A localização anatômica, pelo envolvimento dos planos musculares e demais estruturas profundas, também foi considerada como fator preponderante no momento do estadiamento, assim como o reconhecimento de que a UPP somente pode ser estadiada após a retirada do tecido necrótico/ escara.

Destaca-se, ainda, que em pessoas com pele escura, pelas características, em especial a cor que pode mascarar alguns sinais clássicos da UPP, a identificação e estadiamento podem ser dificultados. Sendo este merecedor de especial atenção no contexto da assistência.

Os diálogos também expressaram dúvidas de identificação entre um estágio e outro, bem como pontos de divergências, com a apresentação de infecção e osteomielite, que embora não raro sejam encontrados estes agravantes associados à UPP, não se configuram como características definidoras da classificação. O que traduz certa limitação do conhecimento, com possibilidades de repercussão negativa frente à necessidade de conduta seja ela, de tratamento, preventiva ou de práticas para promoção da saúde.

Os resultados desta categoria de maneira geral demonstram que através da construção e reconstrução do conhecimento se observa, salvo algumas limitações, a aquisição e aprimoramento da qualidade técnica de identificação e classificação da UPP entre os participantes, refletindo positivamente na assistência de enfermagem na Atenção Primária a Saúde.

Tal resultado pode induzir de maneira assertiva para um diagnóstico e assistência de enfermagem adequada, no entanto não se

traduz em fato isolado quando se fala de UPP, o qual comporta outros aspectos imprescindíveis, como os fatores de risco, tema que será contemplado na próxima categoria.

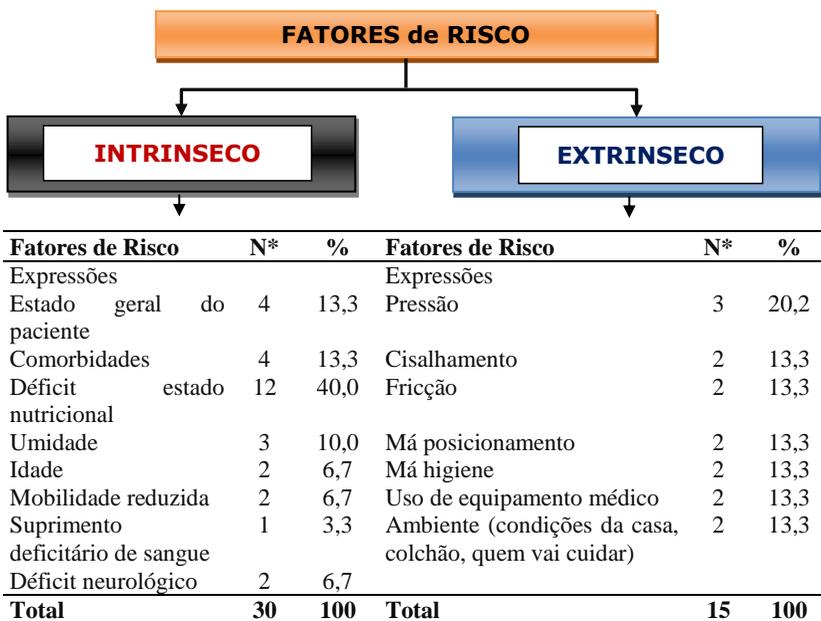
Desvelar os fatores de risco para o desenvolvimento da UPP

Os fatores de risco relevantes, foram identificados através das características expressas em número e porcentagem, conforme Figura 3.

No tocante a categoria fatores de risco, estes foram elencados e divididos como intrínsecos e extrínsecos.

Isto denota perspicácia dos participantes, pois admitir esta divisão representa identificar a relevância de cada um dos fatores de risco, e como age em cada indivíduo. Além disso, é considerar as limitações e potencialidades do cuidado planejado, para que não se torne tão somente um indicador ou um guia, como uma receita de cuidados.

Figura 3 – Desvelamento dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento da UPP – Florianópolis, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

N*= número de vezes que a expressão foi citada entre os participantes da pesquisa.

Dentre os fatores intrínsecos e extrínsecos, destacou-se entre os participantes os intrínsecos, e deste o que mais se evidenciou foi o fator nutricional, seguido do estado geral e comorbidades associadas, sendo os demais mencionados de modo equânime.

Quanto aos fatores externos, sobressaiu a pressão, permanecendo os demais em equilíbrio de citação.

Estes resultados demonstraram o enfretamento cotidiano dos profissionais enfermeiros na prática clínica no âmbito da Atenção Primária a Saúde. Estes são os pontos de maior ou menor conflito no entendimento dos fatores de risco surgidos no debate e reflexão durante a construção e reconstrução do conhecimento, que convergem com o dia a dia enquanto membro de uma eSF.

Discussão

Os resultados desta investigação, quanto à categoria “Compreender a UPP (conceito)”, inicialmente expressaram o entendimento dos participantes, de que a pressão é fator preponderante na ocorrência da lesão, condicionada pela intensidade e duração, fato que converge com a literatura haja vista que esta é decorrente da pressão (BORGES; FERNANDES, 2012; FREITAS, 2011; SOUZA; et al., 2010; DEALEY, 2008).

A UPP é complexa, assim, ainda há de se considerar, que esta é uma lesão resultante da pressão isolada ou em combinação com fricção e cisalhamento (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL-NPUAP, 2009).

Estas especificidades, fricção e cisalhamento, não foram pontuadas nos diálogos, traduzindo limitação da compreensão conceitual, podendo refletir fragilidade na identificação da UPP na prática, ratificado por um estudo de revisão, que apontou a dificuldade de enfermeiros e profissionais de saúde em identificar a UPP no dia a dia (SOUZA; et al, 2010).

Em relação a categoria “Conhecer a Classificação da UPP”, inicialmente cabe situar que, a European Pressure Ulcer Advisory Panel e National Pressure Ulcer Advisory Panel- EPUAP/ NPUAP (2009), desenvolveram um sistema de classificação comum a toda comunidade científica, com a nomenclatura “categoria”, por ser um termo neutro, e sem equívocos de progressão de I para IV. No entanto, reconhecem que existe familiaridade com o estadiamento da UPP em “grau” ou “estágio”, pelo qual recomendam qualquer uma destas terminologias

desde que reconhecida igualmente por seus pares.

Os resultados evidenciaram, a uniformidade na linguagem em todos os grupos quanto à nomenclatura estágio. Este retrata um cenário positivo, corroborado por Gomes et al. (2013), unificar a terminologia proporciona as bases de avaliação para protocolos e serviços, compreensível e comum a todos os profissionais envolvidos.

Quanto ao estadiamento da UPP, em coerência com a literatura, sobressaiu o reconhecido pela NPUAP, que além dos quatro níveis, I, II, III e IV, admite-se mais dois termos, não estadiável e suspeita de lesão tissular (EPUAP/ NPUAP, 2009). Assim, percebe-se a concordância dos participantes sobre a existência dos possíveis níveis de comprometimento tissular, podendo convergir para a prática com a respectiva necessidade da tomada de decisão.

Nesta linha de raciocínio, frente à responsabilidade da avaliação clínica, destas falas emergiram preocupações, originadas por questionamentos e confusão quanto às características definidoras de cada um dos estágios da UPP, resultado também do estudo de Faustino, et al. (2010), que apresentou como conclusão o desconhecimento dos enfermeiros quanto a forma correta da classificação, presença de descrição errônea, e ou inexistente na literatura.

A utilização de um sistema de classificação de estágios da UPP fornece um quadro mais acurado do real comprometimento tecidual, no entanto, não deve ser utilizado em outras situações clínicas e lesões (DEALEY, 2008; BORGES; FERNANDES, 2012).

Desconhecer a classificação, pode resultar em prejuízo no planejamento e na implementação dos cuidados de enfermagem, podendo estar associado à carência de habilidades, conhecimento e capacitação junto ao tema.

Desta forma, salienta-se a necessidade de aprofundar estes conhecimentos para melhor direcionamento das práticas assistenciais, sendo imperativos programas de educação em serviço, assim como, preencher as lacunas no campo científico, com a realização de mais pesquisas na área (FAUSTINO; et al., 2010; GOMES; et al., 2013).

A categoria “Desvelar os fatores de risco para o desenvolvimento da UPP”, traz consigo infinitas perspectivas, pelo seu caráter variável e ou resposta singular de cada pessoa.

Em concordância, Irion (2012) afirma que, um ou muitos fatores podem ser responsáveis pelo desenvolvimento da UPP, sendo estes riscos potenciais em maior ou menor grau, dependendo da vulnerabilidade do indivíduo.

Nesta pesquisa o resultado exibiu os fatores como internos e

externos, convergindo com Freitas (2011), Borges e Fernandes (2012), que os caracterizam da mesma maneira.

Admitir a existência dos fatores de riscos externos, e em especial os internos, oferece noção para ações preventivas pontuais e singulares em busca de evitar a ocorrência do agravo, entretanto, também sinaliza limitações, já que o desenvolvimento da UPP pode indicar, porém nem sempre, a qualidade do cuidado (GOMES; et al, 2011).

Dentre os fatores de risco elencados neste estudo, expressando relevância, predominou o déficit nutricional (intrínseco), corroborado por um estudo que, após avaliar os efeitos nutricionais no tratamento da UPP sugeriu que a intervenção nutricional poderia aumentar diretamente o processo de cura em pacientes com o agravo (OHURA; et al., 2011).

Também citados na literatura, e igualmente configurados como tônico nesta pesquisa os seguintes fatores, suprimento deficitário de sangue, umidade, mobilidade reduzida, má higiene e pressão, sendo esta última *sine qua non* para a ocorrência do agravo (DEALEY, 2008).

Os demais fatores de risco listados dos diálogos condizem com estudo realizado por Freitas e Alberti (2013), que objetivou conhecer quais os fatores associados ao desenvolvimento da UPP no domicílio, e apresentou comorbidades como, Alzheimer e acidente vascular encefálico, déficit cognitivo, diminuição da mobilidade e idade acima de 70.

Outro estudo, com objetivo de estimar a prevalência da UPP no atendimento domiciliar, encontrou além de Alzheimer e sequela de acidente vascular encefálico, comorbidades como, hipertensão arterial sistêmica e diabetes. (COELHO; et al., 2012).

Em relação ao ambiente, foram contemplados neste estudo os fatores causais como, o colchão, e o cuidador na perspectiva do reposicionamento, dado coerente com a literatura que traz, a não utilização de uma superfície/cama com redutor de pressão bem como a baixa frequência de mudança de posição (CAKMAK; et al., 2009).

Frente a este cenário, a fim de melhorar a qualidade da assistência aos portadores desta condição clínica, Francisco, et al. (2012), pontuam que o enfermeiro necessita de formação adequada na identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP, bem como sua prevenção e tratamento, além da educação dos pacientes e seus familiares.

Neste raciocínio Faustino, et al (2010), destacam que, os enfermeiros responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, precisam ter conhecimento abrangente sobre as UPP tornando a assistência mais adequada e eficiente. Concluem como indispensável à realização de capacitações e atualizações contínuas para enfermeiros e equipe de

enfermagem.

Conclusão

Compreender as bases conceituais da UPP, classificá-la adequadamente e identificar os possíveis fatores de risco são sinônimos de correta identificação e adequado diagnóstico, podendo converter de forma positiva para uma prática assistencial de qualidade e segura no contexto da Atenção Primária à Saúde e demais níveis de complexidade.

Através deste estudo pode-se observar que num processo de relação interativa, dialogada, num faz e desfaz contínuo de ensino e aprendizagem, ação-reflexão, favorecido pelas estratégias metodológicas, pode-se adquirir e aprimorar de maneira mais efetiva o conhecimento sobre a UPP, resultando na construção e reconstrução do conhecimento, com prováveis efeitos na práxis.

Acredita-se que esta pesquisa tenha trazido questões importantes para a reflexão, e espera-se que despertem nos profissionais de saúde a necessidade de inovar a prática assistencial, e que mais pesquisas sobre a prevenção da UPP e a promoção da saúde sejam realizadas para obter-se maior consistência do conhecimento acerca do tema.

Destaca-se que é imperativo o conhecimento científico a partir de capacitações contínuas, devendo esta atenção iniciar já na formação acadêmica, o que proverá para o profissional enfermeiro articulação de habilidades, condutas seguras na elaboração e execução de medidas de prevenção e promoção da saúde, a fim de evitar o desenvolvimento da UPP, melhorar a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, assim como enriquecer o campo da prática e a científica da enfermagem.

Referências

ATHLIN, E.; et al. Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. **J. Clin. Nurs.** v. 19, n. 915-16, p. 2252-8, Aug. 2010.

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto (SP), v. 18, n. 3, p. 390-7, mai./jun. 2010.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Indicadores da unidade de cuidados paliativos: hospital do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

CAKMAK, S. K.; et al. Risk factors for pressure ulcers. **Adv. Skin Wound Care**. v. 22, n. 9, p. 412-5, Sep. 2009.

COÊLHO, A. D. A.; et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Rev. Rene**. v. 13, n. 3, p. 639-49, 2012.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 693-700, Dec. 2010.

DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as Enfermeiras**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

EPUAP/NPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

FAUSTINO, A. M.; et al. The knowledge of nurses about new descriptors for classification of pressure ulcers: descriptive study. **Online Braz. J. Nurs. [Internet]**. v. 9, n. 1, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102800>

FRANCISCO, T.; et al. Conhecimento dos graduandos de enfermagem relativo à úlcera por pressão: um estudo no cenário privado. **Nursing (São Paulo)**. São Paulo, v. 14, n. 164, p. 21-8, jan. 2012.

