

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM- MESTRADO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

*ERIANE NASCIMENTO PINTO*

**MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS À ÚLCERA POR  
PRESSÃO NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO CLIENTE: revisão  
integrativa**

RIO DE JANEIRO  
2012

Eriane Nascimento Pinto

**Medidas Preventivas relacionadas à Ulcera por Pressão no Contexto da  
Segurança do Cliente: revisão integrativa**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria de Almeida Figueiredo

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresa Tonini

RIO DE JANEIRO  
MAÇO/2012

Pinto, Eriane Nascimento.  
P659 Medidas preventivas relacionadas à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente : revisão integrativa / Eriane Nascimento Pinto, 2012.  
194f. ; 30 cm

Orientador: Nébia Maria de Almeida Figueiredo.

Coorientador: Teresa Tonini.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Úlcera por pressão. 2. Úlcera por pressão - Prevenção. 3. Gerenciamento de segurança - Pacientes. 4. Cuidados em enfermagem - Planejamento. I. Figueiredo, Nébia Maria de Almeida. II. Tonini, Teresa. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 616.545

Eriane Nascimento Pinto

Medidas Preventivas relacionadas a Úlcera por Pressão no Contexto da Segurança do Cliente:  
revisão integrativa

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 29 de Março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Presidente

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marléa Chagas Moreira  
1<sup>ª</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Enirtes Caetano Prates Melo  
2<sup>ª</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jaqueline da Silva  
Suplente

---

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva  
Suplente

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todos os clientes que sofreram com o adoecer e foram confortados com os cuidados de Enfermagem.

## Agradecimentos

*O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,  
mas na intensidade com que acontecem.*

*Por isso, existem momentos inesquecíveis,  
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis...*

*(Fernando Pessoa)*

Nesta dissertação estão impressos os esforços de pessoas muito especiais, que contribuíram de alguma forma para que ela acontecesse.

Primeiramente agradeço a *Deus*. *Deus de amor*, que me ensinou a amar primeiro a Vós e depois aos meus irmãos, que iluminou os meus dias mais difíceis, me fez ser humano saudável para pensar, cuidar dos que sofrem, ser o amigo de todas as horas, conviver com os que não me amam e aprender com meus defeitos e os dos outros.

Agradeço aos meus Pais, que me amaram mesmo antes de me conhecer, pelo amor incondicional que só os pais dedicam, e que me ensinaram os valores da honestidade, humildade e a lutar pelos meus sonhos.

Agradeço as professoras Nébia Maria de A. Figueiredo e Teresa Tonini, primeiramente por acreditar na minha capacidade de contribuir com a nossa profissão. Foram mestres com um olhar de mãe que cuida, ensina, apoia, encontra e indica os caminhos que devemos trilhar para seguir em frente e superar nossas limitações e dificuldades.

Às professoras Enirtes Caetano Prates Melo e Marléa Chagas Moreira agradeço pelas inestimáveis contribuições na realização deste trabalho e pela amizade e disponibilidade de sempre.

Aos meus amigos Elson Santos de Oliveira, Priscilla P. Massari e Sonia Regina de O. S. de Souza, e aos técnicos de enfermagem da minha equipe de trabalho (Tania Catarina, Bernardo, Lourdes e Jaqueline) agradeço o apoio nessa trajetória árdua do mestrado.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram com a realização desta pesquisa.

## Resumo

**PINTO, Eriane Nascimento. Medidas Preventivas relacionadas a Úlcera por Pressão no Contexto da Segurança do Cliente: revisão integrativa.** Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAP/UNIRIO. 2012. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2012.

A úlcera por pressão (UP) é um evento que causa danos ao cliente e sua prevenção é um desafio para os profissionais da área da saúde. Existem vários fatores relacionados ao paciente, ao processo de cuidar e a estrutura que estão diretamente envolvidos com o desenvolvimento das lesões. O que impulsionou esta pesquisa foi a ideia de que a manipulação do ambiente, por meio dos cuidados de enfermagem e intervenções dos demais profissionais, poderia criar um ambiente seguro. Investigamos, assim, se os profissionais consideravam a UP como um Evento Adverso e quais as ações foram tomadas para sua prevenção. Para a obtenção de dados promovemos uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Pubmed, Medline, CINAHL, COCHRANE e LILACS. Constatamos que 41 estudos foram publicados nas últimas duas décadas. A partir deste levantamento obtivemos o apontamento de diversos aspectos relacionados à prevenção de UP. Destacamos, entre eles, a imobilidade, a idade, sexo feminino, co-morbidades, situações cirúrgicas, patologias psiquiátricas, o tempo de internação e a sobrecarga de trabalho. Todos eles são fatores associados ao desenvolvimento de UP. Já as chamadas diferenças raciais, é bom assinalar, não tiveram influência no processo. Com relação às medidas preventivas, o colchão de alternância de ar, o uso das escalas preditivas Braden, Norton e Braden, a suplementação nutricional e a sobreposição de pele de carneiro em mesas cirúrgicas demonstraram ser as medidas de prevenção que mais se aproximaram de eficácia e comprovação científica. A notificação de EA e registros em prontuários foram os meios de comunicação que contribuíram para o processo de prevenção, assim como o treinamento da equipe com a presença de especialistas que relacionaram a qualidade assistencial ao risco de desenvolvimento de UP. Em geral, os estudiosos apontaram que a manipulação do ambiente, através dos cuidados de enfermagem, foi capaz de reduzir a exposição do corpo aos fatores de risco prevenindo-o contra o desenvolvimento de UP ou agravamento das lesões desenvolvidas. A escassez de estudos com delineamentos experimentais aponta a necessidade de novas pesquisas. A estas últimas caberá não só a tarefa de elucidar questionamentos ainda sem respostas, mas auxiliar na tomada de decisão frente às controvérsias, apoiar a implementação de novas tecnologias e sua aplicabilidade na prática.

Descritores: Úlcera por pressão, Úlcera por pressão – Prevenção, Gerenciamento de segurança – Pacientes, Cuidados em enfermagem – Planejamento.

## Abstract

**PINTO, Eriane Nascimento. Preventive measures related to pressure ulcers in the Context of Customer Safety: an integrative review.** Master of Nursing, EEAP/UNIRIO. 2012. Dissertation. Rio de Janeiro, 2012.

A pressure ulcer (PU) is an event that causes damage to the client and its prevention is a challenge for health professionals. There are several factors related to the patient, care process and structure, involved in the development of lesions. The idea that manipulation of the environment through nursing care and interventions of other professionals could create a safe environment drove this research. Given the above, it was investigated whether UP was seen as an Adverse Event po these professionals and what actions were taken for its prevention. As a resource for data held - is an integrative literature review in the Pubmed, Medline, CINAHL, Cochrane Library and LILACS. Amounted to 41 studies published in the last two decades. As a result we obtained the appointment of several aspects related to the prevention of pressure ulcers, including: immobility, age, female sex, comorbidities, surgical situations, psychiatric disorders, hospitalization time and work overload were factors associated with PU development, while racial differences had no influence. Regarding preventive measures, the alternating air mattress, the use of predictive scales Braden, Norton and Braden, nutritional supplementation and sheepskin overlays on operating tables appeared as preventive measures closer to scientific evidence effectiveness. Notice of EA and records charts were media that contributed to the process of prevention, as well as staff training and the presence of experts, the quality of care relating to the risk of developing PU. In general, scholars have pointed out that the manipulation of the environment through the nursing care was able to reduce body exposure to risk factors, preventing the development of UP or worsening of the lesions developed. The lack of studies with experimental designs suggests the need for further research to clarify questions without answers, help in decision making in the face of controversy, to support the implementation of new technologies and their applicability in practice.

Descriptors: Pressure ulcer, Pressure ulcer - Prevention, Security Management - Patients, Care Nursing – Planning.



## Resumen

**PINTO, Eriane Nascimento. Las medidas preventivas relacionadas con las úlceras por presión en el contexto de la seguridad del cliente: una revisión integradora.** Maestría en Enfermería, EEAP/UNIRIO. 2012. Disertación. Rio de Janeiro, 2012.

Una úlcera por presión (UPP) es un evento que causa un daño al cliente y su prevención es un reto para los profesionales de la salud. Hay varios factores relacionados con el proceso de atención al paciente, y la estructura, que participan en el desarrollo de lesiones. La idea de que la manipulación del ambiente a través de los cuidados de enfermería y las intervenciones de otros profesionales puede crear un ambiente seguro y condujo esta investigación. Dado lo anterior, se investigó si UP fue visto como un evento adverso por estos profesionales y las medidas que se tomaron para su prevención. Como un recurso para los datos en poder - es una revisión integradora de la literatura en el Pubmed, Medline, CINAHL Biblioteca, Cochrane y LILACS. Ascendió a 41 estudios publicados en las últimas dos décadas. Como resultado se obtuvo el nombramiento de varios aspectos relacionados con la prevención de úlceras por presión, entre ellas: la inmovilidad, la edad, el sexo femenino, las comorbilidades, las situaciones quirúrgicas, trastornos psiquiátricos, el tiempo de hospitalización y la sobrecarga de trabajo fueron los factores asociados con PU desarrollo, mientras que las diferencias raciales no tenía ninguna influencia. En cuanto a las medidas preventivas, la alternancia colchón de aire, el uso de escalas de predicción de Braden, Norton y Braden, suplementos nutricionales y superposiciones de piel de oveja en las mesas de operación apareció como medidas preventivas más cerca de la evidencia científica eficacia. Aviso de las cartas de EA y los registros eran los medios de comunicación que han contribuido al proceso de prevención, así como la capacitación del personal y la presencia de expertos, la calidad de la atención relacionada con el riesgo de desarrollar UPP. En general, los estudiosos han señalado que la manipulación del medio ambiente a través de la atención de enfermería fue capaz de reducir la exposición del cuerpo a los factores de riesgo, la prevención del desarrollo de la UP o el empeoramiento de las lesiones desarrolladas. La falta de estudios con diseños experimentales sugiere la necesidad de seguir investigando para aclarar las preguntas sin respuestas, ayuda en la toma de decisiones en la cara de la controversia, para apoyar la aplicación de las nuevas tecnologías y su aplicabilidad en la práctica.

Descriptores: Úlcera por presión, úlceras por presión - Prevención, Gestión de Seguridad - Pacientes, Cuidados de Enfermería - Planificación

## Lista de Figuras e Diagramas

Figura 1- Arquitetura da pele – p.27

Figura 2- Modelo epidemiológico do erro com analogia da imagem do “queijo suíço”, demonstrando como as falhas ultrapassam as barreiras ocasionando danos. - p.39

Figura 3- Diagrama referente ao processo de eleição dos estudos para composição da amostra estudada – p.60

Figura 4-Representação dos compartimentos da Gaveta 1- Intencionalidade dos objetivos p.64

Figura 5- Representação dos compartimentos da Gaveta 2- detalhamento metodológico – p.68

Figura 6- Representação dos compartimentos da Gaveta 3- Resultados – p.70

Figura 7- Representação dos compartimentos da Gaveta 4- Conclusões – p.71

Figura 8- Representação das fronteiras e passagens – p.104

Figura 9- Síntese da Úlcera por Pressão como Evento Previsível pelo Cuidado de Enfermagem p.114

Diagrama 1-Objetivos – p.62

Diagrama 2 - Detalhamento metodológico – p.68

Diagrama 3- Resultados - p.69

Diagrama 4 – Conclusões –p.70

## Lista de Esquemas e Quadros

Esquema 1 - Organização da ANÁLISE p. 61

Esquema 2 – Representação das fases metodológicas do estudo – p.71

Quadro 1 Cronologia dos estudos sobre UP p. 29

Quadro 2- Recorte e colagem da Gaveta: informações destacadas nos objetivos - p. 63

Quadro 3- Título da publicação e número de identificação do estudo p. 72

Quadro 4- Características dos estudos quanto ao ano de publicação, periódico, idioma, instituição sede do estudo e delineamento metodológico - p.75

Quadro 5- Relação das medidas preventivas identificadas com a frequência de implementação/ investigação nos 41 estudos analisados - p.85

Quadro 6 - Distribuição das 23 medidas preventivas para UP implementadas/investigadas nos estudos selecionados em categorias. –p. 87

Quadro 7- Decodificação dos temas em %. P. 97

Quadro 8- Gaveta 1: Objetivos- caracterização dos achados p. 96 Quadro 9 – Compilação dos temas p.97

Quadro 10- Tipos de métodos utilizados p.104

## Lista de Gráficos e Tabelas

Gráfico 1 – Ano de publicação – p.77

Gráfico 2 – Distribuição dos estudos segundo a área de conhecimento dos periódicos p. 77

Gráfico 3 – Distribuição dos estudos selecionados segundo o país de origem - p.78

Gráfico 4: Distribuição das medidas preventivas identificadas em relação à frequência de investigação / implementação descritas no quadros de detalhamentos do estudos selecionados – p.86

Tabela 1- Estratégia de busca realizada através da Plataforma Pubmed p. 54

Tabela 2- Estratégia de busca realizada através da base de dados Medline p.55

Tabela 3- Estratégia de busca realizada através da base de dados CINAHL p. 55

Tabela 4- Estratégia de busca realizada através da base de dados Lilacs p.56

Tabela 5- Estratégia realizada através da COCHRANE p.56

## SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumem

Lista de Figuras e diagramas

Lista de esquemas e quadros

Lista de Gráficos e tabelas

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS – p.15

1.1 O problema e a questão – p.16

1.2 Objetivos – p. 19

1.3 Justificativa – p.20

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS – p.25

2.1. Corpo: o lugar da úlcera de pressão como evento adverso - p.26

2.2. A UP no contexto da segurança do cliente - p.34

3. MATERIAIS E MÉTODO – p.46

3.1. A escolha do método de pesquisa – p.47

3.2. 1ª Fase: Elaboração da questão norteadora - p.49

3.3. 2ª Fase: Construção dos critérios de inclusão e exclusão para seleção de estudos – p. 50

A) 1º Momento: definição dos critérios de inclusão e exclusão - p.50

B) 2º Momento: estratégia de busca – p.52

C) 3º Momento: Base de dados – p.53

3.4. 3ª Fase: Definição das informações a serem extraídas – p.56

3.5. 4ª Fase: Avaliação dos estudos incluídos – p.57

3.6. 5ª Fase: Gavetas para exclusão – p.60

- A) 1ª Etapa- Gaveta 1: objetivos – p.62
  - B) 2ª Etapa- Gaveta 2: detalhamento metodológico – p.65
  - C) 3ª Etapa – Gaveta 3: resultados – p. 69
  - D) 4ª Etapa – Gaveta 4: conclusões – p. 70
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO – p.72
- 4.1. Panorama das publicações p.73
  - 4.2. A UP e a segurança dos clientes– p.79
  - 4.3. Visão qualitativa dos dados produzidos – p.93
    - A) Dados contidos na Gaveta 1: Objetivos – p.94
    - B) Dados contidos na Gaveta 2: Detalhamento metodológico –p.98
    - C) Dados contidos na Gaveta 3: Resultados – p. 105
    - D) Dados contidos na Gaveta 4: Conclusão p. 112
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS – p.116
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS – p.121
7. APÊNDICES
- 7.1. Apêndice: Ficha de avaliação para inclusão dos estudos - p.131
  - 7.2 Apêndice 2: Quadro de detalhamento do estudo –p.137
  - 7.3. Apêndice 3: Gavetas :Quadro recorte e colagem - p.176

# *Considerações Iniciais*

## 1.1 O PROBLEMA E A QUESTÃO

Ser enfermeira é conviver diariamente com pessoas, numa mesma rotina cansativa e interminável, marcada por procedimentos muito semelhantes, no decorrer das quais as habilidades técnicas são mais marcantes do que as habilidades reflexivas sobre o que se faz. Esses procedimentos, assim, precisam ser investigados quanto à sua eficácia e eficiência.