FREITAS, J. P. C.; ALBERTI, L. R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 515-21, 2013.

- FREITAS, M. C.; et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-50, 2011.
- GOMES, F. S. L.; et al. Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. **REME. Rev Min Enferm.** Bel Horizonte, v. 17, n. 2, p. 250-3, abr/jun. 2013.
- GOMES, F. S. L.; et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 45, n. 2, p. 313-18, 2011.
- IRION, G. Úlceras por pressão. In: IRION, G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- JOSEPH, J.; CLIFTON S. D. Conhecimento dos Enfermeiros sobre úlcera de pressão de avaliação de risco. **Enfermagem Stand.** v. 27, n. 33, p. 54, 56, 58-60, 17-23 abril 2013.
- LOBO, A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 11, n. 3, p. 405-18, 2008.
- OHURA, T.; et al. Evaluation of effects of nutrition intervention on healing of pressure ulcers and nutritional states (randomized controlled trial). **Wound Repair Regen.** v. 19, n. 3, p. 330-6, May-Jun 2011.
- SOCIEDADE IBEROAMERICANA ÚLCERAS E FERIDAS. Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção das Úlceras por Pressão como um direito universal. Outubro de 2011.
- SOUZA, T. S.; et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-6, maio-jun. 2010.
- TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa convergente - assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde – Enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

5.2 ARTIGO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DESENVOLVIDA POR ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DESENVOLVIDA POR ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹

PROMOTION OF HEALTH AND ULCER PREVENTION IN DEVELOPED PRESSURE OF PRIMARY CARE NURSE

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN LAS ÚLCERAS DE PRESIÓN DESARROLLADO DE ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cilene Fernandes Soares²

Ivone Telesinha Schülter Buss Heidemann³

Resumo: este estudo objetiva apresentar a aplicabilidade da escala de Braden na percepção dos enfermeiros da eSF na sua prática diária, e desvelar quais medidas de prevenção, e práticas de promoção da saúde, de modo evitar o desenvolvimento da úlcera por pressão. A coleta de dados ocorreu em um município do Sul do Brasil, em julho de 2014, com aproximadamente 20 enfermeiros da equipe de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa do tipo Convergente-Assistencial. Estudo conduzido com entrevista com perguntas abertas, e oficina temática, Diga não a úlcera por pressão, prevenir é o melhor cuidado. Da prática educativa culminaram duas categorias: Percepções e expectativas quanto ao uso da escala de Braden na Atenção Primária e

¹ Extraído da dissertação “Úlcera por pressão no contexto da Atenção Primária: reflexão com enfermeiros sobre a escala de Braden”, Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. E-mail olacilene@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada I do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. E-mail ivoneteheideman@gmail.com

Desvelar as práticas de promoção da saúde e medidas de prevenção para evitar a úlcera por pressão. Em conclusão, avaliar adequadamente, traçar um plano de cuidados que possa prevenir a úlcera por pressão, e neste contexto, almejar práticas que promovam saúde, se configura em possibilidades criativas versus desafios, na inclusão de um novo paradigma no contexto da Atenção Primária.

Descritores: Enfermagem, Úlcera por Pressão, Promoção da Saúde.

Abstract: This paper aims to show the Braden scale applicability on the perception of the nurses of the Family Health staff, on their everyday practice, and to show prevention actions and health promotion practices in order to avoid the pressure ulcer development. The data collection happened in a town in the South of Brazil, in July 2014, together with about 20 nurses of the Family Health staff. It is a Convergent-Care research. This study was made by an open question interview and the thematic workshop: “Say no to the pressure ulcer, preventing is the best care”. From the educational practice came two categories: Perceptions and expectations about the Braden scale usage at the Primary Care and Knowing the health promotion practices and prevention ways to avoid the pressure ulcer. It was concluded that evaluating properly, planning the care that can avoid the pressure ulcer and, in this context, choosing practices to improve health, results in creative possibilities versus challenges, on the inclusion of a new paradigm on the context of the Primary Care.

Descriptors: Nursing, Pressure Ulcer, Health Promotion.

Resumen: Este estudio del tipo convergente-asistencial tiene como objetivo presentar la aplicabilidad de la escala de Braden en la percepción de enfermeros de la Salud de la Familia en su práctica diaria, y desvelar cuáles medidas de prevención y prácticas de promoción de salud de manera a evitar el desarrollo de la úlcera por presión. La recolección de datos ocurrió en una ciudad del Sur de Brasil en julio de 2014 con aproximadamente 20 enfermeros del equipo de Salud de la Familia. El estudio se ha realizado en dos etapas: (i) entrevista con preguntas abiertas; (ii) taller temático *Diga no a la úlcera por presión, prevenir es el mejor cuidado*. De la práctica educativa surgieron dos categorías: (i) percepciones y expectativas cuanto al uso de la escala de Braden en la Atención Primaria; (ii) desvelar prácticas de promoción de

salud y medidas de prevención para evitar la úlcera por presión. En conclusión, se ha notado que es fundamental evaluar adecuadamente, trazar un plan de cuidados que previna la úlcera por presión, y en este contexto, anhelar prácticas que promuevan salud configurándose en posibilidades creativas en un nuevo paradigma en el contexto de Atención Primaria.

Descriptor: Enfermería, Úlcera por Presión, Promoción de la Salud.

Introdução

A Enfermagem é uma ciência que tem como objeto o cuidado. Nesta perspectiva, destacam-se os cuidados com a pele, associados à prevenção e práticas de promoção da saúde, que podem resultar num menor índice da Úlcera por Pressão (UPP).

Segundo Costa (2010), a UPP representa um problema de saúde pública, além de ser causa de morbimortalidade, resulta em prejuízo da qualidade de vida, e sobrecarga econômica para os serviços de saúde.

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 2004, numa população de 1,5 milhões de idosos, 11% apresentavam UPP em qualquer estágio (PARK-LEE; CAFFREY, 2009).

Na Europa, estudo internacional apontou uma prevalência de 8,3% na Alemanha, 24,2% na Holanda e 20% na Suécia (MEESTERBERENDS et al., 2010).

No Brasil, segundo Borges e Fernandes (2012), existem poucos estudos sobre a prevalência e incidência da UPP, no entanto, Pessoa, Rocha e Bezerra (2011), através de um estudo com 30 pacientes no domicílio de Teresina, apontou que destes 59,9% estavam vulneráveis a UPP, e 13,3% já a possuíam.

Um estudo realizado em duas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Belo Horizonte, objetivou identificar as variáveis associadas ao tipo de assistência domiciliar, e apresentou 41,2% quanto ao risco para o desenvolvimento da UPP (PIRES et al., 2013).

A Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção da UPP, como um direito universal, considerou que é possível evitá-la em pelo menos 95% dos casos (SOCIEDADE IBEROAMERICANA ÚLCERAS E FERIDAS, 2011).

É sabido que o cuidado voltado para prevenção, promoção, tratamento e reabilitação deve ocorrer na alta e média complexidade, bem como na Atenção Primária a Saúde (APS), sob os cuidados da

equipe de Saúde da Família (eSF).

Atualmente falar em UPP tem remetido a esforços para o estabelecimento de diretrizes que norteiem a prática da prevenção sendo relevante avançar para ações de promoção.

A promoção, conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é fundamental na melhoria da qualidade de vida, e vem se destacando como estratégia de saúde em que a comunidade se assume como agente da sua recuperação (BRASIL, 2010; DURAND e HEIDEMANN, 2013).

Czeresnia (2003a), conceitualmente diferencia a promoção da saúde e a prevenção, onde a primeira se relaciona com a condição de vida, fortalecimento da autonomia e reforço de políticas públicas, e a segunda se vincula à redução do risco de doenças ou agravo específico, representado aqui pela UPP.

Na busca pela redução da UPP, o enfermeiro como integrante da eSF, tem papel fundamental no assistir com melhores práticas de cuidado, propiciando as pessoas e seus familiares, que se tornem protagonistas neste processo.

No entanto, Chayamiti e Caliri (2010), afirmam que para evitar a UPP requer uma avaliação com abordagem sistemática, e prosseguir com medidas próprias.

Neste raciocínio, atualmente existem vários instrumentos de avaliação disponíveis no domínio internacional, mas a escala preditiva de Braden é a que vem apresentando altas taxas de sensibilidade e especificidades no Brasil (BORGES; FERNANDES, 2012).

A escala de Braden tem por finalidade identificar as pessoas vulneráveis para o desenvolvimento da UPP. Esta é composta por seis sub-escalas que refletem a percepção sensorial, a umidade da pele, o estado nutricional, o grau de atividade e mobilidade, e a exposição à fricção e cisalhamento. As cinco primeiras são pontuadas de um a quatro, e a sexta sub-escala, de um a três. A somatória resulta em valores entre seis e 23, e quanto menor a pontuação maior o risco para desenvolver a UPP (SOUZA, et al., 2010).

No cuidar em Enfermagem, equivale a uma sistematização. A falta desta avaliação, assim como, um plano de cuidados voltado a prevenir o agravo e promover a saúde das pessoas no domicílio, é ratificada por Chayamiti e Caliri (2010), que afirmam que existe uma lacuna de conhecimentos na área.

Ainda, cabe colocar que, se existe a ocorrência da lesão no domicílio, é um indicativo de que precisa existir um olhar diferenciado neste contexto.

Diante da problemática e inquietações surgem os seguintes questionamentos: como os enfermeiros avaliam a escala preditiva de Braden para a utilização na sua prática diária, e quais são as medidas de prevenção, e práticas de promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da UPP no contexto da APS?

Este estudo tem como propósito apresentar a aplicabilidade da escala de Braden na percepção dos enfermeiros da eSF para a sua prática diária, e desvelar as medidas de prevenção, e de promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da UPP e impactar positivamente na qualidade de vida.

Metodologia

Estudo qualitativo, descritivo, que utilizou os preceitos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

Esta metodologia une o pensar ao fazer, resultando no "saber fazer" crítico e reflexivo. Permite assistir e pesquisar, sua principal característica é a articulação direta e intencional com a prática assistencial e/ou educativa no contexto estudado e, paralelamente, produzir dados para a investigação (BASSO; MONTICELLI, 2010; TRENTINI; PAIM, 2004).

A produção dos dados da pesquisa foi realizada em forma de oficina, numa prática educativa, objetivando reflexões e a construção coletiva das medidas de prevenção da UPP pautada na escala preditiva de Braden e as práticas de promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da UPP.

Os dados foram coletados em um Distrito Sanitário de um município do Sul do Brasil em julho de 2014. Naquele momento, o Distrito possuía 30 eSF distribuídas em 12 Centros de Saúde. Tal serviço se configurava como APS, sendo este o primeiro acesso do sistema a população.

Quanto ao enfermeiro da eSF totalizavam 30(trinta), dos quais 20 (vinte) aceitaram participar da pesquisa no dia em que foi apresentada a proposta. A coleta de dados efetivamente ocorreu em data posterior ao convite, sendo realizada na reunião técnica mensal da própria instituição, tendo neste encontro 15 enfermeiros participantes.

A inclusão dos participantes se deu por ser enfermeiro da eSF, e como exclusão, os que tinham pouco ou nenhum vínculo com paciente e família, que atuavam exclusivamente na área administrativa, como Coordenador.

Em atendimento a metodologia, a PCA foi conduzida, em duas

etapas, a primeira investigativa, com a entrevista focalizada com perguntas abertas, que segundo Minayo (2010), esta tem como finalidade esclarecer um determinado problema. Tal entrevista teve como propósito obter elementos, que subsidiaram no planejamento da etapa subsequente, e obtenção do perfil sociodemográfico dos participantes. E a segunda por meio da prática educativa, através da oficina temática, intitulada, Diga não a Úlcera por Pressão, prevenir é o melhor cuidado.

Primando pelo pensar, dialogar e construir, a oficina temática foi planejada a partir da análise das informações da entrevista dos participantes, que expressaram nas respostas, com base na vivência de seu contexto de trabalho, o conhecimento acerca da UPP.

Esta se constituiu de três etapas norteadas pela proposta adaptada de Basso e Monticelli (2010): preparo do ambiente com disposição das cadeiras em círculo, propiciando o contato visual, escuta e acolhimento dos participantes, desenvolvimento da atividade central com o compartilhamento de experiências, reflexões, e discussões, e por fim o fechamento da oficina destinado a esclarecimentos, outras contribuições e agradecimentos.

Com o objetivo de motivar a participação, e enriquecer o debate foram empregadas, técnicas de leitura de textos, conteúdo expositivo e reflexões em grupos sob a luz da Política Nacional da Promoção da Saúde e recomendações internacionais da EPUAP/ NPUAP.

As atividades, no total de duas, foram desenvolvidas em grupos, denominados, “G1, G2, G3, G4 e G5” onde estes tiveram livre escolha de organização dos seus membros, possibilitando mobilidade entre eles e ampliando a probabilidade da troca de saberes.

Os dados do estudo que emergiram das discussões dos grupos foram registrados através da entrevista com perguntas abertas e filmagem da oficina com posterior transcrição, constituído das questões teóricas metodológicas envolvidas. Na sequência iniciou-se a análise, com a fase de apreensão, materializada pela seleção das palavras chaves que apareciam repetidas vezes. Por fim a interpretação, com as etapas de síntese, que deu origem as categorias, a de teorização articulando as informações categorizadas com a literatura, e a de transferência dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

Garantindo os padrões éticos exigidos, as atividades somente iniciaram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado o anonimato, sendo estes identificados por grupos e representados por letras em denominação.

Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o n. CAAE 3209514.3.0000.0121, e parecer n. 711.385 em 07 de julho de 2014, e que foram observados todos os preceitos éticos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

As informações foram analisadas, agrupadas por afinidade e originaram duas categorias: Percepções e expectativas quanto ao uso da escala de Braden na APS, Desvelar as práticas de promoção da saúde e medidas de prevenção para evitar a UPP.

Estas categorias integraram o escopo deste estudo na aquisição e aprimoramento do conhecimento sobre a UPP, e forneceram elementos para compreender o quão este é indispensável para a gestão do cuidado de Enfermagem segura e de qualidade.

A fim de situar o leitor, inicialmente será apresentado o perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa, na Tabela 2.

Tabela 2. Características sócio demográfica dos participantes da pesquisa. Florianópolis, 2014.

Características	%	(n)
Idade		
21 a 30	20	(4)
31 a 40	40	(8)
41 a 50	35	(7)
Não respondeu	5	(1)
Sexo		
Feminino	85	(17)
Masculino	10	(2)
Não respondeu	5	(1)
Estado civil		
Casado(a)	30	(6)
Solteiro	35	(7)
União Estável	10	(2)
Divorciado(a)	5	(1)
Não respondeu	20	(4)
Tempo de formação		
1 a 10 anos	50	(10)
11 a 20 anos	25	(5)
21 a 30 anos	10	(2)
Não respondeu	15	(3)

Continua...

Características	%	(n)
Continuação		
Pós Graduação		
Especilização	95	(19)
Mestrado	0	(0)
Doutorado	0	(0)
Não respondeu	5	(1)
Especialização		
Saúde da Família	60	(12)
Outras	40	(8)
Tempo atuação na eSF		
1 a 10	70	(14)
11 a 20	20	(4)
Não respondeu	10	(2)
Tempo atuação na SMS		
0 a 11 meses	5	(1)
1 a 10 anos	80	(16)
11 a 20 anos	0	(0)
21 a 30 anos	10	(2)
Não respondeu	5	(1)
Contrato de Trabalho		
Estatutário	95	(19)
Temporário	0	(0)
Não respondeu	5	(1)
TOTAL	100	20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Os dados deste estudo foram analisados, e organizados por afinidade e resultaram em duas categorias: Percepções e expectativas quanto ao uso da escala de Braden na APS, Desvelar as práticas de promoção da saúde e medidas de prevenção para evitar a UPP.

Tais categorias atendem o desenho deste estudo na aquisição e aprimoramento do conhecimento sobre o tema UPP, contribuindo para a compreensão, dos profissionais da saúde, do quanto este é essencial para uma gestão do cuidado de Enfermagem, segura e de qualidade.

Percepções e expectativas quanto ao uso da escala de Braden na APS

Em relação à aplicabilidade da escala de Braden no contexto de trabalho dos enfermeiros, os resultados ora apresentados, em sua maioria representaram aceitabilidade na utilização da escala no âmbito da APS:

“Achamos tranquilo de usar. Até bem interessante”. (G1-O)

“É uma escala legal, principalmente para os acamados... Tem essa facilidade de contar. Eu acho bem tranquilo,... Legal. Eu achei bom mesmo. Bem legal”. (G3-F)

Ainda, num primeiro olhar, com o uso da escala, os participantes expressaram à possibilidade de alternativas para outros parâmetros clínicos, bem como um guia direcionador para uma avaliação mais consistente, rápida e segura, tanto para enfermagem como eSF:

“O caso, por exemplo, às vezes a gente tem esse olhar mais empírico.” (G1-A)

“Então, tem uma outra fonte...também para analisar”. (G2-D)

“Até pela própria pontuação, a gente pode nortear o nosso...atendimento” (G3-G)

“Tu vai, faz, uma visita ou avalia um paciente, rapidamente” (G3-F)

“Isso aqui não é só da enfermagem em si. A gente vai com outros profissionais, a gente pode levar isso aqui como parâmetro, até como um consenso na avaliação”. (G3-F)

Outro dado evidenciado é a percepção de que, usar a escala, propicia mais acurácia no diagnóstico de enfermagem e foco nas prioridades, com a sugestão voltada inclusive a centrar esforços nas sub-escalas com menor resultado:

“Então, eu acho que ... a gente consegue visualizar melhor a situação que está se avaliando”. (G3-F)

“Mas através dos critérios, características que se consegue... fazer um diagnóstico, entre aspas, de enfermagem, ali, na hora e avaliar melhor o caso”. (G3-F)

“Pode ser focado numa parte deficiente, trabalhar mais...” (G5-J)

“Interessante. O paciente apresenta Baixo Risco de desenvolver a UPP, mas mesmo assim tem coisas que necessitam ser trabalhados...” (G4-H)

Os participantes, embora em sua maioria tenham avaliado positivamente a aplicabilidade da escala de Braden para a prática, também expuseram anseios e dificuldades na interpretação das sub-escalas:

Dúvida ocorrem quando for usar... na prática não é tão fácil como aqui (ri). (G4-H)

Acho que a Atividade e a Mobilidade, é confuso. Porque parece, que no 1º olhar, é a mesma coisa. (G1-B)

As escalas de predição da UPP tem se configurado em uma importante ferramenta no reconhecimento dos indivíduos vulneráveis. No entanto, para evitar a ocorrência do agravo, não se restringe somente a avaliação, mas o seguimento com o adequado direcionamento dos cuidados, tema contemplado na próxima categoria.

Desvelar as medidas de prevenção e práticas de promoção da saúde para evitar a UPP

Os cuidados relacionados à prevenção e as ações de promoção da saúde, originados da construção coletiva dos participantes, emergiram de aspectos comuns, o qual foram identificados e apresentados no Quadro 3.

Nesta categoria que aborda as aspirações voltadas a evitar a UPP e melhorar a qualidade de vida das pessoas vulneráveis a ocorrência da lesão, foram consideradas as medidas de prevenção, os cuidados direto com a pele, contemplando a inspeção, limpeza, hidratação, e a proteção com o uso de dermoprotetores. Considerou-se ainda, redução da exposição da pele à umidade, e medidas que deve ser evitadas como, o uso de produtos que alteram o Ph da pele, a utilização de luvas com água em proeminências ósseas e massagens vigorosas. Também foi considerado sobre o aporte nutricional adequado e o reposicionamento planejado em ângulo e frequência, inclusive dos que utilizam cadeira de rodas.

Quadro 3 – Distribuição das práticas de promoção da saúde e medidas de prevenção da UPP no contexto da APS – Florianópolis, 2014.

Medidas de Prevenção	Práticas de Promoção da Saúde
→ examinar diariamente a pele de maneira detalhada através da inspeção e palpação	→ estimular o auto-cuidado
→ oportunizar o exame da pele durante o banho	→ prestar orientações quanto educação em saúde ao usuário, familiar e cuidador
	→ envolver a família nos cuidados
Continua...	

Medidas de Prevenção	Práticas de Promoção da Saúde
Continuação	
<ul style="list-style-type: none"> → atentar para a temperatura da água durante o banho, evitar que seja muito quente → manter a pele livre dos fluidos corporais fazendo limpeza com algodão úmido com água ou um lenço que tenha lanolina → utilizar na pele hidratantes e emolientes → oferecer adequada ingesta hídrica e aporte nutricional equilibrado (rica em proteína) → fazer uso de placas de proteção da pele → evitar aplicar na pele produtos com elevado teor alcóolico → evitar massagens de proeminências ósseas → utilizar lençóis de algodão e esticados na cama → fazer uso de dispositivos urinários externos → trocar as fraldas sempre que necessário → utilizar superfícies de apoio adequada (colchão tipo caixa de ovo, d'água, travesseiros, coxins, rolo de espuma) → posicionar superfícies de apoio em níveis mais acima ou mais abaixo da proeminência óssea, aliviando o local de qualquer pressão → realizar mudança de decúbito no mínimo a cada 2 horas → manter cabeceira no máximo no ângulo de 30° (diminuir a força de cisalhamento) → realizar elevação do tronco a cada 15 minutos, ou inclinar o corpo posicionando para um lado e para o outro (diminuindo a pressão da região glútea da pessoa restrita a cadeira) 	<ul style="list-style-type: none"> → incluir e estimular atuação do familiar e da comunidade como sujeitos da ação → considerar hábitos familiares utilizando isso a favor para construir outros mais adequados → considerar aspectos sociais, econômicos, culturais, tanto do paciente, quanto da família, e dos cuidadores → adequar os cuidados com base nas condições socioeconômicas da família → orientar alimentação saudável, preparo adequado, e atentar sobre o acesso ao alimento → atentar para as dificuldades da família quanto cuidados com a nutrição (em especial uso de sonda) → avaliar condição física da pessoa (ex. não tem dentes à deglutição pode tornar-se inadequada, alimento difícil digestão trazendo pouco benefício, pessoa não recebe o suporte nutricional adequado, ou acamado que não consegue nem movimentar um braço) → avaliar quem é o cuidador, quem está fazendo o cuidado, ter esse olhar com quem tá cuidando (carga diária, normalmente tem acúmulo de funções) → trabalhar o cuidador, cuidar de quem está cuidando com pequenas dicas para ela também não se lesionar, não trazer danos para si (faz grande diferença) → buscar a corresponsabilidade dos envolvidos → promover apoio emocional aos familiares e ao paciente → estimular ações interdisciplinares, envolver os demais profissionais
Continua...	

Medidas de Prevenção	Práticas de Promoção da Saúde
Continuação	
<ul style="list-style-type: none"> → atentar para manutenção do colchão tipo caixa de ovo (limpeza, acúmulo de acário, bactérias) → evitar uso de luvas nos calcêneos, almofadas ou boinhas de ar ou água tipo rodinha (não faz pressão na proeminência, mas faz na área adjacente) 	<ul style="list-style-type: none"> nutricionista, psicólogo, geriatra, educador físico, fisioterapeutas → estimular avaliação da equipe multiprofissional → considerar que quando a família consegue entender a importância de todas as orientações de prevenção, ela vai fazer, e acaba fazendo também a Promoção → admitir que, na verdade a prevenção e a promoção elas ficam muito juntas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Como ações preventivas, a atenção também ficou voltada ao ambiente, roupas de camas limpas e esticadas, dispositivos de redistribuição da pressão (coxins, travesseiros), assim como, colchão específico e a adequada manutenção deste.

No tocante a promoção da saúde, os resultados apontaram que os participantes, embora num cenário de saúde-doença-cuidado, foram desafiados a extrapolar os muros do conceito biologicista, e a partir da inclusão do auto cuidado, consideraram a participação ativa das pessoas vulneráveis a UPP, assim como dos familiares, cuidadores e comunidade, como corresponsáveis e, sobretudo protagonistas do seu processo de viver saudável.

Os resultados exibiram relevância, ao apoio emocional, à educação em saúde com orientações direcionadas, os hábitos, os aspectos sócio-econômicos e culturais, valorizando potencialidade e depreciando fragilidades, para relação de reorientação das práticas de saúde. Estes também pontuam a importância da alimentação saudável, e admitem as possíveis restrições físicas da pessoa susceptível a UPP, e as limitações da família quanto acesso ao alimento e os cuidados relacionados.

O cuidador também foi mencionado, e é digno de cuidados na visão dos participantes. Além disso, destaca-se a relevância da equipe multiprofissional, com ações interdisciplinares, e a inclusão de orientações de prevenção, aceita por parte dos envolvidos, resulta na promoção da saúde, onde trilham lado a lado os mesmos caminhos.

Discussão

Sobre as Percepções e expectativas na utilização da escala de Braden na APS, os enfermeiros consideraram, como uma ferramenta útil e norteadora para a prática clínica, ratificado por Souza, et al., 2010, Freitas e Alberti, 2013, quando concluem que, a utilização de instrumentos de avaliação são ferramentas valiosas para prever o surgimento da UPP, inclusive no âmbito domiciliar em que a escala de Braden demonstrou ser efetiva.

Corroborando, Roger Chou, et al., (2013) colocam que a identificação de pontos frágeis pode nortear o planejamento para a prevenção com foco direcionado, para as necessidades individualizadas, podendo avançar principalmente, para ações de promoção da saúde.

No que diz respeito à sistematização da assistência, um estudo que cruzou os cuidados dos enfermeiros para pacientes em risco de UPP e as intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC) pautada na Braden, apontou semelhança no mapeamento cruzado (PEREIRA, et al., 2014), demonstrando efetiva relação da escala e diagnósticos de enfermagem, resultado também considerado nesta pesquisa.

Para uma avaliação adequada, além de uma abordagem estruturada, como no caso da Braden, é fundamental o juízo clínico, onde uma não substitui a outra (EPUAP/NPUAP, 2009; DEALEY, 2008).

Desta forma, é fundamental que o enfermeiro desenvolva habilidade no uso do instrumento, a fragilidade apontada em parte desta pesquisa, e ratificada por Araújo, Araújo e Caetano, (2012), que assinalam a necessidade do enfermeiro, que ainda não utiliza rotineiramente tecnologias na avaliação e prevenção da UPP, procure se familiarizar, diminuindo as repercussões negativas deste problema de saúde coletiva.

A categoria, Desvelar as práticas de promoção da saúde e medidas de prevenção para evitar a UPP, inicialmente aponta que o objetivo principal da construção coletiva das ações, seja de prevenir ou promover, e permeia a busca da qualidade de vida das pessoas.

Como prevenção, os cuidados com a pele, convergem com Ratliff e Tomaselli, (2010); EPUAP/NPUAP, (2009), que trazem, como medidas, o uso de cremes, gestão da incontinência com uso de produtos de barreira, exame frequente, e ações que devem ser evitadas, entre outras, massagens, uso de dispositivos em forma de anel e ou luvas com água.