As experiências vividas neste exercício do cuidar, na enfermagem, têm colocado seus profissionais diante de situações diversas. Essas variáveis requerem um saber/fazer capaz de evitar a ocorrência de eventos que gerem danos aos clientes sob os cuidados do enfermeiro. Um desses episódios é a presença da úlcera por pressão (UP). Sua prevenção é o foco de atenção desse estudo.

A presença desse sintoma, na verdade, tem sido um desafio para os profissionais de saúde, principalmente para os enfermeiros. Apesar do empenho em programar estratégias diversas para prevenção de UP - como mudanças de posição, tipos de colchão, condições de higiene do corpo e avaliação de risco através da aplicação de escalas específicas - as ações aqui alinhavadas não têm assegurado que o evento UP não aconteça.

Depreende-se após a leitura de textos sobre UP que este é um tema que instiga as (os) enfermeiras (os). É possível afirmar que muitos profissionais estão centrados na ideia de que mudar de decúbito é uma ação capaz de evitar as UPs. A úlcera, assim, é vista num determinado espaço do corpo, sempre olhado como biológico. Por isso, quando deitado no leito, o cliente experimenta diversas situações desencadeadoras de UPs, aceleradas pelo tipo de colchão, dobras do lençol, umidade do corpo e dos lençóis (...).

A UP é uma área de necrose do tecido cutâneo e decorre, principalmente, da hipoxemia celular causada por uma pressão superior capilar normal (32 mmHg arteríolas/12mmHg vênulas), aplicadas à pele por um período tempo. Além da mobilidade do



corpo associada à pressão de contato, outros fatores estão envolvidos no seu desenvolvimento (SILVA, 2011)

Em relação ao cliente, os fatores de risco são considerados como extrínsecos (pressão, cisalhamento e fricção) e intrínsecos (características do cliente).

Dentre os três fatores extrínsecos, a pressão é considerada como o fator mais importante para o desenvolvimento das UPs. Quando a pressão sobre os tecidos internos excede 32mmhg por um período superior a duas horas, inicia-se um processo de isquemia localizada. De acordo com Dealey e Silva, essa pressão foi estabelecida a partir da pressão média de enchimento das arteríolas. Como ela foi mensurada em adultos jovens, a validade deste valor está sendo investigada através do emprego da tecnologia digital. (DEALEY, 2008; SILVA, 2011)

Ainda de acordo com Dealey, a força de cisalhamento geralmente ocorre quando o cliente desliza na cama. Isto faz com que a pele permaneça imóvel, enquanto os ossos e os tecidos mais próximos movem-se devagar. Enquanto isso, o movimento de arrastá-lo sobre o leito promove a fricção da pele com a superfície de contato, removendo as camadas celulares mais superficiais. (DEALEY, 2008)

Esses fatores extrínsecos podem estar ou não associados à imobilidade, mobilidade prejudicada, perda sensorial, hiponatremia, idade avançada, déficit neurológico, desnutrição, anemia, obesidade, caquexia, umidade excessiva por incontinência urinária ou retal, anemia, hipoalbumemia e uso de medicamentos (sedativos, anestésicos, hipnóticos, corticóides, insulina etc.). Outros sintomas relacionados são perfusão capilar insuficiente, manutenção do cliente em uma mesma posição por tempo prolongado, uso de equipamentos que não redistribuem adequadamente a pressão como aparelho gessado, tipos de colchão e assentos inadequados. (FERNANDES, 2000; SIMÃO, 2010; SILVA, 2011).

Diante desses inúmeros fatores predisponentes para o desenvolvimento de UP, percebe-se a complexidade da situação quando o processo de cuidado planejado/realizado tem, por objetivo, minimizar a exposição do corpo a esses fatores e prevenir a ocorrência de danos nas camadas da pele.

Neste estudo, a escolha pela denominação cliente remete à ideia do sujeito, objeto do cuidado. Aqui, ele é considerado uma pessoa participante do processo de cuidado. A não utilização da palavra paciente se deve ao conceito etimológico do termo, ou seja, aquele que tem paciência, que é submisso ao cuidador e que se comporta de maneira passiva. Além de atender a portaria Humaniza SUS, nossa postura, aqui no caso, parte do princípio segundo o qual ele (o cliente) é cidadão que age e reage, que aceita ou não, que critica (quando deixamos que ele seja livre e autônomo).

Através da leitura de textos sobre UP, conjecturou-se que, além do dano local (na pele), a UP é um evento associado a diferentes desfechos negativos para o cliente, a família, gestores e profissionais de saúde. Até pelo fato de estar relacionada, por exemplo, com o aumento do tempo de internação hospitalar, aumento das taxas de mortalidade, aumento do tempo despendido para a realização dos cuidados de enfermagem e sofrimento emocional, entre outros.

As leituras também proporcionaram a reflexão sobre a hipótese de que a UP fosse considerada como um evento adverso (EA) passível de prevenção. A partir desse momento surgiu o seguinte questionamento: se os profissionais de saúde assumiam que a UP pode ser considerada como um EA, quais as atitudes preventivas vem sendo adotadas e quais delas podiam ser consideradas como cuidado de enfermagem.

A compreensão do cuidado de enfermagem enquanto a manipulação do ambiente, então, direcionou o enfoque do trabalho. Passou-se a considerar a ideia de que os cuidados de enfermagem ou intervenções dos demais profissionais de saúde possam criar um ambiente

de cuidado seguro e os benefícios daí decorrentes: reduzir os danos causados pela exposição do corpo aos diversos fatores de risco, prevenindo o desenvolvimento das UPs ou de estágios avançados da lesão, com a destruição de camadas mais profundas da pele.

Entender a UP como um evento que pode ser prevenido – mediante a manipulação do ambiente por meio do cuidado de enfermagem - trouxe à tona a necessidade de pesquisar o conhecimento produzido por pesquisas que investigaram a UP no contexto da segurança do cliente. A ideia floresceu a partir da leitura de textos sobre UP e de uma reflexão ocorrida durante a elaboração da questão norteadora. Esse exercício norteou nossa abordagem de identificar se a UP é considerada pelos profissionais da área da saúde, em especial da enfermagem, como um evento adverso e quais as ações tomadas por esses profissionais para sua prevenção.

Assim, o propósito deste estudo, para além dos aspectos técnicos e científicos nele contido, é ampliar o conhecimento teórico e prático para compreender melhor a relação entre cuidado, corpo e ambiente no desenvolvimento de UPs. E isso nos permitiu, inclusive, aprofundar a questão da prevenção e olhar atentamente a ocorrência de eventos adversos.

A prevenção de UP faz parte de um processo dinâmico de cuidado e investigá-lo, portanto, nos permite compreender e identificar suas possíveis falhas. Dessa forma, o tema aqui explorado conduziu o estudo para o método de Revisão Integrativa, com o propósito de responder a seguinte **questão norteadora**: *Como a literatura contextualiza a úlcera por pressão como um evento adverso que pode ser prevenido pelo cuidado?*

O **objeto** desta pesquisa está delimitado, assim, no universo das “Medidas preventivas relacionadas a UP como evento adverso”.

## 1.2- OBJETIVOS

Os **objetivos** definidos para esta pesquisa foram os seguintes:

- Identificar produções bibliográficas sobre **ações e prevenções** de UP como evento adverso no **âmbito hospitalar**;
- Identificar nos estudos selecionados sobre UP o que está relacionado com **Evento Adverso** e Prevenção como cuidados de enfermagem;
- Analisar essas relações destacando implicações quanti-qualitativas como um conhecimento achado na **Revisão Integrativa** sobre UP.

### 1.3 - JUSTIFICATIVA

Apesar da úlcera por pressão não ser uma temática recente no cenário de pesquisas, a realização de novos estudos é justificada por diversos fatores. No cenário internacional, por exemplo, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NUAP) aponta que entre 3 a 14% de todos os clientes hospitalizados desenvolvem UP. Nos asilos, este percentual pode alcançar 25%. Além disso, sua incidência (taxa de ocorrência de casos novos em um determinado período do tempo) varia de acordo com o perfil clínico do cliente: 0,4 a 38% ocorrem em unidades de curta permanência como as unidades de terapia intensiva (UTI), 2,3 a 23,9% em unidades hospitalares de longa permanência com enfermarias clínicas, e 0 a 17% em assistência de saúde domiciliar (LYDER, 2003).

No cenário nacional, Malagutti (2010) afirma não haver grandes estudos capazes de descrever a realidade brasileira. Já Moro (2007) pesquisou a prevalência de UP com 690 clientes internados na clínica médica e cirúrgica de um hospital público de Santa Catarina, identificando 41 clientes com lesões, 5,9% do universo pesquisado. Um outro estudo debruçou-se sobre 300 prontuários médicos de idosos institucionalizados em unidades de longa permanência pública, no estado do Ceará, e apurou uma taxa de prevalência de UP da ordem de 18,8% da amostra estudada.(FREITAS,2011).

Com relação à incidência de UP nos hospitais brasileiros, estudos publicados no período 2005/ 2011, verificaram elevadas taxas de incidência que variaram de 31 a 66% das populações estudadas. (SALOMÉ, 2011; ROGENSKI,2005; CREMASCO,2009)

Culturalmente, as UPs foram consideradas ao longo de muitos anos como resultado da má qualidade dos cuidados prestados especialmente pela enfermagem. Florence Nightingale (1861) acreditava que essas úlceras poderiam ser prevenidas com uma enfermagem de boa qualidade. Já o médico francês Jean Martin Charcot (1893) acreditava que os médicos não tinham relação com o desenvolvimento de UP. Por isso, as UPs tornaram-se um desconforto emocional: é que enquanto os médicos diziam que elas eram um “problema da enfermagem”, as enfermeiras aceitavam uma culpa que não lhes cabia. Atualmente, esse cenário vem se modificando com a implementação de políticas de saúde para a segurança do cliente. O departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA recomendou em seu documento “Pessoas Saudáveis 2010: entendendo e melhorando a saúde”, a redução da incidência de UP como um objetivo comum para todos os profissionais de saúde. (DEALEY, 2010; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010).

Estima-se que 2,5 milhões de clientes em hospitais nos Estados Unidos da América (EUA) já receberam cuidados específicos para UP. Além dos custos adicionais com tratamentos aplicados durante a hospitalização de pacientes, estima-se que cerca de 100 mil pessoas morram em hospitais a cada ano, vítimas de EA neste país. Essa alta incidência resulta em uma taxa de mortalidade, nos EUA, maior do que as atribuídas aos clientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamento. (LYDER, 2003; MENDES, 2005; REDDY, 2066).

Blanes e Mendes advertem que o crescimento de eventos adversos documentados tem provocado, em todo o mundo, discussões sobre medidas de segurança ao cliente. Como aproximadamente 95% das Ups são evitáveis, os cuidados de saúde inseguros representam

atualmente uma grande preocupação para todos os profissionais de saúde, tanto assistenciais como gestores. (BLANES, 2004; MENDES, 2005)

Nesse sentido, as UPs causam prejuízos significativos para o cliente. Assim é que quadros dolorosos, frequentemente, podem evoluir para infecções de partes moles ou infecções graves como osteomielite. As úlceras dificultam e retardam a recuperação e trazem consequências como o aumento do tempo de internação, dos custos hospitalares e das taxas de mortalidade hospitalar. Muito embora algumas medidas preventivas para UP tenham custos elevados, como os colchões especiais de alternância de ar, os gastos envolvidos com o tratamento das lesões podem ser maiores do que os relacionados com a sua prevenção, assinala Lise (2007).

Com uma etiologia multifatorial, resultante dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos do cliente, a manipulação do ambiente durante o processo de cuidar e a estrutura disponível para a realização do cuidado, tem sido um desafio na tentativa de reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Pensar em UP como um Evento Adverso, pode ampliar as discussões que são de interesse não só dos profissionais de enfermagem, que cuidam diretamente do cliente, mas também dos gestores do cuidado.

O olhar mais amplo e atento para os fatores de riscos presentes nas variáveis indutoras de úlcera entre eles permanência no leito, qualidade de cuidados com a roupa, colchão e ambiente, idade e doenças, está diretamente associado aos riscos presentes nas intenções do plano subjetivo que é composto por emoções, medo, isolamento social e insegurança. Entretanto, os aspectos subjetivos nem sempre são destacados na literatura, apesar de acreditarmos que eles podem contribuir com a aceleração do processo de desenvolvimento de UP.

A realização desta revisão integrativa justifica-se não só pelo rigor de busca e diagnóstico a respeito do que se escreve sobre UP, mas também pela produção de informações encontradas nos estudos que nos ajudaram a ampliar o que sabemos sobre prevenção e evento adverso. Os dados levantados, por sua vez, devem ser usados tanto na prática quanto nas futuras pesquisas de enfermagem.

O ato de ampliar o conhecimento para além da mudança de decúbito, uma prática assumida e reconhecida como de prevenção no âmbito da semiotécnica, pode ser construído por meio dos olhares da semiologia médica (sinais e sintomas da pele) e da semiótica da enfermagem (signos do corpo anatomo-fisiológico e emocional). Essa construção deve se dar no ambiente e nas práticas de cuidar. O que buscou-se com esta pesquisa, portanto, foi ampliar o olhar para os riscos contidos nas diversas variáveis epidemiológicas de um corpo menor, dividido pela doença, pela idade, pelas condições socioeconômicas. O trabalho aqui apresentado não deixou de levar em conta também o chamado corpo íntegro com todas as suas variáveis reais e subjetivas.

Os achados na revisão integrativa proporcionaram, assim, o encontro de indícios para o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem sobre a UP como EA, e sugerir novas possibilidades de prevenção.

Rever o que autores de várias áreas relatam a partir de suas experiências e registros sobre UP, nos estudos selecionados, seguramente clarifica como estamos cuidando dos clientes e de que forma o cuidado está sendo investigado. Essa estratégia nos permite entender melhor o saber/fazer e o que ainda precisa ser investigado.

A opção pelo método integrativo justifica-se pela intenção de conhecer o que os profissionais de saúde estão investigando e escrevendo sobre úlcera como EA à luz de diferentes métodos de pesquisa. E a grande variedade de métodos de pesquisa disponíveis possibilitou a compreensão plena da prática da enfermagem. Foi possível, assim, olhar o

corpo do cliente como necessitado de cuidados, mas acreditar que este corpo é submetido a RISCOS internos e externos no desenvolvimento de UP. Investigamos finalmente se essa crença vinha acompanhada de uma ação preventiva no contexto do evento adverso.

Escrever sobre UP exigiu conhecer o que é pensado, feito e registrado pelos profissionais de saúde para confirmar ou não a seguinte hipótese: se a UP é um evento adverso e se sua prevenção estava relacionada ao corpo, ambiente e cuidado.

Falar de evento adverso é incluir novos conteúdos e conceitos para o cuidado de enfermagem na prevenção das UPs, recolocando os enfermeiros num outro cenário de discussões/operacionalização sobre feridas. Além disso, ao ler o estudo, os profissionais de enfermagem e sociedades, que se interessam por feridas e segurança, poderão refletir sobre os procedimentos realizados no corpo do cliente. Os atores da cadeia da saúde terão ainda a possibilidade de ampliar a discussão do tema, incluindo aspectos que envolvem a vigilância de eventos adversos para a construção de um ambiente seguro. A tomada de decisão, desta forma, estará baseada em informações empíricas obtidas a partir de pesquisas científicas.



# *Fundamentos Teóricos*

## 2.1 – CORPO: O LUGAR DA ÚLCERA DE PRESSÃO COMO EVENTO ADVERSO

A busca pela compreensão da UP como um EA, através do método de revisão integrativa, nos remete para o caminho da objetividade. No entanto, algumas questões menos racionais e de maior importância para a enfermagem ainda buscam fundamentação científica e constituem os pontos de partida para refletirmos sobre o corpo com um outro olhar e obter as respostas da chamada subjetividade.

Desta forma, o nosso olhar passa a enxergar o corpo como algo singular. A pele, por exemplo, surge como a roupa biológica que cobre o que não pode ser exposto. Aparece também como a roupa flexível, sensível, rica de memória e de terminações nervosas. É essa indumentária que leva estímulos e comunicações a outros órgãos, informando, o tempo todo, o que lhe acontece quando é tocada, estimulada ou agredida. A pele sente tudo e empiricamente sabemos disso quando cuidamos dos clientes com ou sem UP. Ela, no entanto, provavelmente ainda é pouco investigada no âmbito do sentir-sentido.

Ao mergulhar na leitura de estudos sobre UP, buscou-se, na pele, as pistas indicadoras de RISCO relacionado ao desenvolvimento das feridas. A PELE, portanto, pode ser considerada como um espaço para ser explorado nas pesquisas de enfermagem. E sua arquitetura pode ser visualizada na Figura 1. (PEYREFITTE, 1998), um micro recorte do corpo como lugar de desenvolvimento da UP. Neste pequeno recorte existe vida. Lidamos, na verdade, com uma parte do todo, que vem a ser o corpo humano. E enquanto tal, a pele recebe e transmite mensagens, reage ao toque e ao espaço, tem memória e intensas reações químicas (a cama e o lençol, aqui, formam o ambiente).

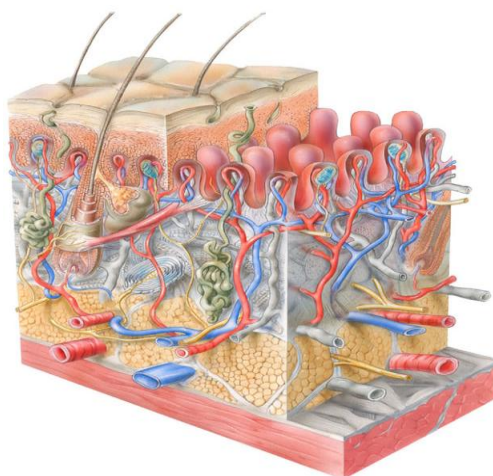


Figura 1- Arquitetura da pele. (Disponível em < [www.grupoescolar.com/a/b/4D491.jpg](http://www.grupoescolar.com/a/b/4D491.jpg)> Acessado em :11/07/2010).

Alguns autores se debruçaram sobre a gravidade das doenças cutâneas. Elas correspondem aos mais variados graus de periculosidade e atingem pessoas de todas as faixas etárias e classes sociais. São preocupantes porque tem lugar no maior órgão do corpo humano, correspondendo a 15% do peso corporal. Finalmente, sua função de proteção e homeostasia do corpo são indispensáveis à vida (SAMPAIO, 2007; AZULAY, 2008, SILVA, 2009)

Formada por duas camadas principais - derme e epiderme - a espessura da pele varia conforme as regiões corporais. Segundo Peyrefite, ela pode ter 3mm ou mais em áreas como palmas e plantas dos pés e apenas 0,4 mm na região dos olhos. Essas variações são naturalmente encontradas em indivíduos saudáveis, mas alguns fatores, como a idade avançada e o uso de substâncias abrasivas, podem tornar a pele mais delgada, mais frágil e menos resistente aos fatores de risco para desenvolvimento de UP. (PEYREFITE, 1998)

Brandão acrescenta que a derme é formada por tecido conjuntivo e vários tipos de fibras e células, destacando-se, entre elas, os fibroblastos, células responsável pela síntese de colágenos e elastina. As fibras do colágeno e elastina dão à pele a capacidade plástica e

elástica, importantes para o desempenho da função de resistência da pele contra formas mecânicas. (BRANDÃO, 2006)

Com o avançar da idade, a pele passa a ser mais inelástica e menos hidratada, pois os fibroblastos e as glândulas sebáceas reduzem a produção de suas substâncias, o que a torna mais susceptível às forças mecânicas de cisalhamento e fricção, relacionadas com o desenvolvimento de UP.

Logo abaixo da derme está a hipoderme, considerada como um tecido de reserva constituído por adipócitos, colágeno e vasos sanguíneos. Sua principal função é ser um tecido de reserva de energia para o organismo. A sua presença pode ser considerada como um coxim entre as proeminências ósseas e a superfície de contato. À luz de uma abordagem empírica, os clientes com peso corporal abaixo do ideal têm maior risco de desenvolver UP. No entanto, a mobilização de clientes obesos é mais trabalhosa para a equipe de enfermagem. Brandão e Dealey explicam: é que durante a mudança de decúbito o cliente pode ser arrastado na cama em vez de levantado. “Outro problema são as dobras de tecido cutâneo que podem acumular suor, causando umidade excessiva e macerando a pele mais facilmente” . (BRANDÃO, 2006; DEALEY. 20)

Os mesmos Dealey e Silva sublinham que o excesso de tecido subcutâneo não está relacionado com bom estado nutricional. A desnutrição tem sido considerada como um fator importante para UP. A pele torna-se menos elástica e, quando crônico, o déficit nutricional leva a anemia reduzindo o aporte de oxigênio cutâneo. (DEALEY, 2008; SILVA, 2011)

O plexo vascular presente na derme e hipoderme desempenham a função de hemorregulação. Durante situações clínicas graves ou quando aminas vasoativas são utilizadas, o sistema vascular pode desviar o débito vascular da periferia para órgãos considerados nobres como pulmão, rins, coração, cérebro e fígado. Essa redução da perfusão

capilar periférica resulta em menor oxigenação cutânea, favorecendo a hipoxemia causada pela pressão de contato. Isso contribui para o desenvolvimento de UP.

A literatura disponível também leva em conta a questão da manipulação da temperatura no ambiente do cuidado. Essa providência contribui com a redução da umidade excessiva, pois, em temperaturas elevadas, o corpo tende ao esfriamento da superfície corporal através da sudorese, o que facilita a maceração da pele. (AZULAY, 2008; PEYREFFITTE, 1998)

Na medida em que amadurecem, as células de derma são deslocadas até atingirem a superfície cutânea, formando a camada mais superficial da pele. Sua principal função é a proteção do corpo contra as agressões do meio externo. A perda da epiderme provocada por úlceras por pressão mais superficiais expõem, assim, a derme, e contribuem com a perda da umidade. E a consequente exposição dos tecidos nervosos causa lesões dolorosas para o cliente.

Danificada por variantes diversas, a pele adoece pelos atritos, se irrita, se esgarça e se fere dando origem às UPs como um evento anátomo-biológico. O fenômeno cria desafios para aqueles/aquelas que cuidam do corpo desde a época do Egito Antigo. O quadro abaixo (Quadro 1) apresenta uma linha do tempo sobre os estudos que contribuíram para o avanço do conhecimento sobre UP.

Quadro 1 – Cronologia dos estudos sobre úlcera por pressão

Egito Antigo	Fato evidenciado por início de uma múmia egípcia com espaço típico de UP em ambas as nádegas, preenchida com pele de gazela
1749	Quesnay classificou as UPs como decorrências da compressão e de outras doenças
1852	Brow demonstrou em estudos que o tecido não ulcerava se a pressão fosse avaliada.
1858	Florence Nightingale publicou uma pesquisa intitulada: “ <i>Notas Sobre Questões que afetam a Saúde, a eficiência e a administração do Hospital do Exército Britânico</i> ”.
1879	Charcot propôs que a lesão de um nervo liberava um fator neurotrófico que levava a necrose tecidual. Sua teoria prevaleceu até a II Guerra Mundial.
1914	Marie Roussy alegou que todos os clientes debilitados podem apresentar UP.

1960	Início das pesquisas de Norton sobre UP.
1962	Norton apresentou a primeira escala de avaliação de risco para UP.

Fonte: SILVA, 2011 *apud in* PRENTICE E STANCY, 2006.

O avançar sobre o conhecimento da fisiopatologia das úlceras acabaria contribuindo para a variação da nomenclatura das lesões na literatura. Denominada como úlcera de acamado, úlcera de pressão, escara, atualmente o termo úlcera por pressão é o mais utilizado. Isso se deve ao fato de a pressão ser considerada seu principal fator de risco.

Segundo o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NUAP) e *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), a UP é definida, internacionalmente, 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”. (NUAP, EPUAP, 2009)

Já o Ministério da Saúde (MS, 2002) define UP como “área de trauma tecidual causada por compressão contínua e prolongada, excedendo a pressão capilar normal, aplicada à pele e tecidos adjacentes, provocando uma isquemia que pode levar à morte celular.”

A extensão das lesões é classificada em quatro categorias. No sentido de uniformizar as avaliações do dano tecidual das UPs, o NUAP apresentou uma classificação em 1989, baseada na classificação inicial da *International Association of Enterostomal Therapy*. De acordo com a instituição, os danos representam a quantidade de perda tecidual provocada pelo desenvolvimento da lesão. Mais tarde, em 1992, a *Agency for Health care Policy and Research* (AHCPR) adotou esta classificação de estágios, como uma das recomendações nas Diretrizes da prática Clínica do tratamento de úlceras por pressão. (MALAGUTTI, 2010)

No início, as classificações não eram muito claras, causando certa confusão com lesões por umidade e com a dificuldade de identificar corretamente o tecido acometido. Essa classificação foi revisada e publicada em 2007 e a última publicação foi em 2009. O NUAP &

EPUAP tentou buscar uma única palavra para classificar o estadiamento das UPs, mas não conseguiu. Sugeriu-se, então, a palavra categoria, porém o uso dos termos grau e estágio continuam sendo aceitos, pois demonstram o nível do dano tecidual. (NUAP & EPUAP, 2009)

Assim é que a NUAP/EPUAP categoriza as UPs em quatro estágios aqui descritos:

**Estágio I:** eritema não branqueável após alívio da pressão numa área delimitada e comumente sobre pontos de pressão;

**Estágio II:** ferida superficial com perda parcial da espessura da derme, rosa sem esfacelo. Também pode se apresentar como flictema aberto ou fechado, preenchido por líquido seroso, ou ser-hemático. As fissuras não são consideradas UPs.

**Estágio III:** perda total da espessura da pele sem exposição óssea, tendões ou músculos. Áreas como asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial.

**Estágio IV:** Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas. Elas também podem ser superficiais em áreas com pouco tecido adiposo.

Além dos quatro estágios, o NUAP (2009) também reconhece as UPs como estadiamento inclassificável. Estas últimas são lesões com perda total da espessura dos tecidos, nas quais a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida.