Quanto à nutrição apropriada, Perrone, et al., (2011) e Ratliff e

Tomaselli, (2010) afirmam que a incidência da UPP está diretamente relacionada com a desnutrição, tendo o aporte nutricional, como intervenção preventiva.

Ainda no que tange a prevenção, considerando o cadeirante como pessoa susceptível a desenvolver o agravo, foi apresentado como resultado, o reposicionamento e suporte de superfície, ratificado por estudos que os apontam como métodos uteis de prevenção da UPP (DEALEY, 2008; QUEIROZ, et al., 2014).

Conforme Tiago et al., (2012), o enfermeiro necessita de formação adequada para aquisição de competências quanto ao planejamento de ações, iniciado pela avaliação, prevenção e tratamento, além da educação das pessoas e seus familiares, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada e bem como a qualidade de vida.

A inclusão da família e comunidade, trazido pelos participantes, convergem com o estudo de Rumor (2010), que concluiu sobre a importância da ação das equipes em conjunto com os usuários, numa relação dialógica, para uma prática de saúde mais emancipatória e autônoma sobre os determinantes do processo saúde e doença.

A educação em saúde, como prática de cuidado é essencial para o alcance da promoção da saúde e uma não se resume à outra (MASCARENHAS, MELO e FAGUNDES, 2012). Identifica-se que ambas são essenciais para a assistência de enfermagem a pessoas com UPP e seus familiares.

A alimentação saudável, resultado deste estudo, converge com a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da ação específica de promoção da saúde (BRASIL, 2010), no cuidado a pessoa vulnerável a desenvolver a UPP.

Também foram consideradas as possíveis dificuldades de se alcançar uma alimentação saudável, como restrições físicas da pessoa susceptível a desenvolver a UPP, e até as fragilidades socioeconômicas, que dificulta o acesso ao alimento, das pessoas e suas famílias, nestas e em outras situações, Oliveira, et al., (2014), apontam que os enfermeiros exercem papel fundamental na implementação da política de promoção da saúde, aliando a prática e o conhecimento para lidar com as necessidades dos usuários e seus determinantes sociais.

A necessidade de uma equipe multiprofissional com ações interdisciplinares, trazida nesta pesquisa, é apontada na literatura como conceitos que se relacionam com a promoção da saúde, sendo imperativa uma melhor organização do serviço de saúde com ênfase também na intersetorialidade entre o trabalhador e as três esferas de gestão (OLIVEIRA, et al., 2013; HEIDEMANN, WOSNY e BOEHS,

2014).

O entendimento de, prevenir num conceito ampliado resulta na promoção, dado desta pesquisa, faz despontar a preocupação pela linha tênue destas duas práticas, ratificada por Rocha, et al., (2012) quando expõe que os enfermeiros concebem a promoção por prática desenvolvida dentro da visão preventiva (MELO, DANTAS, 2012).

Um estudo que analisou as práticas de promoção da saúde das equipes de APS no Brasil, concluiu que estas são fragmentadas e focalizadas, que urge nivelar o cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde, sendo fundamental sensibilizar eSF para a ruptura com o modelo tradicional de assistência à saúde (TEIXEIRA, et al., 2014; SILVA, et al., 2012).

Conclusão

Avaliar adequadamente, traçar um plano de cuidados que possa prevenir a UPP, e dentro deste contexto, almejar práticas que promovam a saúde, com envolvimento da pessoa, família e comunidade, se configura em possibilidades criativas versus desafios, na inserção de um novo paradigma no contexto da APS.

O estudo, através de um processo dialógico, proporcionou, num faz e desfaz contínuo de ensino e aprendizagem, ação-reflexão, favorecido pelas estratégias metodológicas, a aquisição e aprimoramento do conhecimento sobre a UPP. Além disso, possibilitou os caminhos para uma avaliação da pessoa susceptível a desenvolver o agravo, através de um instrumento util, bem como as possíveis medidas para prevenir a UPP e, promover a saúde de modo que impacte positivamente na qualidade de vida dos envolvidos.

Este estudo trouxe pontos importantes de reflexão. Espera-se que esses resultados contribuam para que os profissionais de saúde identifiquem a necessidade de inovar o cuidado, e que mais pesquisas possam ser realizadas para obter-se maior consistência do conhecimento acerca do tema UPP.

Ressalta-se a importância do conhecimento científico para ampliar a compreensão do cuidado associado às boas práticas de saúde, em especial na elaboração e execução de medidas de prevenção, a fim de evitar o desenvolvimento da UPP, e práticas de promoção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida, assim como, impulsionar o desenvolvimento de novas pesquisas e proporcionar avanços na área da Enfermagem.

Referências

- ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F.; CAETANO, J. A. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 46, n. 4, p. 858-64, 2012.
- BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto (SP), v. 18, n. 3, p. 390-7, mai./jun. 2010.
- BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.** Rio de Janeiro: Rubio, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CAMERON, R.; et al. Developing eLearning for pressure ulcer prevention and management. **Br. J. Nurs.** v. 23, n. 15, p. S16-S18-S20 passim, Aug. 2014.
- CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por Pressão em Pacientes sob Assistência Domiciliar. **Acta Paul. Enferm.** v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.
- COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 693-700, Dec. 2010.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as Enfermeiras.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia

da mulher na consulta de Enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP.** Ribeirão Preto, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013.

EPUAP/NPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide.** Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

FREITAS, J. P. C.; ALBERTI, L. R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 515-21, 2013.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-9, 2014.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da Enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-9, nov-dez. 2012.

MEESTERBERENDS, E., HAFFENS, R., LOHRMANN C., DE WIT, R. Pressure ulcer guideline development and dissemination in Europe. **J. Clin. Nurs.** v. 19, n. 11-12, p. 1405-503, 2010.

MELO, M. R. C.; DANTAS, V. L. A. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.** Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 328-36, jul./set. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, E. S.; et al. Política nacional de promoção da saúde e a prática de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE online.** Recife, v. 8, N. 3, p. 735-41, mar. 2014.

OLIVEIRA, M. B.; et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev. Rene.** v. 14, n. 5, p. 894-903, 2013.

PARK-LEE, E.; CAFFREY, C.; Division of Health Care Statistics.

Pressure Ulcers Among Nursing Home Residents: United States, 2004. U.S. department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. **NCHS Data Brief**. n. 14, [8fls], February 2009.

PEREIRA, A. G. S.; et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 454-61, 2014.

PERRONE, F.; et al. Estado nutricional e capacidade funcional na ulcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.** v. 24, n. 3, p. 431-8, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/regional/index.php>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

PESSOA, E. F. R.; ROCHA, J. G. S. C.; BEZERRA, S. M. G. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de Enfermagem. **Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI**. Teresina. v. 4, n. 1, p. 14-18, jan/fev/mar, 2011.

PIRES, M. R. G. M.; et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-56, 2013.

QUEIROZ, A. C. C. M.; et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-71, 2014.

RATLIFF, C. R.; TOMASELLI, N. Atualização WOCN na diretriz baseada em evidências para úlceras de pressão. **J. Wound Ostomy Contience Nurs.** v. 37, p. 459-60, 2010.

ROCHA, P. A.; et al. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 215-20, abr./jun. 2012.

ROGER CHOU, M. D.; et al. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention: A Systematic Comparative Effectiveness Review. **Ann. Intern. Med.** v. 159, n. 1, p. 28-38, 2013.

RUMOR, P. C. F.; et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 4, p. 674-80, out/dez 2010.

SILVA, L. M. S.; et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p.784-8, dez. 2012.

SOCIEDADE IBEROAMERICANA ÚLCERAS E FERIDAS.

Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção das Ulceras por Pressão como um direito universal. Outubro de 2011.

SOUZA, D. M.; et al. Predictive validity of the *Braden Scale* for pressure ulcer risk in elderly residents of long-term care facilities. **Geriatric. Nurs.**v. 31, n. 2, p. 95-104, 2010.

SOUZA, T. S.; et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-6, maio-jun. 2010.

TEIXEIRA, M. B.; et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 52-68, out 2014.

TIAGO, F., et al., Conhecimento dos graduandos de enfermagem relativo à úlcera por pressão: um estudo no cenário privado. **Nursing (São Paulo)**; v. 14, n. 164, p. 21-28, jan. 2012.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa convergente - assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde – Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A UPP, pela sua magnitude e complexidade de promover, prevenir e tratar tem requisitado cada vez mais atenção dos gestores e profissionais da saúde em qualquer contexto da assistência, seja no campo da prática, no processo de ensino-aprendizagem e pesquisa.

Além disso, na minha trajetória como enfermeira Estomaterapeuta, percebi que o problema alcançava os diversos níveis de atenção, desde a primária até a alta complexidade, exigindo necessidades de habilidades na identificação do agravo, adequada avaliação, escolha de intervenção, bem como a lacuna de pesquisas no âmbito da APS, motivos que levaram ao interesse pelo tema.

A revisão de literatura permitiu sustentar a proposta e ratificar a compreensão de que a UPP se configura em um problema de saúde pública, com altas taxas de incidência e prevalência mundial, sendo um verdadeiro indicador de qualidade negativo dos serviços de saúde. No entanto, esta também ampliou o campo de visão percepção, trazendo uma perspectiva de possíveis mudanças de paradigma do foco curativo para o preventivo e de promoção da saúde, bem como das políticas públicas frente ao panorama.

Este processo de mudança se ancora em medidas bastante simples de prevenção e, em especial de promoção da saúde, impactando positivamente na vida das pessoas.

As transformações no campo da saúde, pode ser motivada, através de esforços na capacitação dos profissionais, na gestão e organização do cuidado, nas estratégias inovadoras de prevenção e promoção da saúde.

Neste cenário, APS se configura numa porta aberta de oportunidades através das eSF, onde o profissional enfermeiro como membro desta equipe exerce papel fundamental para um cuidado seguro e inovador.

A etapa investigativa propiciou aprendizado, num crescimento gradativo que juntamente com os participantes, oportunizou reflexões a partir das experiências e vivência do dia a dia. Esta resultou no pensar e agir reflexivo a partir do conhecimento técnico e científico aliado ao cotidiano enfrentado diariamente pelos enfermeiros na prática da APS relacionado ao cuidado da pessoa susceptível a desenvolver a UPP, ou já

com o agravo.

Durante o transcorrer da pesquisa foram encontradas algumas limitações, como o número de oficinas, no total de três encontros, que em maior frequência poderia ser melhor explorada a temática UPP. Como dificuldade ainda, destaca-se as diferenças conceituais e de prática clínica sobre a prevenção e a promoção da saúde no cuidado a pessoa susceptível a desenvolver a UPP.

A prevenção, na percepção da pesquisadora, talvez pela formação no modelo biológico tradicional, se apresentava de maneira mais clara e objetiva, enquanto que a promoção da saúde ainda era insipiente no entendimento das concepções teóricas. No entanto, estas limitações foram sendo superadas com o caminhar metodológico investigativo que foi se transformando em descobertas, possibilidades para o crescimento profissional e pessoal.

Refletindo sobre o referencial teórico que alicerçou os pressupostos e os conceitos inter-relacionados, percebe-se que este se apresentou adequado durante todo o processo de pesquisa, assim como no ensino aprendido pela construção do novo saber. Este se evidenciou como um guia orientador e norteador na elaboração e desenvolvimento das oficinas temáticas que foram fundamentadas a partir dos princípios básicos da PNPS e as diretrizes para prevenção da NPUAP/ EPUAP, sendo tônico nos momentos de dúvidas, e em especial nas tomadas de decisão.

A análise dos dados coletados revelaram inicialmente que os participantes da pesquisa estavam sensíveis à escuta, a reflexão sobre sua prática cotidiana, troca de experiências, e receptíveis a um novo conhecimento. Os resultados foram apresentados em forma de artigos científicos/ manuscrito que sublinharam a importância da aquisição e aprimoramento do conhecimento sobre a UPP, em especial, na sua prevenção e promoção da saúde, e o qual este é imprescindível para uma gestão do cuidado de Enfermagem segura e de qualidade no contexto da APS.

Desta forma, os participantes da pesquisa durante a realização dos trabalhos mergulharam no mundo do conhecimento sobre a UPP, que entre outros, conceitos, classificação, etiologia e fatores de risco, suscitaram debates e reflexões, que emergiram inquietações, conflitos, dúvidas, anseios, seguidos de esclarecimentos e acompanhados pela construção e reconstrução do novo conhecimento, de maneira coletiva e participativa, convergindo com o dia a dia dos enfermeiros, no processo de ensino e aprendizagem.

Os resultados demonstram a aquisição e ou aprimoramento da

qualidade técnica na identificação e classificação da UPP, bem como os possíveis fatores de risco associados, refletindo positivamente na assistência de enfermagem da APS.

Observou-se ainda, ideias e concepções com os dados produzidos no trabalho com os enfermeiros da APS. Especialmente, quanto à identificação da pessoa susceptível a desenvolver a UPP, bem como a construção coletiva das ações de prevenção, pautado na escala preditiva de Braden, e as práticas de promoção da saúde, preconizando a busca por viver bem e saudável.

Na perspectiva da realidade local de cada um, a partir da troca de saberes entre os participantes, foi possível elencar as ações preventivas da UPP, assim como as de promoção da saúde de modo a impactar positivamente na vida das pessoas e de seus familiares.

A utilização da escala preditiva de Braden, para efetivação de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade, identificou-se através das oficinas temáticas, que esta não era utilizada pelos participantes. Porém, estes se mostraram reflexivos e conscientes ao idealizar possibilidades de modificação desta realidade com a introdução em seu contexto de trabalho de uma nova tecnologia fundamentada em evidências científicas.

Assim sendo, pode-se dizer que a avaliação adequada da pessoa susceptível a desenvolver a UPP, por um profissional capacitado, oportunizando um plano de cuidados consistente voltado a prevenção, com o intuito de evitar o agravamento, trará benefícios incalculáveis a estas pessoas, seus familiares e cuidadores que hoje estão nos domicílios.

Ultrapassando os limites do campo biológico, e trazendo a promoção da saúde como princípio fundamental para melhoria da qualidade de vida destas pessoas e seus envolvidos, os resultados despontam para o alcance de uma realidade mais próxima no contexto da APS. Esta se evidencia a partir da relação dentro de uma perspectiva dialógica, admitindo as limitações, mas em especial, destacando as potencialidades e, sobretudo buscando tornar as pessoas, famílias e até coletividade no controle sobre sua própria saúde e vida.

Mas é fato colocar que ainda existe um longo caminho a percorrer neste campo, este trabalho, pensando na pessoa susceptível a desenvolver a UPP e seus familiares no domicílio, privou pela motivação ao desenvolvimento de habilidades pessoais tornando-as protagonistas no seu processo de viver humano. A promoção da saúde vai além deste incentivo, almejando, entre outras práticas, políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento e autonomia da comunidade.

Fazendo uma leitura sobre o caminho metodológico percorrido, a PCA foi uma escolha acertada. As etapas do processo investigativo, mais precisamente a coleta de dados, se pronunciaram, desde a fase da entrevista até a prática educativa, estruturada em oficinas temáticas, como algo prazeroso para a pesquisadora, num ir e vir mutuo de aprendizado entre pesquisador e pesquisado.

Pode-se afirmar que a concepção dos participantes, quanto à prática educativa, também foi satisfatória, pois admitiu um espaço de dialogo e troca de experiências, aquisição e aprimoramento de conhecimento quanto ao tema UPP. Enquanto seres humanos críticos e reflexivos se envolveram ativamente nas atividades propostas, mostrando-se abertos a novos saberes, onde a prática educativa, oriundas da PCA, permitiu a construção e reconstrução do conhecimento, resultando numa perspectiva de inovação e renovação da prática assistencial dos enfermeiros da APS no tocante ao cuidado a pessoa susceptível a desenvolver a UPP, seus familiares e também cuidadores.

Sendo assim a PCA, a partir das ponderações, atingiu seus objetivos de pesquisar, indo ao encontro de respostas às inquietações da pesquisadora, e de assistir, voltada para a resolução ou minimização dos problemas no contexto de trabalho da pesquisa.

É importante destacar que é fundamental se investir na instrumentalização dos profissionais de Enfermagem a partir de recursos educativos e tecnológicos. Centrar esforços em atualizações, e capacitações contínuas sobre o tema UPP, é algo salutar, pois além da aquisição do conhecimento técnico científico, permitem a troca de experiências de cada setor saúde, elevando ao mais alto grau de entendimento e reconhecimento das próprias necessidades, deficiências do conhecimento assim como sobressaltar as potencialidades da prática diária.

Numa relação dialógica, estes espaços ainda, atuam como propulsores para a adoção de medidas inovadoras, seguras e de qualidade, tanto de prevenção do agravo, como de promoção à saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas e seus familiares.

Embora a temática UPP seja ampla, acredita-se que este estudo trouxe questões importantes como, possíveis benefícios para as pessoas susceptíveis a desenvolver a UPP e seus familiares com o aumento da possibilidade de evitar o agravo, e contribuir para melhoria da qualidade de vida desta população. Para o profissional enfermeiro eleva o conhecimento científico acerca do tema, contribuindo para possibilidades de mudança na realidade da prática, alavancada pela

execução de um cuidado inovador, seguro, efetivamente planejado e sistematizado em nível de domicílio.

A instituição estudada, enquanto contexto da pesquisa, resultou num maior conhecimento e reconhecimento da sua realidade em relação ao tema. A partir disto, será possível elevar a probabilidade de intervenção no cuidado preventivo e de promoção da saúde, podendo levar, entre outras melhorias, redução nos custos para saúde pública na APS e demais níveis de complexidade.

Cabe pontuar também que, num elaborar e reelaborar contínuo de ensino e aprendizagem, ação-reflexão, beneficiado pelas estratégias metodológicas, proporcionou a pesquisadora uma nova perspectiva visual, mais ampliada, alcançada de outros ângulos, com abertura de um leque de oportunidades de criar e recriar a prática da Enfermagem.

Determinado pelo desafio de ampliar para além, do cuidado curativo para o preventivo, e em especial, os de promoção à saúde, espera-se que este estudo possa colaborar para esta transformação, iniciando pelas esferas intersetoriais, em conjunto com as governamentais à área da assistência direta.

Espera-se também que este estudo possa contribuir na formação acadêmica, bem como impulsionar o desenvolvimento de novas pesquisas para se obter maior aprofundamento e consistência do conhecimento tema, implicando em avanços no campo da prática assistencial e científica da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21, jan-fev 2008.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-42, Ago. 2008.

ALVES, A. R.; et al. A importância da assistência de Enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: UNIVILLE, 2005.

ARAUJO, C. R. D.; et al. A Enfermagem e a utilização da Escala de Braden em Úlcera por Pressão. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 359-64, jul/set. 2010.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F.; CAETANO, J. A. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, p. 858-64, 2012.

ATHLIN, E.; et al. Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. **J. Clin. Nurs**. v. 19, n. 915-16, p. 2252-8, Aug. 2010.

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enferm**. Ribeirão Preto (SP), v. 18, n. 3, p. 390-7, mai./jun. 2010.

BERETA, R. P.; et al. Protocolo Assistencial para Prevenção de Úlcera

por Pressão em clientes críticos. **Rev. Cuidarte Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 80-6, jul-dez. 2010.

BERGSTROM, N.; et al. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. **Nurs Res**. v. 36, n. 4, p. 205-10, Jul-Aug 1987.

BEZERRA, S. M. G.; et al. Prevalência, fatores de risco e classificação da úlcera por pressão em pacientes com imobilidade prolongada assistidos na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Estima**. v. 12, n. 3, p. 41-9, 2014.

BONETTI, A.; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Esc. Anna Nery** (impr.). Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 179-83, jan./mar. 2013.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

BORKAM, J.; et al. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. **Health Aff. (Millwood)**. v. 29, n. 8, p. 1432-41, Aug. 2010. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0023.

BOTH, J. E.; et al. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. **Esc. Anna Nery** (impr.). Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 486-95, 2014.

BOUZA, E. B.; ESPINO, M. P. M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas. **Generalitat Valenciana**. Gerokomos, v. 25, n. 1, p. 53-4, 2014.

BRADEN, B.; BERGSTRON, N. Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. 1988. Disponível em: <<https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/pressureulcers/bradenScale.pdf>>. Acessado em: 07 dez. 2013.

BRANDÃO, E. S.; SANTANNA, M. H.; SANTOS, I. Um desafio no cuidado em Enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. **R.**

Pesq.: Cuid. Fundam. Online. v. 5, n. 1, p. 3221-28, jan./mar. 2013.
Doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3221.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 197 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas.** Brasília: MS, 2002.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar:** manual técnico. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Indicadores da unidade de cuidados paliativos:** hospital do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. **Anexo 2: Protocolo para prevenção da Úlcera por Pressão.** Brasília: Anvisa; Fiocruz, 2013.

BREDESEN, I. M.; et al. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. **Int. J. Nurs. Stud.** v. 52, n. 1, 149-56, 2015.

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

CAKMAK, S. K.; et al. Risk factors for pressure ulcers. **Adv. Skin. Wound Care.** v. 22, n. 9, p. 412-5, Sep. 2009.

CAMERON, R.; et al. Developing eLearning for pressure ulcer

prevention and management. **Br. J. Nurs.** v. 23, n. 15, p. S16-S18-S20 passim, Aug. 2014.

CARNEIRO, A. C. L. L.; et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev. Panam. Salud Publica.** v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

CARVALHO, E. S. S. **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional.** Salvador: Atualiza, 2011.

CHAN, W. S.; PANG, S. M.; KWONG, E. W. Avaliar a validade preditiva da escala de Braden modificado para predição do risco de úlceras de pressão de pacientes ortopédicos em um ambiente de cuidados agudos. **J. Clin. Nurs.** v. 18, n. 11, p. 1565-73, Jun. 2009.

CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por Pressão em Pacientes sob Assistência Domiciliar. **Acta Paul. Enferm.** v. 23, n. 1, p. 29-34, 2010.

CHIESA, A. M.; et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 45, n. Esp. 2, p. 1743-7, 2011.

COÊLHO, A. D. A.; et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Rev. Rene.** v. 13, n. 3, p. 639-49, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro - gestão 2006-2008.** 2. ed. Florianópolis: COREN/SC, 2008.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 693-700, Dec. 2010.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** Rio de Janeiro: ANS, 2003. 35 p.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEALEY, C. Tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as Enfermeiras. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DECLARAÇÃO DE HELSINKI. Princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos. Adotado na 18ª Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia, Junho 1964. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica/Gabriela_Guz_ModuloIII/DECLARA%C7%C3O%20DE%20HELSINKI%20\(2000\)%20em%20portugu%C3%AAs.doc](http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica/Gabriela_Guz_ModuloIII/DECLARA%C7%C3O%20DE%20HELSINKI%20(2000)%20em%20portugu%C3%AAs.doc)>. Acessado em: 09 de janeiro de 2014.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de Enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Ribeirão Preto, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013.

EPUAP/NPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

FAUSTINO, A. M.; et al. The knowledge of nurses about new descriptors for classification of pressure ulcers: descriptive study. **Online Braz. J. Nurs. [Internet]**. v. 9, n. 1, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102800>

FIGUEIREDO, N. V. F. **Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica**: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. 2010. 248 f.. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCISCO, T.; et al. Conhecimento dos graduandos de enfermagem relativo à úlcera por pressão: um estudo no cenário privado. **Nursing** (São Paulo). São Paulo, v. 14, n. 164, p. 21-8, jan. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREITAS, J. P. C.; ALBERTI, L. R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 515-21, 2013.

FREITAS, M. C.; et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-50, 2011.

GOMES, F. S. L.; et al. Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. **REME. Rev Min Enferm.** Bel Horizonte, v. 17, n. 2, p. 250-3, abr/jun. 2013.

GOMES, F. S. L.; et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 45, n. 2, p. 313-18, 2011.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M. **A saúde coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde do município de Florianópolis. Florianópolis: ed. UFSC, 2006.

GT- PROMOÇÃO DA SAÚDE/DLI/ABRASCO- Promoção da Saúde consolida-se como Grupo Temático da ABRASCO e propõe articulação com os demais GTS. In: Reunião Pré-Congresso de Epidemiologia. Recife, 19 a 23 de junho, 2004. Recife: Anais. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações Disciplinares em um Centro de Ensino e Pesquisa em Práticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 260-72, 2010.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-9, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420540&se arch=santa-catarina|florianopolis>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

IRION, G. Úlceras por pressão. In: IRION, G. **Feridas**: novas

abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

JOSEPH, J.; CLIFTON S. D. Conhecimento dos Enfermeiros sobre úlcera de pressão de avaliação de risco. **Enfermagem Stand.** v. 27, n. 33, p. 54, 56, 58-60, 17-23 abril 2013.

JOSEPH, J.; CLIFTON S. D. Conhecimento dos Enfermeiros sobre úlcera de pressão de avaliação de risco. **Enfermagem Stand.** v. 27, n. 33, p. 54, 56, 58-60, 17-23 abril 2013.

KARDAKIS, T.; et al. Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. **Eur. J. Public. Health.** v. 24, n. 1, p. 79-84, Feb 2014.

KIELY, C. Transformação cultural na prevenção de úlceras por pressão e cuidados. **J. Wound Ostomy Continence Nurs.** v. 39, n. 4, p. 4443-6, Jul./Ago. 2012. doi: 10.1097/WON.0b013e31825d23ae.

KOTTNER, J.; TANNEN, A.; DASSEN, T. Interrater reliability of the Braden scale. **Pflege.** v. 21, n. 2, p. 85-94, Apr. 2008.

LANDI, F.; et al. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. **Arch. Gerontol. Geriatr.** v. 44, Suppl 1, p. 217-23, 2007.

LANGEMO, D.; ANDERSON, J.; VOLDEN, C. M. Nursing quality outcome indicators: the North Dakota Study. **J. Nurs. Adm.** v. 32, n.2, p. 98-105, 2002.

LEITE, F. C. L.; COSTA, S. M. S. Gestão do conhecimento científico: proposta de um modelo conceitual com base em processos de comunicação científica. **Cienc. Inf.** Brasília, v. 36, n. 1, p. 92-107, jan./abr. 2007.

LEOPARDI, M. T. Estudo de Teorias. In: _____. **Teorias de Enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro, 1995. p. 28-57.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/ UFSC; Ed. Papa-Livros, 1999.

LEVINE, S. M.; et al. Current thoughts for the prevention and treatment of pressure ulcers: using the evidence to determine fact or fiction. **Ann. Surg.** v. 257, n. 4, p. 603-8, Apr. 2013. doi: 10.1097/SLA.0b013e318285516a.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a Enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-9, 2007.

LOBO, A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 11, n. 3, p. 405-18, 2008.

LOBOSCO, A. A. F.; et al. O Enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. **Enfermería Global.** n. 13, 2008.