Os termos extrínsecos e intrínsecos foram adotados para identificar com clareza os fatores de risco relacionados aos clientes. Os fatores de risco considerados como extrínsecos são pressão, cisalhamento e fricção e os intrínsecos são as características clínicas do cliente.

Dealey e Silva se debruçaram sobre os três fatores extrínsecos. De acordo com eles, a pressão é considerada como o fator mais importante para o desenvolvimento das UPs. Quando a pressão sobre os tecidos internos excedem 32mmhg por um período superior a duas horas, inicia-se um processo de isquemia localizada. De acordo com Dealey e Silva, essa pressão foi estabelecida a partir da pressão média de enchimento das arteríolas. Como ela foi mensurada em adultos jovens, a validade deste valor está sendo investigada através do emprego da tecnologia digital. (DEALEY, 2008; SILVA, 2011)

Os mesmos autores, na companhia de Brandão, lembram que diversos trabalhos sobre o tema esmiúçam o processo de surgimento de úlceras. Um deles dispõe que a força de cisalhamento geralmente ocorre quando o paciente desliza na cama. Isto faz com que a pele permaneça imóvel, enquanto os ossos e os tecidos mais próximos movem-se devagar. Enquanto isso, o movimento de arrastar o paciente, sobre o leito, promove a fricção da pele com a superfície de contato, removendo as camadas celulares mais superficiais. (DEALEY, 2008, SILVA, 2011, BRANDÃO, 2006)

Com relação aos fatores intrínsecos, a capacidade de mobilidade no leito é um dos fatores mais importantes no desencadeamento das UPs. Ela afeta a capacidade do indivíduo de aliviar a pressão de modo eficaz, além de favorecer ao corpo as forças de cisalhamento e fricção se o corpo não for elevado durante as mudanças de decúbito. A redução dos movimentos pode estar relacionada com o uso de sedativos, atos cirúrgicos, quadros álgicos, pós-cirúrgicos, fraturas, instabilidade hemodinâmica, posição prona. (DEALEY, 2008; SILVA, 2011; KELLER *et al.*, 2002; LIDGREN *et al.*, 2005)



A maceração da pele, segundo o recorrente Dealey, pode estar associada a diversos fatores. O principal é a incontinência urinária ou fecal. A necessidade constante de higiene, devido às incontinências, remove a manta lipídica natural da pele, e os movimentos de fricção aceleram a descamação natural da epiderme. Com isso, a pele torna-se mais frágil e ressecada. A incontinência urinária pode estar associada ao uso de diuréticos, assim como o uso de antibióticos pode causar diarreia. (DEALEY, 2008)

As doenças agudas, como acidente vascular encefálico (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), fraturas, pneumonia (PNM), e as doenças crônicas como o diabetes mellitus e insuficiência renal levam a alterações metabólicas e vasculares. Estas últimas, por sua vez, resultam na redução do aporte de oxigênio às células, facilitando, assim, a hipoxemia do tecido cutâneo. Já os processos neoplásicos e a hipertermia aumentam as necessidades metabólicas, além de aumentar a umidade da pele. (SILVA, 2011; BRANDÃO, 2006; ELLIOTT *et al.*, 2008; NIJS *et al.*, 2009; THEAKER *et al.*, 2000)

O **déficit de albumina** causa alterações na pressão oncótica e leva ao surgimento do edema, que dificulta a difusão tissular de oxigênio e nutrientes, predispondo a hipóxia tecidual. O déficit de vitaminas predispõe o desenvolvimento de UP por interferir na produção de colágeno, elastina e retardar as respostas fisiológicas da cicatrização. (KELLER *et al.*, 2002; LINDGREN *et al.*, 2005; LINDGREN *et al.*, 2004)

Como se sabe, assinala Blanes, as saliências ósseas são as áreas mais acometidas. A região sacal em diversos estudos vem sendo colocada como o local com maior incidência, chegando a atingir índices altíssimos como 87% da amostra de um estudo que inclui 78 clientes hospitalizados. (BLANES, 2004)

O MS 2007 relaciona as áreas de risco de acordo com o decúbito em que o cliente encontra:

- Em decúbito lateral → maléolo externo, trocante, caixa torácica, acrômio, pavilhão auricular, face externa dos joelhos.
- Em decúbito dorsal → calcâneos, região sacro-cocígea, cotovelos, occipital, escapulas.
- Em fowler → Região sacra, isquiática, calcâneos.

Como já mencionado, o uso de medicamentos também pode contribuir com o desenvolvimento de UP. Os sedativos, anestésicos e analgésicos aumentam a imobilidade no leito, e reduzem a percepção da dor. Os antiinflamatórios não esteróides reduzem as respostas inflamatórias. E os imunossupressores e citóxicos reduzem à tolerância tecidual a pressão. Além disso, tratamentos não farmacológicos como a radioterapia tornam a pele mais frágil. (DEALEY, 2008; BRANDÃO, 2006; SILVA, 2011)

Diante dessas considerações, parece impossível evitar o desenvolvimento de UP, porém não preveni-las seria considerado um ato de negligência. Ao longo de anos, muitas estratégias de cuidado, como mudança de decúbito, foram criadas para proteger o corpo das agressões sofridas pela exposição aos fatores de risco. É improvável que as medidas preventivas consigam impedir a exposição de todos os fatores de risco. Por isso, o surgimento de algumas lesões são consideradas como aceitáveis, representadas nas taxas de incidência e prevalência.

## **2.2 – A UP NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO CLIENTE**

As taxas de incidência e prevalência de UPs são consideradas como um indicativo da qualidade do cuidado de enfermagem. Segundo a *American Nursing Association* (ANA), quando se desenvolvem após a admissão hospitalar, essas ulcerações agregam um valor negativo à qualidade da assistência. (YURI, 2010)

A importância das UPs como um indicador de qualidade tem início em 1987, quando o governo norte americano cria um órgão para avaliar e credenciar os serviços de saúde - *The*

*Joint Commission Accreditation of Health Care Organization* (JAHCO). Nesse contexto, a UP ganha status de indicador de qualidade. Posteriormente, em 1991, a Associação de Enfermeiras dos Estados Unidos, baseada no modelo de qualidade de Donabedian, recomendou sete indicadores de qualidade focados no cliente, sendo a UP um deles. (HARADA E PEDREIRA, 2009)

Ainda no contexto da segurança do cliente, em 2006 o *Institute for HealthCare Improvement* (IHI) promove uma campanha, denominada “5 milhões de vidas”, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade e morbidade relacionadas a erros médicos. O Instituto estabelece a prevenção de UP por meio de *guidelines* baseados em evidências científicas. Mais recentemente, em 2011, a AHCPR estabelece a UP como um dos indicadores de segurança para o cliente. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância em Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde vem construindo seus indicadores de qualidade e indicadores de segurança do cliente.

Alguns autores definiram com clareza conceitos necessários à compreensão do tema aqui abordado. Na área da saúde, segundo Padilha, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui a excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de riscos aos usuários e um alto grau de satisfação por parte dos clientes. (PADILHA, 2010)

Já Vicente e Reis citam a clássica distinção entre estrutura, processo e resultado instituída por Avendis Donabedian - pesquisador que explorou essa temática. Este autor comenta que a qualidade dos serviços prestados depende da relação entre diversos componentes das atividades desenvolvidas entre o cliente e os profissionais de saúde. Assim, a qualidade dos serviços de saúde não deve ser entendida como uma simples meta, mas como um processo contínuo. (VINCENT, 2009; REIS, 1990)

Neste contexto, a qualidade envolve sete componentes, conhecidos também como os “7 Pilares da Qualidade” . Reproduzimos aqui suas definições: **Eficácia:** é a melhor

assistência possível nas condições mais favoráveis; **Efetividade**: é a melhora alcançada; **Eficiência**: é a capacidade de obter o máximo de melhora com o menor custo; **Otimização**: é a melhor relação custo x benefício; **Aceitabilidade**: é a conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos clientes e seus familiares; **Legitimidade**: refere-se à preocupação com o bem-estar da população, além do cuidado com o indivíduo; **Equidade**: a distribuição equitativa do cuidado em saúde é promovida de acordo com uma política social deliberada.

A complexidade envolvida no processo do cuidado de enfermagem, e a responsabilidade em garantir uma assistência livre de danos, já era uma preocupação de Florence Nightingale. No distante ano de 1859 ela escreveu o seguinte: “Talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal a um cliente”. Percebe-se, assim, que a assistência à saúde sempre foi uma atividade de risco. Ao identificar a alta incidência de mortalidade entre os soldados e associá-la às precárias condições de higiene, a autora definiu o primeiro objetivo da enfermagem: “colocar o cliente nas melhores condições a fim de que a natureza desenvolva sua ação”. São compreensíveis, assim, suas reflexões sobre a necessidade de a enfermagem manipular o ambiente para melhor assistir os clientes. (BRANDÃO, 2006; VINCENT, 2009).

Para Nightingale (1860), os elementos do ambiente – entre eles odores, corrente de ar, umidade, ruído e iluminação – afetam a saúde do cliente. Muito embora ela enfatize os aspectos físicos do ambiente, a relação destes com os aspectos sociais e emocionais não deve ser descartada. Suas observações e ações não ficaram restritas a limpeza do ambiente e ao controle da mortalidade. Para a autora, os três aspectos - psicológicos, físicos e sociais - estão inter-relacionados com o mesmo grau de importância. “É quando há um excelente ambiente físico que se pode dar melhor atenção às necessidades emocionais do cliente e prevenir doenças” – acrescenta Nightingale (*Ibidem*, 1860).

Os princípios de limpeza do ambiente por ela cunhados - higiene do cliente e de suas roupas - são indutores de saúde para a pele, região do corpo que, se não for cuidada, adocece. Para Nightingale, assim, os danos na pele estavam relacionados com o nível de desinformação de enfermeiros que não sabiam colocar o cliente em situação de cura.

O atual avanço tecnológico nos permite afirmar que, cada vez mais, recursos terapêuticos estão disponíveis para promover a cura. Vincent adverte, no entanto, que às vezes a esperança de cura, proporcionada pelas terapêuticas aplicadas, vêm acompanhada de danos e sofrimentos piores do que os causados pelo curso natural da doença. (VINCENT, 2009)

No início do século XX, a expressão “doença iatrogênica” foi criada primeiramente para descrever os distúrbios psiquiátricos apresentados por clientes que recebiam notícias sobre diagnósticos de doenças graves. O termo iatrogenia deriva do grego iatros (médico) e génesis (origem). É definido como doença ou enfermidade resultante de uma ação médica. Mas a iatrogenia não é um fenômeno exclusivo da prática médica. As ações envolvidas no cuidado de enfermagem, ou em sua prestação insatisfatória, também podem causar danos e/prejuízos aos clientes. (MADALOSSO, 2000)

Ao realizar uma investigação sobre a ocorrência de iatrogenias em clientes idosos hospitalizados num hospital, Santos *et al.* (2009) verificou que, dos 100 prontuários analisados, 26% apresentaram algum registro de evento iatrogênico, dos quais 30% dos eventos encontrados eram UPs. Já Silva (2003) buscou caracterizar o tipo de ocorrência iatrogênica que incide nos clientes internados em terapia intensiva. Após acompanhar 212 clientes, ele constatou que a UP foi o evento que teve maior incidência, alcançando 27% das 80 ocorrências identificadas.

Uma publicação que ocasionou grande repercussão mundial na área da saúde foi o relatório publicado no ano 2000 intitulado “*To err is human: building a safer health care system*”. Neste estudo, desenvolvido pelo

*Institute of Medicine* (IOM), os pesquisadores demonstraram que de 44.000 a 98.000 óbitos, nos EUA, era decorrente de algum evento adverso ocorrido durante um atendimento à saúde. (PADILHA, 2010)

Comentamos aqui que existem diversos estudos publicados sobre doenças iatrogênicas, mas nenhum outro século produziu tantas pesquisas relacionadas ao tema como o **XXI**. Talvez o diferencial seja a abordagem do erro. A falha não é mais olhada como um ato isolado e cometido por um único indivíduo. Agora, ela é vista como o resultado de falhas na estrutura, nos processos e/ou nas medidas de prevenção. Dessa forma, pode-se dizer que estamos vivenciando a “Era da segurança do cliente”.

Por muitos anos, o erro, na área da saúde, foi omitido porque estava atrelado a uma cultura individualista do mal profissional. No contexto atual, no modelo proposto por James Reason, conhecido como queijo suíço, o erro é definido da seguinte maneira: “uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a não execução a contento de uma ação planejada”. Os seres humanos falham e os erros são esperados mesmo nas melhores organizações. (PADILHA, 2010; PEDREIRA, 2009)

...é irracional e injusto culpar alguém que comete um erro enquanto tentava fazer o melhor trabalho possível, pois esse processo de trabalho está inserido dentro de um contexto maior, o sistema de saúde, e todo o sistema deve ser considerado como perfeitamente desenhado para produzir seus próprios resultados.” (PEDREIRA & HARADA, 2009)

Segundo Reason, a imagem do queijo suíço remete a ideia de que várias barreiras de defesa (alarmes, grades da cama, protocolos, escalas de avaliação, profissionais, informatização etc) estão sobrepostas para filtrar os erros. No entanto, quando essas barreiras falham, surge a possibilidade do erro ou evento adverso. Então, os eventos ocorridos são considerados como consequência e não como causa. (PADILHA, 2009; VINCENT, 2010)

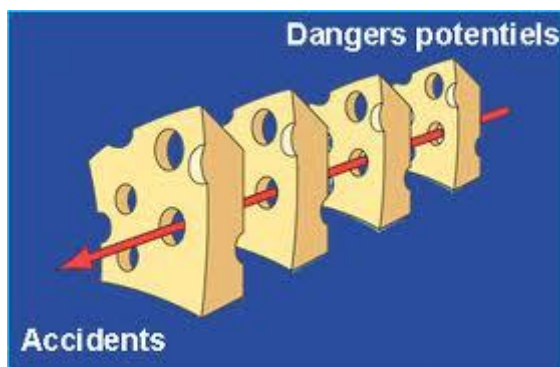


Figura 2- Modelo epidemiológico do erro com analogia da imagem do “queijo suíço”, demonstrando como as falhas ultrapassam as barreiras ocasionando danos. (<http://www.google.com.br/imagem>)

O ideal, alerta Cassiane, seria que as fatias fossem intactas, mas não é o que ocorre na realidade. Geralmente, a presença de falhas do sistema não causam danos ao cliente, devido ao movimento contínuo tanto das fatias (barreiras) como da abertura ou estreitamento dos buracos (falhas) durante o processo assistencial. Porém, quando ocorre o alinhamento das falhas em diversas barreiras momentaneamente, permite-se a trajetória de um erro resultando em dano. (CASSIANE, 2005)

De acordo com o modelo epidemiológico do erro de Reason, essas falhas podem ser ativas ou latentes. São consideradas falhas ativas, os atos e ações inseguros cometidos por pessoas relacionadas diretamente no processo assistencial. Já as falhas latentes estão relacionadas com o gerenciamento e construção do sistema. As falhas ativas são mais fáceis de identificar, porém mais difíceis de serem previstas. Entretanto, as falhas latentes podem ser previstas e corrigidas antes que os erros aconteçam. (PADILHA, 2009)

“... embora não possamos mudar a condição humana, podemos mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham ...”- explica. Assim, prossegue este autor, o evento adverso e o erro passam a ser um dado valioso. Torna-se evidente a importância dos estudos dessa natureza. A revisão de todo o processo de cuidado permite identificar suas fragilidades e, além disso, incentivar a equipe de enfermagem a investigar a

eficácia/eficiência da assistência prestada, como por exemplo, as estratégias preventivas para UPs.