LOPES, M. S. V.; et al. Análise do Conceito de promoção da Saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, Jul-Set. 2010.

MANTOVANI, M. F.; et al. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 662-8, dez. 2011.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da Enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-9, nov-dez. 2012.

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. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 43, n. 1, p. 223-8, 2009.

MEESTERBERENDS, E., HAFFENS,R., LOHRMANN C., DE WIT, R. Pressure ulcer guideline development and dissemination in Europe. **J. Clin. Nurs.** v. 19, n. 11-12, p. 1405-503, 2010.

MELO, M. R. C.; DANTAS, V. L. A. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.** Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 328-36, jul./set. 2012.

MILSTEIN, B.; HOMER, J.; HIRSCH, G. Analyzing national health reform strategies with a dynamic simulation model. **A. Am. J. Public Health.** n. 5, p. 811-9, 2010. doi: 10.2105/AJPH.2009.174490.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, [10 telas], nov-dez 2010.

MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo calgary e a taxonomia da NANDA. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 72-80, Jan-Mar. 2008.

MONTEZELI, J. H.; et al. Referencial de Horta como instrumento de ensino-aprendizagem em Enfermagem: pesquisa convergente assistencial. **Online Brazilian Journal of Nursing,** Vol. 8, No 1, 2009.

MOREIRA, Marco Antonio. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa.** Adaptado e atualizado, em 1997, de um trabalho com o mesmo título publicado em O ENSINO. **Revista Galáico Portuguesa de Sócio-Pedagogia e Sócio-Linguística,** Pontevedra/ Galícia/ Espanha e Braga/Portugal, n. 23 a 28:87-95, 1988.

NÉOUZE, A. Preventing pressure ulcers. **Soins Gerontol.** n. 101, p. 19-21, May-Jun. 2013.

OHURA, T.; et al. Evaluation of effects of nutrition intervention on healing of pressure ulcers and nutritional states (randomized controlled trial). **Wound Repair Regen.** v. 19, n. 3, p. 330-6, May-Jun 2011.

OLIVEIRA, E. S.; et al. Política nacional de promoção da saúde e a prática de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE online.** Recife, v. 8, N. 3, p. 735-41, mar. 2014.

OLIVEIRA, M. B.; et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev. Rene.** v. 14, n. 5, p. 894-903, 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. Washington (DC): OMS, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

OREM, D. **Nursing**: concepts of practice. New York: McGraw Hill, 1971.

ORSTED, H. L.; ROSENTHAL, S.; WOODBURY, M. G. Consciência de úlceras de pressão e Programa de Prevenção: um programa de melhoria da qualidade através da Associação Canadense de Tratamento de Feridas. **J. Wound Ostomy Continence Nurs.** v. 36, n. 2, p. 178-83, Mar./Abr. 2009. doi: 10.1097/01.WON.0000347659.79722.b0.

PARANHOS, Y. W., SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua Portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP**. Ribeirão Preto, v. 33, nº especial, 1999.

PARK-LEE, E.; CAFFREY, C.; Division of Health Care Statistics. Pressure Ulcers Among Nursing Home Residents: United States, 2004. U.S. department of health and human services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. **NCHS Data Brief**. n. 14, [8fls], February 2009.

PENA, C. M. M. **Repensando o pensar**: análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família. 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), 1992.

PEREIRA, A. G. S.; et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 454-61, 2014.

PERRONE, F.; et al. Estado nutricional e capacidade funcional na ulcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev. Nutr.** v. 24, n. 3, p. 431-8, 2011. Disponível em:
<<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/regional/index.php>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

- PESSOA, E. F. R.; ROCHA, J. G. S. C.; BEZERRA, S. M. G. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de Enfermagem. **Rev. Interdisciplinar NOVAFAPI**. Teresina. v. 4, n. 1, p. 14-18, jan/fev/mar, 2011.
- PINA, E. Epidemiology of chronic wounds treated in Primary Health Care in Portugal. **Rev. Port. Cir. Cardiorac Vasc**. v. 14, n. 1, p. 49-52, Jan-Mar. 2007.
- PIRES, D. E.; et al. (org.) **Consolidação da legislação e ética profissional**. Florianópolis (SC): COREN (SC), 2010.
- PIRES, M. R. G. M.; et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-56, 2013.
- POLIT, D. F. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- QUEIROZ, A. C. C. M.; et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-71, 2014.
- QUEIROZ, M. V. O.; et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 55-63, 2008.
- RABELO, C. B. M.; et al. Conhecimento de Enfermeiros sobre a Prevenção da Úlcera por Pressão. **Rev. Estima**. v. 11, n. 2, p. 41, 2013.
- RATLIFF, C. R.; TOMASELLI, N. Atualização WOCN na diretriz baseada em evidências para úlceras de pressão. **J. Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 37, p. 459-60, 2010.
- REIBNITZ, K. S. **Profissional crítico-criativa em enfermagem**: a construção do espaço intersejor na relação pedagógica. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

RIBAS, J. D. **Prevalência de ulcera por pressão: um estudo epidemiológico da Enfermagem.** 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem Terapêutica da Úlceras de Pressão – Intervenções Baseadas em Evidências. **Revista Acta Med. Port.** v. 19, p. 29-38, 2006.

ROCHA, P. A.; et al. Promoção da saúde: a concepção do enfermeiro que atua no programa saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde.** Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 215-20, abr./jun. 2012.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, [7 telas], mar-abr. 2012.

ROGER CHOU, M. D.; et al. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention: A Systematic Comparative Effectiveness Review. **Ann. Intern. Med.** v. 159, n. 1, p. 28-38, 2013.

RUMOR, P. C. F.; et al. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 4, p. 674-80, out/dez 2010.

SANTANA, W. S.; et al. Prevalência de úlcera por pressão em idosos com imobilidade prolongada em domicílio. **Rev. Estima.** v. 12, n. 4, 2014.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. Promoção do Autocuidado de Idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 745-53, Out-Dez. 2010.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013.

SILVA, L. M. S.; et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. Enferm. UERJ.**

Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p.784-8, dez. 2012.

SILVA, M. L. B.; et al. Saberes e práticas de cuidadores domiciliares sobre úlcera por pressão: estudo qualitativo. **Online Braz. J. Nurs. (Internet)**, v. 8, n. 3, dez. 2009.

SILVA, R. M.; et al. A produção científica brasileira sobre cuidados de Enfermagem a pacientes portadores de úlceras por pressão. **Rev. Enferm. UFSM**. Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 246-53, maio-ago. 2011.

SITE SMS: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS CS ESPAÇO DA PESQUISA. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 08 de out. 2014.

SITE SMS: NÚMERO DE ATENDIMENTO. Disponível em:
<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=raai+raac++serie+historica>>. Acesso em: 08 de out. 2014.

SOCIEDADE IBEROAMERICANA ÚLCERAS E FERIDAS.
Declaração do Rio de Janeiro sobre a Prevenção das Úlceras por Pressão como um direito universal. Outubro de 2011.

SOUZA, D. M.; et al. Predictive validity of the *Braden* Scale for pressure ulcer risk in elderly residents of long-term care facilities. **Geriatric. Nurs.**v. 31, n. 2, p. 95-104, 2010.

SOUZA, R. C. R.; SOARES E. Implementando inovações em saúde com base na pesquisa convergente assistencial. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**. v. 5, n. 4, p. 727-35, out.-dez. 2013.

SOUZA, T. S.; et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-6, maio-jun. 2010.

STANSBY, G.; et al. Prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care: summary of NICE guidance. **BMJ**. v. 348, p. g2592, 2014.

STARFIELD, B. Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States. **Health Aff. (Millwood)**. v. 29, n. 5, p. 1030-6, 2010. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0002.

TEIXEIRA, M. B.; et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 52-68, out 2014.

TIAGO, F., et al., Conhecimento dos graduandos de enfermagem relativo à úlcera por pressão: um estudo no cenário privado. **Nursing (São Paulo)**; v. 14, n. 164, p. 21-28, jan. 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente - assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde – Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

URBANETTO, J. S.; et al. A relação entre a dependência de cuidados, risco e úlcera por pressão. **Enfermagem em Foco**. v. 3, n. 4, 2012.

WALLERSTEIN, N.; et al. Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. **Promot Health. Int**. v. 26, n. suppl 2, p. ii226-ii236, 2011. doi: 10.1093/heapro/dar077.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Milestones in Health Promotion**: Statements from Global Conferences. Geneva: WHO, 2009.

_____. **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986.

YONEKURA, T., SOARES, C. B. Jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, [7 telas], set-out 2010.

APÊNDICES

Apêndice A: Instrumento de coleta de dados



Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista – Profissional Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família –
Atenção Primária – Distrito Continente - Data: _____

Nome:	Idade:
Estado civil:	Sexo:
Tempo de Formado:	Pós Graduação: () Especialização em:..... () Mestrado () Doutorado
Tempo de trabalho como Enfermeiro na eSF:	Tempo de trabalho na SMS Florianópolis:
Centro de Saúde:	Contrato de trabalho: () Estatutário () CLT

Fale-me o que você conhece sobre Úlcera por Pressão- UPP (conceito, classificação, etiologia, outros)?

Fale-me sobre os riscos de uma pessoa que está no domicílio desenvolver a UPP?

Fale-me como você identifica e avalia a pessoa que está susceptível a desenvolver a UPP?

Mediante a susceptibilidade de uma pessoa que está no domicílio desenvolver a UPP

- a) Fale-me quais ações podem prevenir o desenvolvimento da UPP
- b) Fale-me quais ações podem promover a saúde deste indivíduo, a fim de evitar o agravo

Apêndice B: Proposta Oficina I

Realizando a 1ª Oficina – “Diga Não a UPP: Aprendendo e Ensinando o Tema”:

-Trabalhar com os profissionais Enfermeiros no aprimoramento e ampliação do conhecimento sobre a UPP, quanto, conceito, classificação, como ocorre, fatores causais de desenvolvimento. Será trabalhado através da estratégia de leitura de texto, numa reflexão a partir do que foi elaborado pelos participantes sempre fazendo um link com a literatura. Também será utilizado conteúdo expositivo com apresentação de lâminas abrindo espaço para discussão, esclarecimentos e o compartilhar de experiências, e ainda o conhecimento do comprometimento tecidual de cada estágio da UPP através do lúdico com materiais para trabalho manual como guache, isopor e outros.

CONCEITO UPP– 20min. 14h as 14:20h

- Dividir em três grupos.
- Distribuir para cada grupo as duas referências (abaixo), e as frases que foram elaboradas no primeiro encontro pelos participantes sobre conceito da UPP (abaixo).
- Refletir sobre cada uma das frases comparando com o conceito dos autores, as coerências e incoerências conceituais.
- Discutir no grande grupo as conclusões sobre se os conceitos levantados no encontro anterior está de acordo com a literatura ou não.
- Finalizar com o conceito da NPUAP/EPUAP.

Referência Bibliográfica 1 - As úlceras por pressão também denominadas feridas por pressão e úlceras de decúbito. Pode ser descrita como uma lesão localizada da pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou uma combinação desses fatores (**DALEY, 2008**).

Referência Bibliográfica 2 - É uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e ou cisalhamento (**BORGES, 2012**).

FRASES**GRUPO 1**

- Lesão de tecidos causada por pressão em **regiões com proeminência óssea**, devido á diminuição da circulação sanguínea no local.
- Lesão causada por compressão de tecido, comprometimento de perfusão sanguínea em região localizada.

GRUPO 2

- **Solução de continuidade** da pele causada por excesso de pressão.
- São úlceras que ocorrem devido pressão realizada sobre os tecidos ocorrendo **maceração** dos mesmos.
- São feridas ocasionadas pela pressão no tecido

GRUPO 3

- Lesão ocasionada pela pressão de uma determinada área do corpo (principalmente proeminências ósseas), **por longo período de tempo**.
- Trata-se de uma **lesão de continuidade** que acomete principalmente pessoas com restrições na mobilidade, ocorre com maior frequência em áreas com proeminências ósseas e/ou que estão sob pressão.

FISIOPATOLOGIA – 10min 14:20h as 14:30h

- Apresentar na lâmina como ocorre a UPP. Abrir para dúvidas e discussão.

LOCALIZAÇÃO – 10min 14:30h as 14:40h

- Apresentar na lâmina os principais pontos de ocorrência da UPP. Abrir para dúvidas e discussão.

CLASSIFICAÇÃO - 40min 14:40 as 15:20h

- Fazer leitura na lâmina das respostas do encontro anterior.
- Entregar para os três grupos material para pintar, isopor representando a pele e suas divisões, juntamente com duas bibliografia sobre classificação.

(BORGES, 2012. e CARVALHO, E.S.S. Como cuidar de pessoas com feridas: Desafios para a prática multiprofissional, Ed. Atualiza, 2011).

Grupo 1 - introdução (2 textos)+Suspeita de lesão+ Não Estadiável+Diferença de UPP na mucosa e diferença entre UPP e escara).

Grupo 2: estadiamento UPP I e II.

Grupo 3: estadiamento UPP III e IV.

- Pintar o isopor de acordo com a figura do texto representando o comprometimento tecidual de cada estágio. (3 pinças, 3 sacolinhas, 3 copinhos com água, 3 tesourinhas).
- Apresentar o que foi feito para o grande grupo explicando cada estágio de acordo com a literatura.
- Finalizar com Classificação NPUAP.