Para o IOM, o evento adverso é uma injúria causada por um tratamento médico não relacionado à doença do cliente. A Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo Padilha, amplia essa definição e a considera, também, como eventos que geram danos e resultam em doenças, injúrias, sofrimento, incapacidade e morte, podendo ser da esfera psicológica, física ou social. (PADILHA, 2010)

Quando se pensa em prevenir UP, a compreensão das falhas do processo de cuidar, da estrutura e dos fatores de risco do próprio cliente, refletimos sobre a responsabilidade da enfermagem em conduzir adequadamente o planejamento e a implementação de ações efetivas. Estas últimas devem ser capazes de proporcionar taxas de incidência e prevalência aceitáveis para um padrão mínimo de qualidade.

Sobre prevenção, o primeiro olhar investigativo deve ser para a produção do conhecimento dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento das UPs. Urge saber quais os cuidados de enfermagem prioritários para a prevenção das lesões foram estabelecidos e investigados.

Na década de 80, os EUA criaram a NUAP, uma organização interdisciplinar para prestar consultoria na área da saúde, com o objetivo de melhorar a prevenção, tratamento e redução dos índices de incidência e prevalência das Ups. Posteriormente, o Congresso Americano, em 1989, criou a AHCPR, painel onde os especialistas da NUAP sintetizaram o conhecimento sobre UP e propuseram as diretrizes para previsão e prevenção, além das Diretrizes para tratamento das lesões.

Associações de classe e de especialistas em diversos países têm revisado e atualizado as recomendações que compõem as diretrizes para prática clínica, com o objetivo de produzir dados científicos que orientem uma assistência de enfermagem segura. O *Royal College of*



*Nursing*, o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) e o *Wound, Ostomy and Continence Nurse Society* (WONC) realizam revisões de literatura de trabalhos indexados em base de dados eletrônicos e publicam atualizações das diretrizes propostas pela AHCPR. (MIYAZACA, 2009)

No Brasil, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), baseado nas diretrizes da AHCPR, publicou, em 2010, um protocolo de prevenção de UP, em parceria com o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Cliente (Proqualis) – que é vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Segundo a AHCPR, as recomendações são acompanhadas pelas letras A, B, C, conforme os seguintes critérios:

- A- Resultados de dois ou mais experimentos clínicos controlados e randomizados em seres humanos relacionados à UP;
- B- Resultados de dois ou mais experimentos clínicos controlados e randomizados em seres humanos ou, quando apropriados, resultados de dois ou mais experimentos controlados em modelos animais;
- C- 1) Resultado de estudos clínicos controlados, 2) resultados de pelo menos duas séries de casos ou estudos descritivos de úlcera por pressão em seres humanos, 3) opinião de especialistas.

Os *guidelines* ou protocolos podem não estar adequados para todas as situações do cuidado. Eles são, no entanto, uma das ferramentas que orientam os enfermeiros na tomada de decisão sobre o cuidado mais adequado à necessidade de cada cliente. De acordo com AHCPR, as principais recomendações para prevenção de UP estão direcionadas em identificar os clientes em risco, aliviar a pressão e cuidados com a pele. Alinhavamos aqui a descrição delas:

➤ **Avaliação de risco:**

- Realizar avaliação de risco estruturada, baseada em uma das Escalas Preditivas para UP. (nível de evidência C);
- Inspecionar a pele pelo menos uma vez ao dia. (nível de evidencia B).

Conforme Hess (2002), as escalas de avaliação são os instrumentos mais utilizados para avaliar e identificar o potencial de risco para o desenvolvimento de UP. Os pontos comuns dessas escalas são: condições físicas gerais, função mental, atividade, imobilidade e condições nutricionais.

Existem inúmeras escalas de avaliação de risco. Neste estudo discutimos apenas três delas: **Norton, Braden e Waterlow**. Essas escalas foram selecionadas porque são as mais citadas na literatura a que tive acesso.

Primeira escala a ser elaborada, em 1975, a **Norton** avalia a condição física geral, a condição mental, nível de atividade, mobilidade no leito e a continência. Cada item recebe uma pontuação de 1 a 4, e os pontos atribuídos a cada um deles são somados para se obter um total. A menor pontuação que pode ser obtida é 5 e a mais alta, 20 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, menor o risco para desenvolvimento de UP. (IRION, 2005)

Já a escala de **Braden** é mais ampla e conta, em sua composição, com seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento. Essas categorias são usadas para avaliar os diferentes fatores de risco. No Brasil, Paranhos e Santos (1999) adaptaram a escala de Braden para a língua portuguesa e validaram sua capacidade preditiva ao utilizá-la em clientes críticos.

Todas as subescalas são pontuadas de 1 a 4, exceto a escala referente à fricção e cisalhamento que é pontuada de 1 a 3. O total dos escores varia de 6 a 23. Quanto mais alto o valor verificado, menor o risco do cliente. Já nos escores mais baixos a indicação é de alto

risco para UP. Braden(1997<sup>1</sup> *apud* Ribeiro (2008) estabelece da seguinte maneira o protocolo de prevenção baseado nos níveis encontrados: nos escores de 15 a 16 o risco é leve; de 12 a 14 o risco é moderado. Quando os escores são iguais ou menores do que 11 o risco é alto. De acordo com os escores obtidos as intervenções podem ser mais intensas e frequentes.

Segundo Dealey (2008), a escala de **Waterlow** é a mais utilizada nos hospitais do Reino Unido. Esta escala, mais abrangente em relação às escalas de Norton e Braden, tem por objetivo alertar os profissionais sobre os fatores de risco causais das UP. A escala contém sete tópicos principais: relação peso/ altura através do índice de massa corporal (IMC), continências, avaliação visual da condição da pele em áreas de risco, mobilidade, idade/sexo, apetite e medicações. Quatro outros itens pontuam também os fatores de risco especiais: subnutrição do tecido celular, deficiência neurológica, tempo e de cirurgia, trauma localizado abaixo da coluna lombar.

Sua pontuação é invertida em relação às escalas supracitadas, de modo que quanto mais alto o escore, maior o risco para desenvolvimento de lesão. Ela também tem a vantagem de dividir o grau de risco em três categorias: em risco (escore 10 a 14), alto risco (escore 15 a 19) e, altíssimo risco (escore acima de 20 pontos). Se, após avaliação, o cliente for incluído em algum nível de risco, medidas preventivas devem ser adotadas.

Um estudo comparativo sobre o uso das escalas de **Norton**, **Braden** e **Waterlow**, promovido por Schoonhoven et al (2002<sup>2</sup>) *apud* Dealey (2008) verificou que nenhuma delas foi capaz de prever satisfatoriamente todos os clientes que desenvolveram UP. Apesar das críticas aos instrumentos utilizados, não se pode negar que o uso sistemático de um método para avaliação de risco tem seus méritos. Afinal de contas, essa ferramenta enfatiza a necessidade da reavaliação periódica em contraposição à adoção do procedimento apenas

---

<sup>1</sup> BRADEN, B.J., *Risk assessment in pressure ulcer prevention*. In: Krasner D., Kane D., Chronic Wound care. 2ª ed. Wane, Health Management Publication, 1997; 29-36.

<sup>2</sup> SCHOONHOVEN, L., DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M.H. *Incidence of pressure ulcers due to surgery*. Journal of Clinical Nursing, 2002, 11(4), 479-87.

quando o cliente é admitido na unidade hospitalar. Registre-se também que o profissional, ao identificar um cliente em risco de desenvolver uma lesão, deve necessariamente adotar medidas preventivas. Pois deixar de adotá-las implicaria, no mínimo, em negligência.

Alinhavamos aqui as precauções que devem ser observadas:

➤ **Cuidados com a pele** – ações de enfermagem FAZER

- Não massagear vigorosamente áreas de proeminência óssea ou hiperemiadas para prevenção das UP (nível de evidência B);
- Usar emolientes para hidratar a pele desidratada (nível de evidência B);
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira (nível de evidência C);

➤ **Nutrição para a prevenção de UP** – ações de enfermagem – ENSINAMENTO

- Rastreamento e avaliação do estado nutricional a todos os indivíduos em risco de desenvolver UP,
- Avaliar e comunicar ao nutricionista a presença de sinais clínicos de desnutrição, discutindo a necessidade de suporte nutricional enteral;
- Avaliar com a equipe de saúde a adoção de uma alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco de desenvolver UP (Nível de evidência A)

➤ **Alívio da pressão** - ações de enfermagem - FAZER

- Manter o cliente de risco em superfície de redistribuição de pressão (Nível de evidência A)
- A alternância de decúbitos deve ser realizada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre as áreas vulneráveis do corpo. (nível de evidência A),

- A frequência dos posicionamentos é influenciada pelas necessidades individuais. (Nível de evidencia A);
  - Utilizar superfície de apoio dinâmico quando o cliente não tolerar o reposicionamento frequente (Nível de evidência B);
  - Restringir o tempo que o cliente passa sentado na cadeira sem alívio (Nível de evidência B)
  - Quando sentado, manter os pés apoiados. ( Nível de evidencia C)
- **Manejo da fricção e cisalhamento** – ações de enfermagem FAZER
- Elevar cabeceira até 30° (nível de evidência C)
  - Utilizar lençol móvel para realizar o posicionamento do cliente no leito (Nível de evidência C).

Além disso, as instituições de saúde devem promover programas educacionais para os profissionais, pacientes e familiares, a fim de reduzir a incidência dessas lesões tanto no âmbito hospitalar como domiciliar.

Essas recomendações fundamentam o norte seguido neste estudo, destacando a importância de adequar os protocolos para cada situação vivenciada durante o cuidar. Elas foram utilizadas como base para a busca de novos estudos. Nosso objetivo, assim, é não só produzir, mas motivar o avanço das ações de prevenção por meio da análise do conhecimento produzido sobre UP.

O cuidado de enfermagem como objeto de investigação é de grande interesse para a profissão e vem sendo ampliado, de forma significativa, através do acesso à informação na produção de conhecimento e em outros veículos, como a informática. O acesso à informação técnico-científica, aliada a melhora do nível educacional da população, tem gerado, desta forma, interferências positivas na relação paciente – enfermagem. Clientes cada vez mais conscientes de seus direitos buscam informações sobre as patologias que afetam seu corpo e os

tratamentos disponíveis. Essa conscientização faz com que eles naturalmente exijam profissionais mais qualificados.

O termo “mais qualificados”, aqui no caso, significa uma enfermagem permanentemente centrada na busca pela cientificidade. E é esta última, sabemos, que qualifica e credencia os procedimentos que adotamos para reduzir os riscos e danos presentes no ambiente de cuidado.

Não é por outro motivo que a enfermagem busca investir em pesquisas voltadas para a geração de conhecimento, orientação prática e fortalecimento de sua identidade profissional. Além disso, a enfermagem precisa documentar, mais do que nunca, a eficácia e a relevância social de sua prática. Não apenas para os profissionais, mas também para os clientes atentos aos resultados das escolhas feitas por nós, enfermeiros, durante o processo de cuidar. (POLIT, 2004)

Ao ler uma pesquisa, então, podemos refletir sobre as várias dimensões do cuidado. Os trabalhos acadêmicos, antes de tudo, têm a finalidade de proporcionar tomadas de decisões mais adequadas para as diversas situações vivenciadas nos espaços do cuidado de enfermagem. Também é função de trabalhos como o aqui apresentado explicar fenômenos que devem ser considerados durante o planejamento assistencial. A pesquisa, assim, pode contribuir para a mudança da condição de saúde dos clientes sob sua responsabilidade, quando possível, além de prevenir os danos ou EA.

# *Materiais e Método*

### 3.1 – A ESCOLHA DO MÉTODO DE PESQUISA

Nas leituras dos textos sobre prevenção de UP, consideramos relevante a colocação da AHPCR (2010) sobre a adequação das recomendações contidas nos protocolos para as diversas situações do cuidado. Essas recomendações, na verdade, foram o ponto de partida para o desenvolvimento desta investigação sobre as ações de prevenção relacionadas à UP como EA. Aqui nos baseamos no método de revisão integrativa.

À exceção de alguns casos, como testes de novos produtos para a prevenção de UP, a maior parte dos estudos sobre esta temática é de pesquisas observacionais. Coube à natureza do objeto desta pesquisa, definido neste estudo, direcionar a escolha pelo método de revisão integrativa. A opção se deu desta forma porque esta ferramenta amplia a busca de estudos e permite o aproveitamento de estudos de métodos de pesquisa experimentais e não experimentais.