Lanche : 15:20h as 15:40h

ETIOLOGIA - FATORES CAUSAIS-RISCO 60min 15:40 as 16:30h

- Fazer uma grande roda.
- Fazer leitura na lâmina de uma lista dos fatores de risco produzidos no encontro anterior.
- Entregar dois textos para cada 2 participantes fazer a leitura sobre a temática (. (Irion pág. 76 e 77 e Dealey 123 e 128).
- Pedir para os participantes, a partir do conhecimento adquirido na leitura levantar uma nova lista dos fatores de risco. Os participantes deverão iniciar a lista com os já elencados no primeiro encontro, e entendidos que devem se manter. (cartolina, papéis cortados A4, pincel atômico, fita adesiva).
- Categorizar coletivamente os que são fatores extrínsecos e intrínsecos. Este conhecimento é importante eles terem, pois se a pessoa tem muitos fatores de risco intrínsecos, aumenta em muito a chance de desenvolver a UPP, e a culpa não pode ser atribuída ao cuidador/familiar, como eles falaram.
- Discutir com os participantes os fatores de risco elencados no primeiro encontro e não escolhidos nesta etapa após a leitura.

UPP

Fatores Intrínsecos

Fatores Extrínsecos

Momento de dúvidas, esclarecimentos, contribuições.

FINALIZAÇÃO 15min 16:30 as 16:45h

A partir de todos os conceitos aprendidos da construção e reconstrução do conhecimento nesta oficina, lançar mão do desafio com a seguinte pergunta:

Como os Enfermeiros da eSF avaliam o risco de desenvolver UPP nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio, e quais as ações de prevenção e promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da lesão?

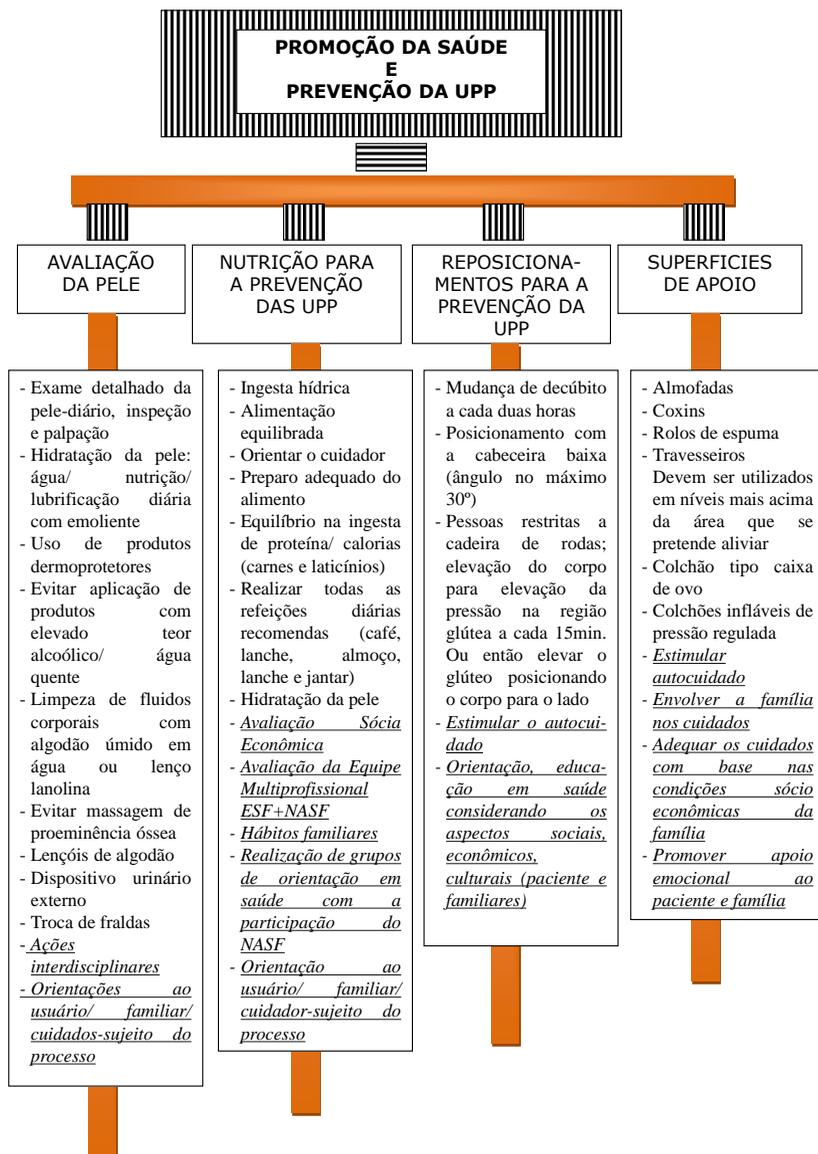
Apêndice C: Painel fatores de risco para UPP elencados pelos participantes

OFINA I



Apêndice D: Painel das ações de prevenção da UPP e promoção da saúde, elaboradas pelos participantes

OFICINA II



Apêndice E: Casos Clínicos Fictícios

A partir da avaliação do estudo de caso como um todo, da avaliação clínica e escala preditiva de Braden, buscar de acordo com sua prática diária, refletir sobre a situação e elencar ações que possam promover a saúde bem como prevenir a UPP das pessoas com restrição de atividade e mobilidade física, considerando a participação ativa da pessoa e seu familiar, em seu contexto social, econômico, cultural de vida, incentivando o desenvolvimento de habilidades pessoais, com estratégias numa prática educativa, dialética, levando em consideração as limitações, mas sobretudo ressaltando suas potencialidades.

CASO 1 (fictício)

J.C., solicitou visita da eSF por estar com lesão originada de Síndrome de Fournie (diagnóstico médico). Recebeu a visita da ACS da área e Enfermeira(o) que constatou. Usuário do sexo masculino, 56 anos, Pedreiro aposentado. Mora com a filha de 32 anos, diarista em casas fixas 3x/semana, com o genro de 33 anos, motorista no serviço público municipal que exerce sua função no período da tarde, com o neto de 12 anos que estuda pela manhã e a tarde fica em casa, e um bebe de 8 meses que fica na creche o dia todo. Diz que é separado há 7 anos, que vivia sozinho em sua cidade natal, no interior de Santa Catarina, se virava com ajuda dos vizinhos, mas depois que ficou com a lesão (Fournie), foi internado por três meses, e após a alta hospitalar teve que vir morar com a única filha, isto a seis meses atrás. Relata, que de maneira geral se sente bem morando ali, que dorme num quarto com o neto mais velho, numa casa de madeira que contém 4 cômodos, composta por 1 quarto do casal e berço do bebe, 1 banheiro 1 sala conjugada com cozinha e uma varandinha pequena que adora, pois fica quase a manhã toda sentado na cadeira de rodas olhando o movimento da rua. Não deambula por paraplegia há 15 anos, queda de uma laje durante o trabalho (lesão de T5). Senta em poltrona e em cadeira de rodas com auxílio da filha, do genro, e às vezes do neto de 12 anos. Apresenta boa mobilização na cama, sem precisar de ajuda. Mas aponta a vontade de voltar para a cidade de onde veio assim que a lesão melhorar. Relata que está aposentado e que ganha 1 salário e meio por mês, e que a renda da família é em torno de 3.900 reais. Apresenta boas condições de higiene pessoal, é auxiliado pela filha, ou pelo genro na ausência dela. No momento utiliza fraldas descartáveis, troca 1 por dia no momento da realização do curativo, em função da lesão de Fournie

que exsuda bastante e acaba sujando a roupa pessoal e também de cama. Nega Diabetes, Hipertensão, PA no momento: 130x80mmhg, e ou outras doenças sistêmicas. Tabagista a mais de 30 anos, 20 cigarros/ dia. Nega uso de álcool e ou outras drogas. Lúcido, orientado. Eupneico, FR: 20rpm, com tosse seca ocasional. Diz que se alimenta bem, em média três refeições dia (café da manhã, almoço e jantar) com total aceitação, mas gosta muito de pirão com peixe, e come carnes todos os dias. Líquido, relata que bebe pouca água, mostrando-lhe um copo de aproximadamente 180ml, relata que toma cinco ou seis por dia. Gosta de um cafezinho preto e puro, toma em torno de meia garrafa térmica por dia. Eliminações, urinária espontânea, incontinente, por dispositivo urinário externo (jontex), sem queixas relacionadas. Intestinal com colostomia protetora, funcionando, fezes pastosas diariamente. Sono e repouso preservados, mas em uso de benzodiazepínico (DZP 10mg), que utiliza ocasionalmente. MMII e MMSS, ausência de edema com pulsos presentes, pele aquecida, discretamente ressecada. Ausência de área de hiperemia reativa. Exames Laboratoriais, no momento sem, os últimos que fez foi na internação. Apresenta lesão crônica em região de saco escrotal e glútea a direita por síndrome de Fournie, contaminada com exsudato seropurulento em grande quantidade. Sem odor fétido. Margem irregular com área perilesional íntegra. Ausência de dor e edema local. Paciente se apresenta afebril com Tax: 36,1°C.



Fonte: <http://www.tudoditudo.com/sindrome-de-fournier-o-que-e/>

CASO CLÍNICO 2 (fictício)

M.R.F., solicitou visita da eSF por estar com lesão em região de ísquio para fazer curativo no domicílio. Recebeu a visita da ACS da área e Enfermeira(o) que constatou. Usuária do sexo feminino, 30 anos, 2º grau completo, Balconista, mas no momento afastada pela perícia, após se acidentar de motocicleta, onde teve lesão de espinha altura C6 e C7, ha 1 ano e 8 meses. Filha de pais separados, ha mais de 10 anos não vê o pai. Casada ha 7 anos, ainda não tem filhos, mas afirma ter vontade. Esposo, tem 32 anos, cursou o ensino fundamental, trabalha de vigilante 8h por dia em um banco, contratado por empresa privada. Renda familiar de 2.200,00. Moram numa casa de alvenaria, parede e meia com a casa dos sogros, composta de 3 cômodos, quarto, WC e cozinha. A sogra da usuária, com quem tem um relacionamento difícil, trabalha de copeira na mesma empresa que o filho, e fica fora a semana toda, o sogro é motorista de ônibus e não tem horário fixo, ficando bastante tempo fora de casa. A mãe, também afastada do trabalho por problemas articulares, diariamente, desde o acidente, é quem presta os cuidados (alimentação, mudança de posição na cama, banho, curativo), até o momento em que o marido chega, alternando, dias em sua própria casa, dias na casa da filha. Nos dias em que a usuária fica na casa da mãe, é levada cedo pelo esposo, de carro que empresta do pai. O relacionamento do genro e sogra também é rumoroso, pois ele sabe que a sogra o culpa pela situação da esposa, haja vista que no momento do acidente ela estava de carona na moto. Ocasionalmente a usuária conta com a ajuda de uma amiga de infância que mora no mesmo bairro, e são nestes dias, duas ou três vezes na semana, que fica sentada na cadeira de rodas de manhã ou a tarde, sempre sendo segurada, já que não consegue se sustentar sozinha. Apresenta boas condições de higiene pessoal, o banho é feito durante o dia pela mãe e amiga no dia que a visita, ou a noite pelo esposo quando chega do trabalho. Embora tudo muito simples, o ambiente da casa se apresenta limpo e organizado. Quanto a doenças, relata Asma crônica, e faz uso de bombinha Berotec 2x/dia, e ocasionalmente em situações agudas Prednisona. Nega outras doenças sistêmicas e uso de cigarro, bebe cerveja ocasionalmente nos finais de semana. Lúcida, orientada, pouco comunicativa, com respostas limitadas, sendo que a maioria das vezes a manifestação vinha da mãe. Eupneica, FR: 16rpm. Relata que às vezes toma café, outras não, pois pela manhã não tem fome, mas almoça bem, normalmente come carne e saladas, e o jantar é sempre café com leite e pão, as vezes faz lanche que pede no moço do cachorro quente da esquina. Líquido, diz que toma pouco, nem chega a 1litro por dia, pois assim urina menos, mas adora

refrigerante, em especial coca-cola, que toma todos os dias, no mínimo meia garrafa dessas que compra no mercado de dois litros. Eliminações, presentes diariamente, e sem queixas relacionadas. No momento utiliza fraldas descartáveis, por bexiga neurogênica, e incontinência fecal. Sono e repouso preservados. MMII e MMSS, ausência de edema com pulsos presentes, pele aquecida, hidratada. Ausência de área de hiperemia reativa. Exames Laboratoriais, no momento sem, os últimos que fez foi na internação. Apresenta lesão por UPP em região de ísquio a E, com tecido granulação. Margem irregular com área perilesional íntegra, e sem sinais de infecção. Ausência de dor e edema local. Paciente se apresenta afebril com Tax: 36,7°C.



Fonte: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAfzAAK/curativo>

Apêndice F: Instrumento de Coleta de Dados: Devolutiva das Oficinas – profissional



Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

FEEDBACK DAS OFICINAS QUANTO A EXPERIÊNCIA, CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO TEMA TRABALHADO- PREVENÇÃO DA UPP E PROMOÇÃO DA SAÚDE

- 1 - Em relação às oficinas destaque o que mais foi expressivo para você na construção e reconstrução do conhecimento sobre a UPP, promoção da saúde e prevenção da UPP.

- 2 - Refletindo sobre a experiência das oficinas, este permitirá mudança na sua prática em relação à prevenção da UPP e promoção da saúde? () Sim () Não
Se sim. De que forma?

- 3 - Em relação à escala preditiva de BRADEN:
Você já conhecia? () Sim () Não
A partir das discussões e reflexões do grupo nas oficinas, enquanto enfermeira (o) da eSF, na sua prática do dia a dia você irá utilizar/aplicar a escala preditiva de Braden?
() Sim () Não Porque?