De acordo com Brome (2000), a revisão integrativa é definida como uma síntese de conhecimentos obtida através da análise de pesquisas anteriores. Este método é composto por seis fases. São eles a elaboração da questão norteadora; a construção dos critérios de inclusão e exclusão; a definição das informações a serem extraídas; a interpretação dos resultados; a apresentação dos resultados, e a síntese do conhecimento. Segundo Whittemore, Mendes e Souza, o caminhar destas fases auxilia os autores na fundamentação teórica de um objetivo. Qual seja “identificar a necessidade de novos estudos em determinada área, explicar as diferenças entre os estudos com a mesma questão clínica e fornecer também subsídios para a reflexão das ações realizadas nos serviços de saúde. (WHITTEMORE, 2005; MENDES, 2008; SOUZA, 2010)

Como a investigação proposta neste estudo não estava centrada numa única ação de prevenção de UP, mas sim em identificar quais ações são realizadas pelos profissionais de



saúde, as etapas supracitadas foram adaptadas na tentativa de reduzir a restrição de estudos a serem selecionados.

Apesar do método de revisão integrativa ter uma abordagem quantitativa, direcionada para a organização dos dados e descrição dos conteúdos das mensagens contidas nos artigos selecionados, acrescentamos, neste estudo, uma fase (5ª fase) com abordagem qualitativa, baseada na metodologia de análise de conteúdo de *Bardi*. Este método é denominado como “Gavetas para exaustão”. Apesar das diferenças entre as duas abordagens metodológicas, elas não se excluem. Acreditamos que elas, pelo menos aqui nesse trabalho, se complementaram a serviço da melhor compreensão do fenômeno estudado, permitindo, assim, que identificássemos a maior parte de estratégias de prevenção de UP possíveis.

Assim foi que, atentos às limitações e possibilidades de falhas, adotamos, então, o caminho metodológico composto por sete fases, abaixo alinhavadas:

- 1ª Fase: Elaboração da questão norteadora;
- 2ª Fase: Construção dos critérios de inclusão e exclusão;
- 3ª Fase: Definição das informações a serem extraídas;
- 4ª Fase: Interpretação dos resultados;
- 5ª Fase: Gavetas para exaustão;
- 6ª Fase: Apresentação dos resultados;
- 7ª Fase: Síntese do conhecimento.

Sendo assim, o que se espera com a realização desta pesquisa de revisão integrativa é orientar, de forma segura, as tomadas de decisões, ainda que este método apresente limitações e possibilidades de falhas. Segundo Oliveira (2007), as razões são bem simples. “Sabemos que os resultados dos estudos de revisão direcionam a escolha da intervenção mais adequada, levando em consideração as necessidades pessoais, a disponibilidades dos

recursos, as prioridades, bem como a experiência e habilidade profissional, ou seja, o cuidado individualizado pautado no conhecimento científico. (OLIVEIRA, 2007)

### 3.2 - 1ª FASE: ELABORAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

Com o intuito de investigar as medidas de prevenção da UP como evento adverso - descritas nos estudos publicados em bases de dados - o primeiro passo deste estudo foi definir essa temática de forma clara e específica. Para tanto, elaborou-se uma questão norteadora delimitada e que pudesse contribuir no desenvolvimento das etapas posteriores – quais sejam a identificação dos descritores e dos estudos que puderam ser incluídos e quais dados foram de interesse para a pesquisa.

A elaboração da questão norteadora foi baseada na estratégia sugerida pelo Centro Cochrane Brasil para a realização de pesquisas de revisão sistemática, denominada PICO (P= pacientes; I= intervenção; C= comparação; O= resultados). Esta estratégia geralmente é utilizada para investigar a segurança e eficácia de uma intervenção em uma determinada população e comparar seus resultados quando se adotam outras intervenções com o mesmo propósito terapêutico.

Neste estudo não foi delimitada uma medida específica de prevenção para UP como, por exemplo, a comparação entre os tipos de colchão. O interesse maior do trabalho foi verificar se a UP é vista como um EA e quais as medidas de prevenção são realizadas pelos profissionais de saúde. Para elaborar uma questão norteadora que atendesse a investigação desses aspectos, as etapas da estratégias de PICO foram adaptadas da seguinte forma:

**P** – Esta letra é utilizada geralmente para representar clientes com algum tipo de problema de saúde. Aqui neste contexto, no entanto, ela foi adaptada para referir dois

elementos: pacientes adultos hospitalizados com ou sem UP e os profissionais de saúde que podem ou não considerar a UP como um evento adverso;

I- Ao invés de representar uma única intervenção, a letra I foi utilizada para representar as medidas de prevenção para EA adotadas para concepção de um ambiente de cuidado seguro e capaz de impedir/minimizar o desenvolvimento de UP, no âmbito hospitalar.

C- Não coube neste estudo estabelecer uma medida de comparação, devido a alguns pontos como a diversidade dos delineamentos dos estudos incluídos, além das questões éticas que envolvem a temática investigada.

O - Os resultados esperados foram a influência das medidas preventivas nas taxas de incidência e prevalência de UP, nos estágios das lesões desenvolvidas, no tempo de internação e no tempo gasto para realizar os cuidados de enfermagem. Além dessas, outras influências, talvez ainda desconhecidas, foram identificadas a partir da leitura dos resultados dos estudos selecionados.

### **3.3 - 2ª FASE: CONSTRUÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA SELEÇÃO DE ESTUDOS**

#### **A) 1º Momento - Definição dos critérios de inclusão e exclusão**

O cuidado não é isento de riscos e a observação do processo de cuidado pode contribuir para identificar suas barreiras de proteção e suas possíveis falhas. Por esse motivo, o critério de inclusão de pesquisas com delineamentos observacionais foi selecionado, entre outros.

A exclusiva escolha por pesquisas com delineamentos experimentais restringiria, excessivamente, a inclusão de estudos sobre prevenção de UP. O tema explorado, aliás, não comporta estudos experimentais, como, por exemplo, comparar grupos com prevenção e grupos sem prevenção. A exceção são alguns estudos nos quais novas tecnologias são

testadas ( princípios ativos de hidratantes, tipos diferentes de colchão, tipos diferentes de dispositivos de alívio de pressão e outros) . Sabemos que a enfermagem é uma das áreas que mais se interessam pelo tema, mas nossa disciplina ainda está se aproximando dos métodos de pesquisas experimentais. Nossa intenção, no entanto, é usar a abordagem com uma frequência cada vez maior.

Como a maior parte dos estudos publicados nas principais bases de dados internacionais é publicada na língua inglesa, definiu-se, como um dos critérios de inclusão, o aproveitamento de trabalhos e/ou estudos publicados em uma das três línguas – português, inglês ou espanhol.

Não foi definido um recorte temporal específico para selecionar as publicações ( artigos publicados somente no período 2000/ 2010). A estratégia visou aproveitar um leque farto de estudos publicados sobre a temática.

Já o ambiente de cuidado observado foi restringido só ao âmbito hospitalar, ainda que a ocorrência de UP, sabemos bem, ocorra em outros ambientes de cuidados, como asilos, casas de repouso, domicílios ou regimes de tratamentos denominados *home-care*. Estes não foram incluídos na busca devido às características clínicas dos clientes e do ambiente de cuidado.

Com o objetivo de responder a questão específica desta revisão, os estudos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão:**

Pesquisas observacionais, revisões de literatura e revisões relacionadas à prevenção de úlcera por pressão como um evento adverso, escritas nos idiomas inglês, português ou espanhol e em qualquer período de publicação.

- **CrITÉRIOS de exclusão**

Foram excluídos estudos primários laboratoriais, estudos secundários referentes a editais, réplicas, carta aos leitores, comentários e opiniões, que não estivessem em conformidade com os critérios de inclusão, livros e capítulos de livros e outros que não estão contemplados nesse critério. Os experimentais estavam em fase inicial de laboratório, como os estudos em bancos de pele e animais. Além destes, não foram considerados também estudos de prevenção de UP em neonatologia ou pediatria, estudos de prevenção de UP em asilos, casas de repouso ou *home-care*. Não levou-se em conta, ainda, estudos que não estavam em conformidade com os critérios usados para incluir ou não os trabalhos pesquisados.

### **B) 2º Momento – Estratégia de busca de estudos**

A partir da leitura de artigos, *guidelines* e capítulos de livros sobre o tema proposto foram identificadas palavras-chaves e termos, considerados importantes ou que foram repetidamente citados nos estudos lidos. Essas referências foram testadas nas bases de dados para a seleção dos descritores relacionados com o tema investigado. Para recuperar pesquisas indexadas nas diversas bases de dados selecionadas utilizamos os descritores do vocabulário de Descritores de Ciência da Saúde – DeCS e termos do dicionário *Medical Subject Headings* – MeSH.

Os descritores utilizados foram:

- Úlcera por pressão
- Feridas e ferimentos
- Prevenção e Controle
- Indicadores de Qualidade
- Iatrogenias/ doença iatrogênica
- Assistência de Enfermagem/ cuidado de enfermagem

- Gerenciamento de segurança
- Doença iatrogênica
- Melhoria da qualidade
- Garantia da qualidade dos cuidados de saúde
- Evento sentinela

Palavras chaves utilizadas foram:

- Segurança
- Evento Adverso
- Evento Adverso do Cuidado de Saúde

A busca dos estudos nas bases de dados foi realizada, a princípio, por meio do uso de um único descritor ou palavra-chave. Na sequência, e de forma sucessiva, adotou-se a combinação entre os descritores por cruzamento dos booleanos “AND” (interseção de duas ou mais palavras) e “OR” (localização individual de palavras, ou a soma de duas ou mais palavras) formando-se o que chamamos de *strings*.

### **C) 3º Momento – Bases de dados**

As fontes de dados bibliográficos foram selecionadas a partir da leitura de estudos anteriores, da mesma natureza, e constituídos, principalmente, das bases eletrônicas consideradas como as mais importantes pelos centros internacionais de prática baseada em evidências. Elas estão discriminadas aqui logo abaixo:

- CINAHL
- MEDLINE
- PubMed
- COCHRANE LIBRARY

- LILACS

O primeiro descritor utilizado para busca dos estudos nas plataformas supracitadas foi “úlceras por pressão”. Ele foi pinçado por representar o tema central da pesquisa. Nas bases de dados Medline, Pubmed e Lilacs foram utilizados os qualificadores “prevenção e controle”, “epidemiologia e “enfermagem”. O objetivo foi facilitar a localização de publicações relacionadas com o tema investigado.

Algumas *strings* utilizadas identificaram um número elevado de estudos, que não chegaram a ser usados devido ao excesso de trabalhos até então encontrados.

Não foi utilizado um único modelo de *string* para todas as bases de dados. Elas foram elaboradas a partir da localização dos descritores em cada base. A estratégia para a busca está descrita nas tabelas seguintes:

Tabela 1 - Estratégia de busca realizada através da Plataforma Pubmed

<b>Descritores por cruzamento</b>	<b>Artigos encontrados</b>	<b>Artigos selecionados</b>
"Pressure Ulcer/nursing"[Mesh]	2036	*
( "Pressure Ulcer/epidemiology"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/nursing"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/prevention and control"[Mesh] )	5365	*
(( "Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "adverse effects" [Subheading])	648	*
(( "prevention and control" [Subheading]) AND "Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "adverse effects" [Subheading]	275	02
("Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]	153	20
(( "Pressure Ulcer/epidemiology"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/nursing"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/prevention and control"[Mesh] )) AND "Iatrogenic Disease"[Mesh]	25	04
("Nurses"[Mesh]) AND "Pressure Ulcer"[Mesh]	107	03
(( "adverse effects" [Subheading]) AND "Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "Quality Assurance, Health Care"[Mesh]	42	00
("Safety Management"[Mesh] AND "Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]	05	00
("Safety Management"[Mesh] AND "Pressure Ulcer"[Mesh]) AND (( "patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields]) AND ("safety"[MeSH Terms] OR "safety"[All Fields]))	27	00
("Wounds and Injuries"[Mesh] AND ("Pressure Ulcer/epidemiology"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/nursing"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/prevention and control"[Mesh])) AND "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] and management safety	02	01
("Wounds and Injuries"[Mesh] AND # "Pressure Ulcer/epidemiology"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/nursing"[Mesh])	05	02

OR "Pressure Ulcer/prevention and control"[Mesh]#) AND "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] and indicators quality.		
("Wounds and Injuries"[Mesh] AND ("Pressure Ulcer/epidemiology"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/nursing"[Mesh] OR "Pressure Ulcer/prevention and control"[Mesh])) AND "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] and indicators quality AND SAFETY	01	01
<b>Total</b>	<b>8691</b>	<b>32</b>

\* Não houve análise para seleção devido ao excesso de estudos

Tabela 2- Estratégia de busca realizada através da base de dados MEDLINE

Descritores por cruzamento	Artigos encontrados	Artigos selecionados
"Úlcera por pressão"	8435	*
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC"	5678	*
("Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND "Assistência de Enfermagem"	380	*
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND "Indicadores de Qualidade"	133	14
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND "Garantia da qualidade"	178	09
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND Gerenciamento de Segurança"	30	08
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND "Iatrogenia "	25	03
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND Melhoria da Qualidade"	06	01
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND "Evento Sentinela"	03	01
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND "Doença Iatrogênica" AND "Assistência de Enfermagem "	01	00
"Úlcera por pressão/EP" OR "Úlcera por pressão /NU" OR Úlcera por pressão/ PC") AND Assistência de Enfermagem" AND "Gerenciamento de Segurança"	01	00
<b>Total</b>	<b>14770</b>	<b>36</b>

\* Não houve análise para seleção devido ao excesso de estudos

Tabela 3- Estratégia de busca realizada através da base de dados CINAHL

Cruzamento por descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados
"Pressure Ulcer"	7468	*
"Pressure Ulcer" AND "Safety"	255	*
"Pressure Ulcer" AND "Adverse Health Care Event"	36	05
"Pressure Ulcer" AND "Safety" AND "Adverse Events"	12	03
"Pressure Ulcer" AND "Safety" AND "Adverse Events" AND "Iatrogenic Disease"	00	00
"Pressure Ulcer" AND Quality Indicator"	13	00



“Pressure Ulcer” AND “Safety Management”	00	00
“Pressure Ulcer” AND “Safety” AND “Adverse Events” AND “Management Quality”	00	00
“Pressure Ulcer” AND “Management Quality”	01	00
<b>Total</b>	<b>7785</b>	<b>08</b>

\* Não houve análise para seleção devido ao excesso de estudos

Tabela 4- Estratégia de busca realizada através da base de dados Lilacs

<b>Cruzamento por Descritores</b>	<b>Artigos encontrados</b>	<b>Artigos selecionados</b>
“Úlcera por pressão”	208	*
“Úlcera por pressão/EP” OR “Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/ PC”	95	*
“Úlcera por pressão/EP” OR “Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/ PC” AND “Enfermagem”	41	06
“Enfermagem” AND “Doença iatrogênica” AND “Úlcera por pressão”	00	00
“Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/PC” AND “Melhora da qualidade” AND “Enfermagem”	00	00
“Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/ PC” AND “Melhora da Qualidade”	06	01
“Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/PC” AND “Enfermagem” AND “Gerenciamento de Segurança”	00	00
“Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/ PC” AND “Enfermagem” AND “Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde”	00	00
“Úlcera por pressão /NU” OR Úlcera por pressão/ PC” AND “Evento Sentinela”	00	00
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>07</b>

\* Não houve análise para seleção devido ao excesso de estudos

Tabela 5- Estratégia de busca realizada através da COCHRANE LIBRARY

<b>Cruzamento por descritores</b>	<b>Artigos encontrados</b>	<b>Artigos selecionados</b>
“Úlcera por pressão”	38	05
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>05</b>

### 3.4 - 3ª FASE: DEFINIÇÃO DAS INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS

Nesta pesquisa foram testados os instrumentos STROBE e CONSORT, recomendados pelas metodologias de estudos de revisão. Essas ferramentas foram utilizadas para auxiliar na avaliação da qualidade metodológica com a finalidade de definir quais estudos seriam incluídos no trabalho aqui apresentado. No entanto, os delineamentos metodológicos,

encontrados nas pesquisas analisadas, tiveram a extração dos dados excessivamente restringida. Isso aconteceu quando os instrumentos supracitados foram usados. Por isso, elaborou-se um instrumento de coleta de dados que permitisse, por meio de seu preenchimento para extração dos dados, a qualidade metodológica dos diversos tipos de delineamentos. Possibilitou-se também que as análises acontecessem ao mesmo tempo.

O instrumento para coleta de dados (APÊNDICE I) contemplou os seguintes itens abaixo:

- 1) Identificação do estudo (título do artigo, autores, nome do periódico, base de indexação e descritores utilizados);
- 2) Características da amostra estudada (tamanho amostral, gênero, idade, local do estudo, setores hospitalares investigados);
- 3) Caracterização do evento adverso (processo de identificação da UP, definição da UP como evento adverso, incidência do evento, características das lesões desenvolvidas, medidas preventivas estabelecidas)

### **3.5 - 4ª FASE: AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS**

As buscas realizadas em todas as *strings* elaboradas trouxeram à tona 31.634 pesquisas. Já o total de estudos encontrados apenas no universo das *strings*, analisadas para a seleção de pesquisas, foi da ordem de 1.166 pesquisas. Neste universo, no entanto, estão incluídas pesquisas publicadas em mais de uma base de dados ou então em mais de uma *string*.

O primeiro passo da avaliação dos estudos foi a análise da correlação do título com o tema pesquisado. A partir da leitura dos 1.166 títulos, 88 estudos foram selecionados para a leitura do resumo do trabalho.

Foram realizadas seis reuniões com o autor e co-orientador para avaliar, em dupla, a correlação entre o conteúdo dos resumos e os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta pesquisa. Nesta fase do trabalho foram excluídos 42 estudos pelos seguintes motivos:

Estudos duplicados - 26 estudos

Estudos em idioma alemão – 03 estudos

Estudos com o resumo não disponíveis nas bases de dados – 08 estudos

Estudos em formato de Cartas e Editoriais – 05 estudos

No momento seguinte, diversas páginas digitais foram exploradas para o resgate das pesquisas selecionadas na íntegra. A maior parte das páginas que disponibilizavam os artigos requeria o registro do usuário sem o qual não seria possível explorá-las. Essas assinaturas, geralmente dispendiosas, são feitas por instituições de ensino e pesquisa. Desta forma, a tarefa demandou diversas visitas a biblioteca da universidade onde a pesquisa está sendo desenvolvida, para se obter os estudos na íntegra.

A partir da leitura, na íntegra, dos 46 artigos, o autor deste trabalho preencheu o instrumento de coleta de dados e analisou a presença de vieses metodológicos que, porventura, impedissem a inclusão no estudo.

Neste estágio do trabalho oito estudos foram excluídos pelos seguintes motivos:

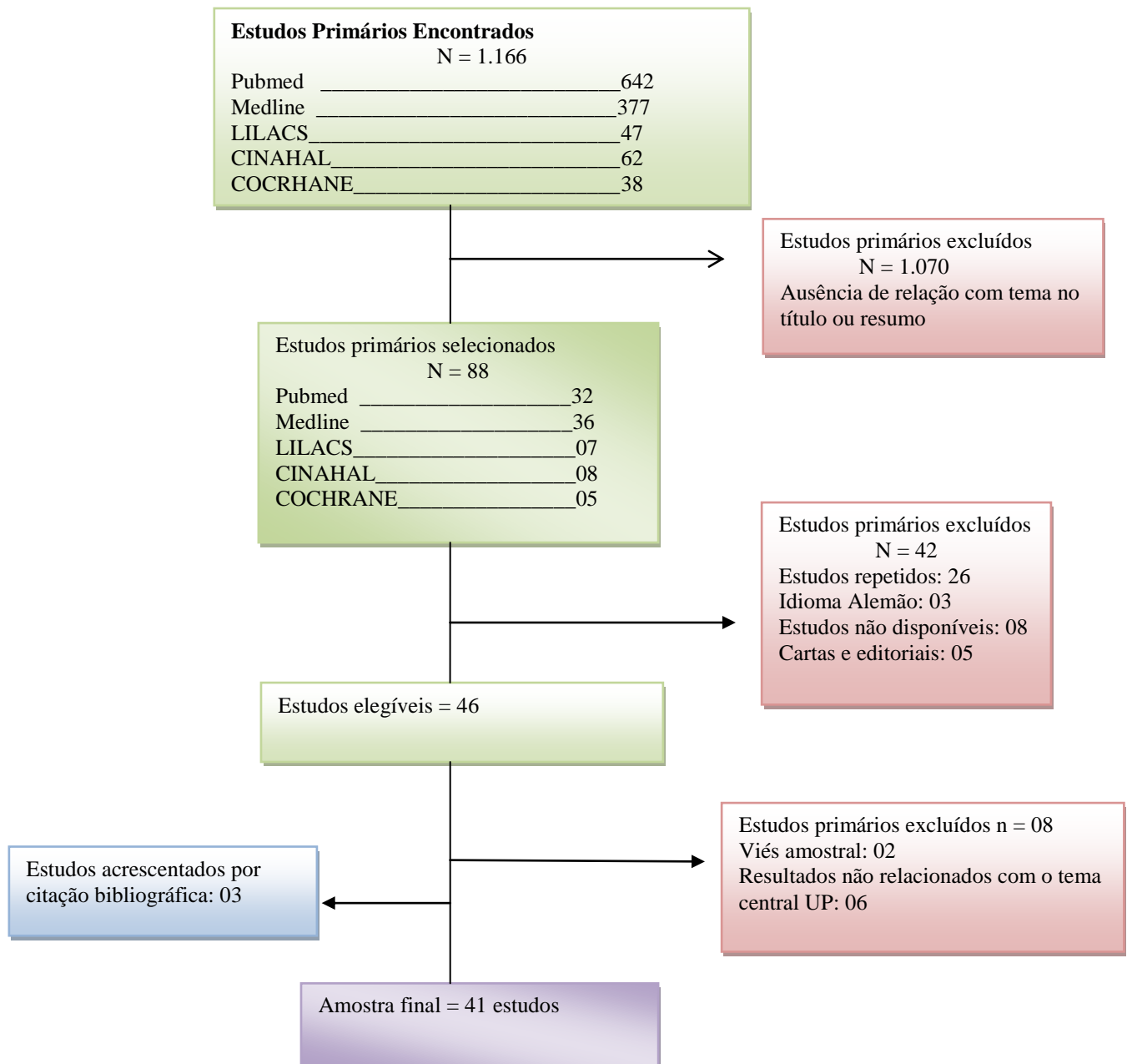
Estudos com viés amostral - 02

- Em um estudo sobre a ocorrência de EA em UTI os sujeitos da pesquisa não atuavam em UTI.
- Em um estudo, sobre avaliação do conhecimento sobre atitudes e barreiras para prevenção de UP, menos de 50% dos questionários distribuídos foram devolvidos para análise das respostas.

Seis outros estudos também foram excluídos porque os resultados não estavam relacionados com o tema central da pesquisa.

A leitura dos estudos selecionados na bibliografia disponível permitiu a identificação e a consequente inclusão de mais três estudos. A amostra final desta pesquisa, portanto, foi constituída por 41 artigos científicos. O caminhar de nossa jornada está representado no diagrama abaixo :

Figura 3- Diagrama referente ao processo de eleição dos estudos para composição da amostra estudada



### E: GAVETAS PARA EXAUSTÃO

Esse tipo de organização foi orientado por Bardin (2000). Foi no seu método sobre a análise de conteúdo que buscamos o rigor e a necessidade de descobrir, adivinhar e ir além da aparência dos dados contidos nos 41 estudos. Esse modo de detalhar está descrito em

Bradin (2000, p. 38). Ali, ele refere que a análise, uma técnica de investigação, é o ponto de partida para explicações. É por meio dela que se obtém uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações.

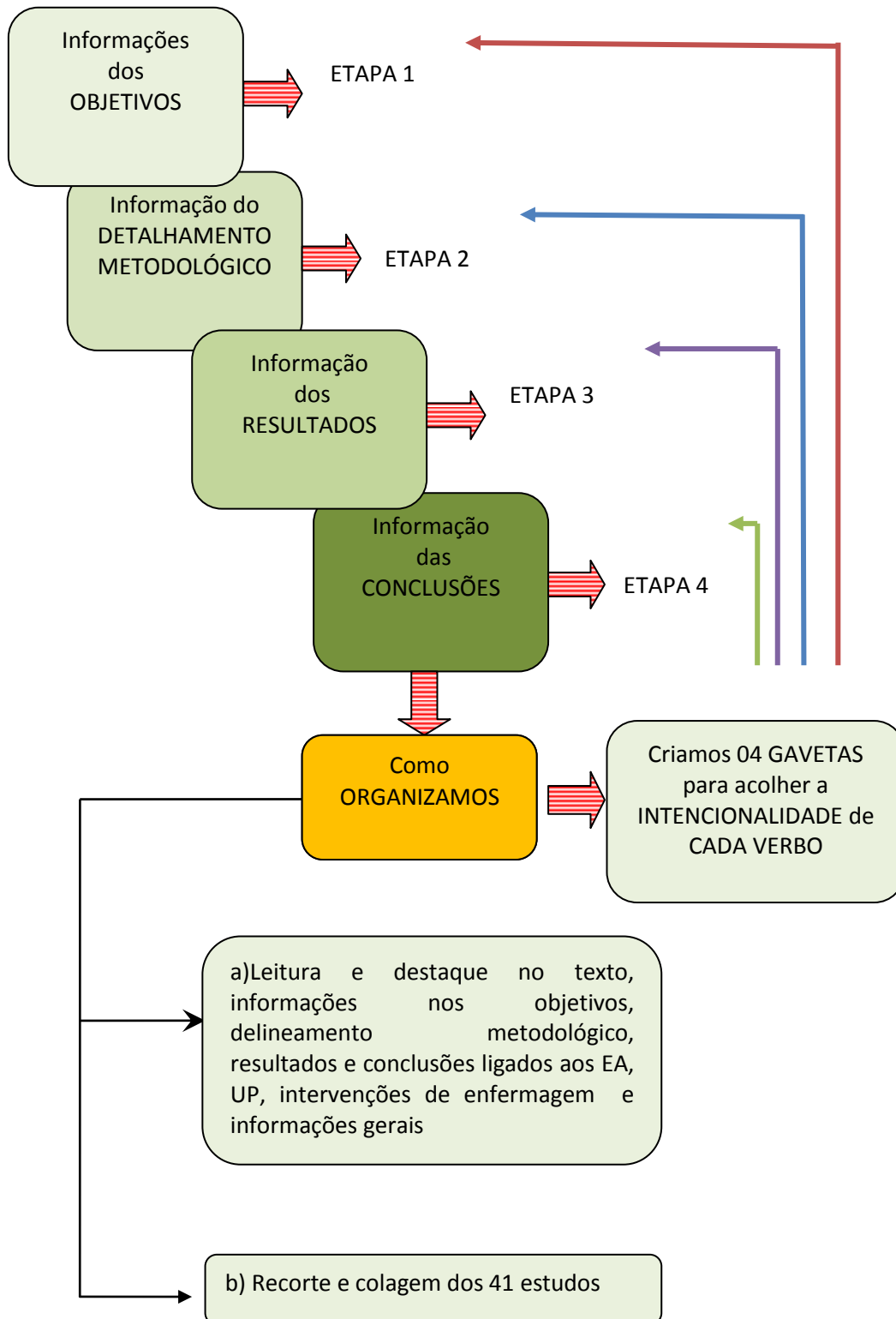
O método de análise de conteúdo tem por finalidade a interpretação destas comunicações e seus termos sugerem as diversas regras que devem ser observadas. Para definir quais informações eram relevantes - entre os 41 estudos relacionados no Apêndice 2 - e passíveis de serem transformadas em dados do estudo escolhemos o termo EXAUSTIVIDADE. A finalidade, nesses casos, é esgotar a totalidade dos textos guardados em GAVETAS (categorias). Bardin acrescenta que essas ferramentas "... permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem. É a taxonomia, que dá uma ordem segundo certos critérios na desordem aparente..." (BARDIN,2000)

Assim foi que 04 GAVETAS foram criadas para alocar as informações obtidas por meio da leitura dos dados contidos no apêndice 2. Os extratos aproveitados foram colhidos nos 41 artigos selecionados, de acordo com os seguintes itens abaixo:

- Objetivos;
- Detalhamento metodológico;
- Resultados;
- Conclusões.