Apêndice G: Síntese Oficina I: consolidação da codificação

CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A UPP

Compreender a UPP (conceito):

- é uma lesão ocasionada por pressão
- lesão ocasionado na pele
- lesão por pressão, mas também por fricção e cisalhamento
- lesão por diminuição do suprimento sanguíneo
- lesão com solução de continuidade ou não
- ferida de laceração é outra
- lesão em região de proeminência óssea ou não
- um curto período de tempo, mas uma pressão mais forte, né ou inverso

Conhecer a Classificação da UPP

- Suspeita de lesão:

- pele íntegra
- pele arroxeadada
- um poquinho de hematoma, ou equimose
- algumas bolhinhas de sangue
- não tem como identifica a profundidade dessa lesão
- ela pode sê...mais quente se comparada, a outras áreas do corpo, ou mais fria
- pode ser bem dolorosa, firme ou pastosa, também, amolecida, marrom

- Não estadiável:

- tem um tecido necrótico
- não consegue também avaliar o grau de comprometimento
- sabe o que eu fico confusa... não-estadiável coloca como a escara, eles citam a coloração marrom... Não é fácil definir

- Estágio I:

- a pele apresenta edema
- não empalidece quando pressionada geralmente localizada sobre proeminência óssea e de acordo com as diferenças anatômicas
- observa calor, o rubor
- é mais...superficial
- dependendo da cor da pele, se for uma pessoa negra, não necessariamente vai ficar mais avermelhada, pode ficar mais escurecida

Estágio II:

- tem um comprometimento mais da epiderme e da derme
- uma úlcera superficial, mas já pode apresentar uma marca na pele, né? Não só a parte hiperemiada
- não necessariamente, é...tem o rompimento da pele.
- podem se apresentar como bolhas, né?
- vai apresentar dor
- pode ter endurecimento ao redor da pele

Estágio III:

- tem um comprometimento maior, né?
- pega tecido adiposo e a fáscia muscular

Estágio IV:

- atinge ossos e tendões
- pus. Ela pode tá ou não contaminada

Desvelar os fatores risco para o desenvolvimento da UPP

Intrínseco:

30 expressões

- estado geral do paciente (4)
- comorbidades (4)
- déficit estado nutricional (12)
- umidade (3)
- idade (2)
- mobilidade reduzida (2)
- déficit neurológico (2)
- suprimento deficitário de sangue (1)

Extrínsecos:

15 expressões

- pressão (3)
- cisalhamento (2)
- fricção (2)
- má posicionamento (2)
- má higiene (2)
- uso de equipamento médico (2)
- ambiente (condições da casa, colchão, quem vai cuidar) (2)

Apêndice H: Termo de consentimento livre e esclarecido – profissional

Título do Projeto: *Úlcera por Pressão no contexto da Atenção Primária: utilização da escala de Braden*

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado(a), Enfermeiro(a) do Centro de Saúde _____ (onde está lotado) fui informado(a) pela mestrande Cilene Fernandes Soares que está sendo desenvolvido um projeto de pesquisa intitulado: **“ÚLCERA POR PRESSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN”**. Tal pesquisa será realizada no Distrito Sanitário Continente de um Município do Sul do Brasil, sob a orientação da Enfermeira Dr^a Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann, e tem por objetivo Discutir com os Enfermeiros da eSF ações que busquem promover a saúde das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física afim de evitar o desenvolvimento da UPP, utilizando a avaliação da escala de Braden. Os dados serão usados para a construção do conhecimento para o mestrado em Enfermagem e poderão ser divulgados em publicações científicas especializadas e eventos, salva guardado a minha identificação. A minha participação consistirá em aceitar ser entrevistado(a) e participar das oficinas. Assim, devo permitir que sejam feitas gravações e registros escritos. Foi me garantido que as gravações serão destruídas ao término da pesquisa e que todas as informações coletadas serão confidenciais, onde receberei um código para evitar a identificação pessoal, ou seja, minha privacidade será respeitada, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Minha participação na pesquisa não me trará benefícios diretos, embora os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhoria da assistência quanto a promoção da saúde e prevenção da UPP. Existe um risco mínimo de que a pesquisa poderá causar constrangimentos e ou desconfortos, desta forma a pesquisadora se compromete a fornecer o suporte emocional necessário. Também fui informado(a) que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta sobre o tema, e em qualquer momento posso desistir de participar desta pesquisa, sem precisar justificar, sem prejuízo algum para mim. Estou ciente de que posso falar o que realmente penso, sem que isso interfira na rotina de

trabalho ou implique em algum ônus para mim.

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo deste estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Para qualquer esclarecimento, poderei a qualquer momento procurar a Dr^a Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ou pelos telefones (48) 37212765, das 9 às 18 horas, ou a mestranda Cilene Fernandes Soares pelos telefone (48) 32391525, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-9206 das 7 às 19 horas.

Assinatura do(a) Entrevistado(a):

Fone:

Assinatura da Entrevistadora/pesquisadora

RG: 2304438-1

Fone: 32391525

Endereço eletrônico: olacilene@gmail.com

Florianópolis: _____/_____/2014

ANEXOS

Anexo A: Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão

ESCALA DE BRADEN

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Percepção sensorial Capacidade de reagir a pressão relacionada com desconforto	Totalmente limitado: não reage (não geme, não se esquia e nem se agarra) a estímulo doloroso devido à redução do nível de consciência ou a sedação, ou capacidade ilimitada de sentir dor na maior parte do corpo	Muito limitado: apenas reage a estímulos dolorosos, não é capaz de comunicar o desconforto exceto por gemidos ou agitação. Ou apresenta algum déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar desconforto ou necessidade de ser mudado de posição, ou tem certo grau de déficit sensorial que limita sua capacidade de sentir desconforto em uma ou ambas as extremidades	Nenhuma limitação: responde a comandos verbais, não tem déficit sensorial que limitaria sua capacidade de andar ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade Nível ao qual a pele está exposta a umidade	Completamente molhado: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada ao movimentar-se o paciente	Muito molhado: a pele está frequentemente molhada, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez por turno	Ocasionalmente molhado: a pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	Raramente molhada: a pele geralmente está seca, e a troca de cama só é necessária nos horários de rotina
Atividade Grau de atividade física	Acamado: confinado ao leito	Confinado à cadeira: capacidade de andar está seriamente limitada ou inexistente. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se	Caminha ocasionalmente: anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas com ou sem ajuda; passa maior parte do tempo no leito ou na cadeira	Anda frequentemente: anda com frequência fora do quarto pelo menos dias vezes ao dia, e dentro do quarto pelo menos a cada 2h quando está acordado
Continua...				

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Continuação				
Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	Totalmente imóvel: não faz nem mesmo pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou na extremidade sem ajuda	Bastante limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas na posição do corpo ou extremidades	Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	Não apresenta limitações: Faz mudanças importantes e frequentes na posição sem auxílio
Nutrição Pedido usual de consumo alimentar	Muito pobre: nunca ingere uma refeição completa, raramente come 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteínas (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou hidratação IV por mais de 5 dias.	Provavelmente inadequado: raramente come uma refeição completa e a e em geral come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteínas inclui somente porções de carne e laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar. Ou recebe dieta líquida abaixo da quantidade satisfatória ou alimentação por sonda	Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de alimentos rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Às vezes recusa uma refeição, mas geralmente aceita um suplemento alimentar, é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o que provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	Excelente: come maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Em geral come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar
Fricção e Cisalhamento	Problema: requer assistência moderada ou máxima para mover-se. É impossível levantá-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito da pele com os lençóis. Frequentemente	Problema potencial: move-se sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira e outros. Na maior parte do tempo mantém posição	Nenhum problema: Move-se sozinho no leito ou cadeira e tem força muscular suficiente para erguer o corpo completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição no leito ou cadeira.	
Continua...				

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Continuação				
	escorrega no leito ou cadeira necessitando de frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase somente fricção.	relativamente boa no leito ou na cadeira mas às vezes escorrega.		

Risco: Altíssimo: < =9

Alto: 10 a 12

Moderado: 13 a 14

Baixo: 15 a 18

Inexistente: > =19 (BORGES, 2012, p. 152-153).

Anexo B: Parecer da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



**Prefeitura de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Úlcera por pressão no contexto da atenção primária: utilização da escala de Barden”, da pesquisadora responsável Profa. Dra. Ivonete Terezinha Schüller Buss Heidemann, e cumprir os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 14/02/2014

Marynes Terezinha Reibnitz
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde / SMS / PMF

Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (UFSC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ÚLCERA POR PRESSÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

Pesquisador: Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32909514.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 711.385

Data da Relatoria: 07/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial. Parte da inquietação de saber, como os Enfermeiros da equipe de Saúde da Família avaliam o risco de desenvolver Úlcera por Pressão nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio, e quais as ações de prevenção e promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da lesão? Assim, a pesquisa tem como objetivo geral, formular coletivamente com os Enfermeiros da equipe de Saúde da Família ações que busquem promover a saúde das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física a fim de evitar o desenvolvimento da Úlcera por Pressão, pautado na avaliação da escala de Braden.

Serão potenciais participantes da pesquisa aproximadamente 30 Enfermeiros da equipe de Saúde da Família, lotados nos Centros de Saúde da área de abrangência do Distrito Sanitário Continente do Município de Florianópolis. Para chegar no objetivo será utilizada a técnica de oficinas.

Como resultado espera-se que os Enfermeiros da equipe de Saúde da Família do Distrito Sanitário Continente saibam avaliar o risco de desenvolver Úlcera por Pressão nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio, e elencar as ações de prevenção e promoção da saúde de modo a evitar o desenvolvimento da lesão.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.385

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Formular coletivamente com os Enfermeiros da equipe de Saúde da Família ações que busquem promover a saúde das pessoas com restrição de mobilidade e atividade física a fim de evitar o desenvolvimento da Úlcera por Pressão, pautado na avaliação da escala de Braden.

Objetivo Secundário:

- Conhecer como os Enfermeiros da equipe de Saúde Da Família avaliam o risco de desenvolver Úlcera por Pressão nas pessoas que estão no domicílio com restrição de mobilidade e atividade física;
- Identificar quais as estratégias de prevenção e promoção da saúde são realizadas pelos Enfermeiros da equipe de Saúde Da Família para evitar o desenvolvimento da Úlcera por Pressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador responsável prevê riscos, descritos no TCLE como desconfortose/ou constrangimentos e menciona os cuidados com a confidencialidade e anonimato. Como benefício menciona que "Esta pesquisa tem sustentação por trazer benefícios para a pessoa com restrição de atividade e mobilidade física e família no domicílio, através da aquisição de conhecimentos que permitirão evitar o desenvolvimento da Úlcera por Pressão e contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Tais conhecimentos serão compartilhados com as ações de promoção da saúde adotadas pelos enfermeiros da equipe de Saúde da Família com a participação ativa da pessoa e seu familiar. Para o profissional da equipe de Saúde da Família eleva o conhecimento científico, contribuindo para um cuidado inovador, com base na promoção da saúde, de maneira planejada e respeitando a especificidade de cada caso contribui para a melhora da qualidade de vida a este segmento da população, entre outras, com acesso a informação preconizando e estimulando habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades, com participação efetiva na proposição dos atos, com ações de incentivo a um ambiente favorável que possibilite a movimentação ativa ou passiva, conforto e ou adaptações em seu meio que favoreça o não desenvolvimento da UPP, com suprimento de ajudas técnicas considerando as necessidades e potencialidades da pessoa e família. Assim, o interesse em pesquisar e discutir o tema foi a partir de uma percepção obtida ao longo dos anos da prática assistencial na eSF e na alta complexidade. Ainda como membro de um grupo interdisciplinar no cuidado de pessoas com feridas e Estomaterapeuta, quando não raro, me fez notar que muitas pessoas que apresentavam UPP já internavam com a ocorrência da

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.385

lesão, levando a crer que o desenvolvimento aconteceu em meio domiciliar com pouco ou nenhum olhar diferenciado e mais crítico da eSF. Desta forma, surge à inquietação de saber, como os Enfermeiros da eSF avaliam o risco de desenvolver UPP nas pessoas com restrição de mobilidade e atividade física no domicílio, e quais as ações de prevenção e promoção da saúde adotadas de modo a evitar o desenvolvimento da lesão?

Tamanho da Amostra no Brasil: 30

sistemizada em nível de domicílio. Para a instituição estudada, a importância é traduzida através de um maior conhecimento da realidade em relação ao tema, e a partir deste elevar a possibilidade de intervenção inovadora, sob o ponto de vista da promoção, com expectativa de mudança, podendo entre outros benefícios, reduzir custo para saúde pública na atenção primária e demais níveis de complexidade. Para a Enfermagem, favorece o progresso e melhorias na prática assistencial através da produção do conhecimento científico."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial. Pretende-se desenvolver esse estudo no Distrito Sanitário de Saúde Continente, localizado em Florianópolis/SC. Serão potenciais participantes da pesquisa aproximadamente 30 Enfermeiros da eSF, lotados nos Centros de Saúde da área de abrangência do DSC. E farão parte desta pesquisa os que aceitarem participar a partir da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo tem relevância social e acadêmica e o protocolo assegura os cuidados éticos para a boa prática em pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos demandados pelo sistema CEP-CONEP estão presentes e adequados. O TCLE está escrito de maneira adequada, com menção aos riscos e benefícios, endereços solicitados e esclarece adequadamente sobre o estudo.

Recomendações:

Nenhuma recomendação é necessária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos com a recomendação de aprovação por este Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 711.385

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 07 de Julho de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br