O Processo de organização dos dados das Gavetas ocorreu em quatro etapas representadas no esquema 1:

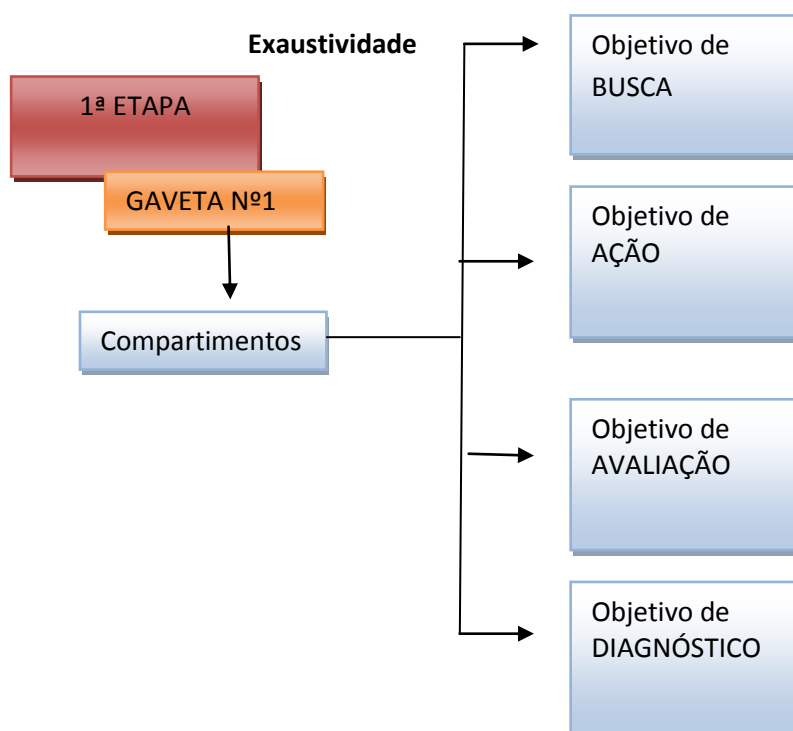
**Esquema 1 – Organização da ANÁLISE**



### A) 1º Etapa - Gaveta 1: Objetivos

A Gaveta 1 foi destinada a conter informações sobre os 41 objetivos. Este processo foi promovido, a princípio, a partir de recorte e colagem, seguido de leitura para identificar a intencionalidade contida nos textos. Foram encontradas quatro intencionalidades relacionadas com os objetivos. Assim, as categorias **busca**, **ação**, **avaliação** e **diagnóstico** dividiram a gaveta 1 em quatro compartimentos, representados no diagrama 1 abaixo:

Diagrama 1- OBJETIVOS



Posteriormente, foi utilizada uma cor para cada uma das quatro intencionalidades destacadas no texto dos objetivos (Figura 4 e Quadro 4). Explicitamos abaixo cada uma delas:

- **Compartimentos da Gaveta 1**

No 1º Compartimento foram guardados os objetivos com intencionalidade de busca. Estas informações foram destacadas no texto pela cor vermelha.

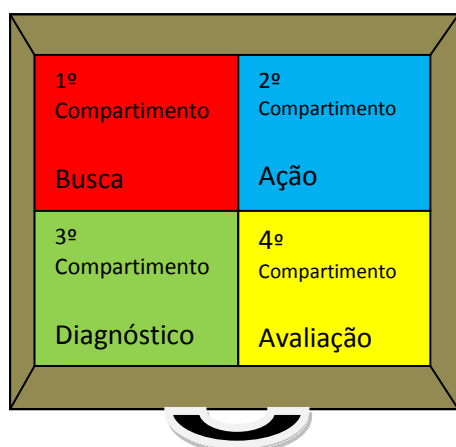


No 2º Compartimento foram guardados os objetivos com intencionalidade de ação, destacados no texto pela cor azul.

No 3º Compartimento foram alocados os objetivos com intencionalidade de avaliação. As informações que referiram esta intenção foram destacadas no texto pela cor amarela.

No 4º Compartimento foram guardadas as informações referentes aos objetivos com intencionalidade de diagnóstico, destacadas no texto pela cor verde.

Figura 4- Representação dos compartimentos da Gaveta 1- Intencionalidade dos objetivos



Quadro 2- Recorte e colagem da Gaveta 1: Informações destacadas nos objetivos

Nº	Objetivos
01	<b>Examinar</b> os efeitos da equipe de enfermagem na ocorrência de eventos adversos. E avaliar a correlação dos eventos adversos com morbidade, mortalidade e custos hospitalares
2	<b>Avaliar</b> como as escalas de risco podem ser utilizadas para identificar quais os clientes que comumente desenvolvem UP
3	<b>Investigar</b> quais fatores das características dos clientes, estratégias de prevenção, indicadores de qualidade de estrutura utilizada pelas instituições e divisões podem explicar o aparente declínio da prevalência de UP, de 2001 a 2008.
4	<b>Revisar</b> sistematicamente as evidências científicas das intervenções de prevenção de UP.
5	<b>Examinar</b> e sintetizar estudos sobre uso de colchão de alternância de ar como medida preventiva para UP.
6	<b>Avaliar</b> o conhecimento e uso de um sistema atual de comunicação de incidentes e identificar os fatores de inibição de comunicado de incidentes em hospitais.

7	<b>Avaliar</b> as evidências de quais medidas das superfícies de alívio de pressão - tais como almofadas, camas, colchões, sobreposições e substituições de colchão - podem reduzir a incidência de úlceras de pressão em comparação com superfícies de suporte padrão.
8	<b>Estimar a extensão</b> , prevenção e consequências de EA em pessoas idosas e pessoas não idosas.
9	<b>Estimar a extensão</b> , prevenção e consequências de EA em pessoas idosas e pessoas não idosas.
10	<b>Determinar a associação</b> entre diagnóstico de esquizofrenia e evento adverso durante hospitalização não-psiquiátrica.
11	<b>Investigar</b> a incidência de UP em clientes com fratura de quadril no período de 1997 a 1999; estudar as alterações de rotinas de enfermagem e tratamento durante o mesmo período e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão.
12	<b>Determinar se existem diferenças</b> raciais na frequência de eventos adversos estudados na segurança do cliente.
13	<b>Determinar se existem diferenças</b> raciais na frequência de eventos adversos estudados na Segurança do cliente.
14	<b>Desenvolver e testar o programa</b> de segurança do cliente simultaneamente em hospitais e asilos.
15	<b>Sintetizar a existência de evidência baseada</b> em pesquisa sobre prevenção de UP, descrever os fatores de risco para o desenvolvimento de UP em clientes queimados, prover recomendações das melhores práticas baseadas em pesquisas e estimular a realização de pesquisa sobre o cuidado de clientes queimados.
16	<b>Explorar a relação</b> entre as características da equipe de enfermagem e resultados assistenciais: UP, queda de cliente, pneumonia, sepses, trombose venosa profunda, hemorragia gastrointestinal.
17	<b>Examinar</b> a relação entre PSIs e selecionar medidas de qualidade hospitalar.
18	<b>Realizar uma análise</b> crítica dos estudos empíricos que relacionam equipe de enfermagem, queda e úlcera por pressão.
19	<b>Obter um panorama</b> da incidência, causa e consequência das UPs e avaliar o valor do registro de úlcera por pressão ao avaliar a qualidade do atendimento.
20	<b>Analisar a associação</b> entre a ocorrência de UP e fatores de risco individuais e indicadores de qualidade em hospitais e asilos na Holanda e Alemanha.
21	<b>Avaliar o perfil</b> e o processo de cuidado em clientes hospitalizados com risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, através do Sistema de Indicador de Qualidade de Assistência (previsão de UP e módulo de prevenção).
22	<b>Verificar as evidências</b> do cuidado de enfermagem na incidência de UP no cliente de UTI através da aplicação da aplicação de recomendações terapêuticas propostas na escala de Braden.
23	<b>Avaliar a qualidade</b> da assistência para idosos vulneráveis hospitalizados utilizando os Indicadores de Qualidade(IQ) da <b>Avaliação</b> de Cuidados de Idosos Vulneráveis (ACOVE).
24	<b>Identificar a percepção</b> dos resultados assistenciais adversos correlacionada com a carga de trabalho da enfermagem.
25	<b>Avaliar</b> os principais resultados (incidência de EA) correlacionados com efeitos favoráveis aos cuidados preventivos.
26	<b>Determinar a prevalência</b> de UP em clientes adultos hospitalizados; descrever as características das lesões e correlacioná-las com tipos de colchões utilizados com a incidência das lesões.
27	<b>Identificar os tipos mais</b> comuns e as principais causas de EA em hospitais da Jordânia através das perspectivas da enfermagem e estimar a frequência desses eventos.
28	<b>Examinar a relação</b> entre porte hospitalar e tipo de UTI com a prevalência de UP, infecção por cateter vascular e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV).
29	<b>Identificar a incidência</b> e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de UP

	em cliente com estado de saúde crítico.
30	<b>Avaliar a associação</b> entre o uso de caminhos clínicos para fratura de quadril e as mudanças nas taxas de cinco complicações hospitalares e mortalidade em curto prazo.
31	<b>Realizar uma revisão sistemática</b> para determinar a eficácia do uso de escalas de avaliação de risco para prevenção de úlcera de pressão na prática clínica, o grau de validação de escalas de avaliação de risco e a eficácia das escalas de avaliação de risco como indicadores de risco de desenvolver uma úlcera de pressão.
32	<b>Descrever uma metodologia</b> para determinar a prevalência e incidência de úlceras de pressão para mensurar com precisão a eficácia das intervenções preventivas.
33	<b>Avançar o trabalho dos Indicadores</b> de Segurança e Qualidade(QIs) através da avaliação da pertinência e sensibilidade da enfermagem para o ANA( <i>American Nurse Association's</i> ). Checar QIs e as instalações da LTC (cuidados em longo prazo).
34	<b>Identificar os quantitativos</b> e qualitativos dos toques feitos para evitar escaras, descrever como o cuidado de enfermagem é feito e as respostas da (o) enfermeira (o) e do cliente, além de analisar os dados encontrados a partir do referencial escolhido.
35	<b>Examinar a relação entre</b> as categorias profissionais da equipe de enfermagem com as taxas de resultados adversos em nível hospitalar
36	<b>Descrever as estratégias</b> de prevenção utilizadas, descrever os tipos de medidas de processo e resultados relatadas, examinar os efeitos das intervenções dos resultados
37	<b>Analisar a utilização</b> do Boletim de Notificação de Eventos Adversos como meio de comunicação entre os profissionais de Enfermagem e sua direção e identificar a frequência, tipo, natureza e período dos eventos e incidentes.
38	<b>Identificar os riscos</b> notificados em uma instituição pública e conhecer os principais riscos dos clientes na opinião dos enfermeiros.
39	<b>Identificar as principais</b> iatrogenias de enfermagem em idosos
40	<b>Discutir os EAs ocorridos</b> com clientes durante a internação hospitalar quanto a sua natureza e frequência, registrados no cotidiano da assistência de enfermagem, por meio de notificação espontânea, em um hospital geral de médio porte.
41	<b>Avaliar a proporção</b> de clientes com UP nasais e estudar os fatores de risco e as variáveis preditivas.

**Obs:** Em várias ocasiões os verbos se misturam como complemento de uma primeira intencionalidade.

## B) 2ª Etapa – Gaveta 2: Detalhamento metodológico

O mesmo procedimento foi adotado neste estágio: cortar e colar os detalhamentos metodológicos (APÊNDICE 3), retirando deles a opção metodológica, o número de participantes e pesquisadores e o local de estudo.

Depois de uma leitura inicial dos textos recortados e colados, seis temas principais de interesse foram identificados : métodos de pesquisa empregados, cuidados de enfermagem na prevenção de UP; características dos hospitais, perfil dos clientes; doenças que se relacionam a UP/EA e comunicação. Esses temas formaram os seis compartimentos da gaveta 2. Para cada tema foi utilizada uma cor com a finalidade de destacar as informações

encontradas no texto. Posteriormente, os dados foram colocados em um dos seis compartimentos da gaveta.

- **Compartimentos da Gaveta 2**

No 1º Compartimento da gaveta 2 foram guardadas as informações referentes aos métodos de pesquisa empregados nos 41 estudos.

No 2º Compartimento (ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO) foram colocados os temas de interesses específicos da enfermagem que envolvem tempo de horas de cuidados, cuidados básicos e de internação, roupa, colchão, umidade e conforto. Estas informações foram destacadas no texto pela cor vermelha.

No 3º compartimento (EA e sua relação com as DOENÇAS e CONDIÇÕES DOS CLIENTES) foram guardadas informações sobre elementos de interesses gerais, os quais envolvem epidemiologia, indicadores, doenças, qualidade dos serviços e dos profissionais, gestão. Estas informações foram destacadas no texto pela cor amarela.

No 4º compartimento buscaram-se guardar informações sobre perfil dos clientes, suas características, estrutura hospitalar, tempo de internação, custo, doenças. Estas informações foram destacadas no texto pela cor verde.

No 5º compartimento foram guardadas informações responsáveis pelo desenvolvimento dos eventos adversos, medicamentos, medidas de prevenção, complicações, quadros clínicos, tipos de colchões. Estes dados foram destacados no texto pela cor roxa.

No 6º compartimento foram guardadas informações sobre medidas de tratamento, avaliação de risco, comissões, diagnósticos, prevenção e doenças. Estas informações foram destacadas no texto pela cor azul.

Diagrama 2- DETALHAMENTO METODOLÓGICO

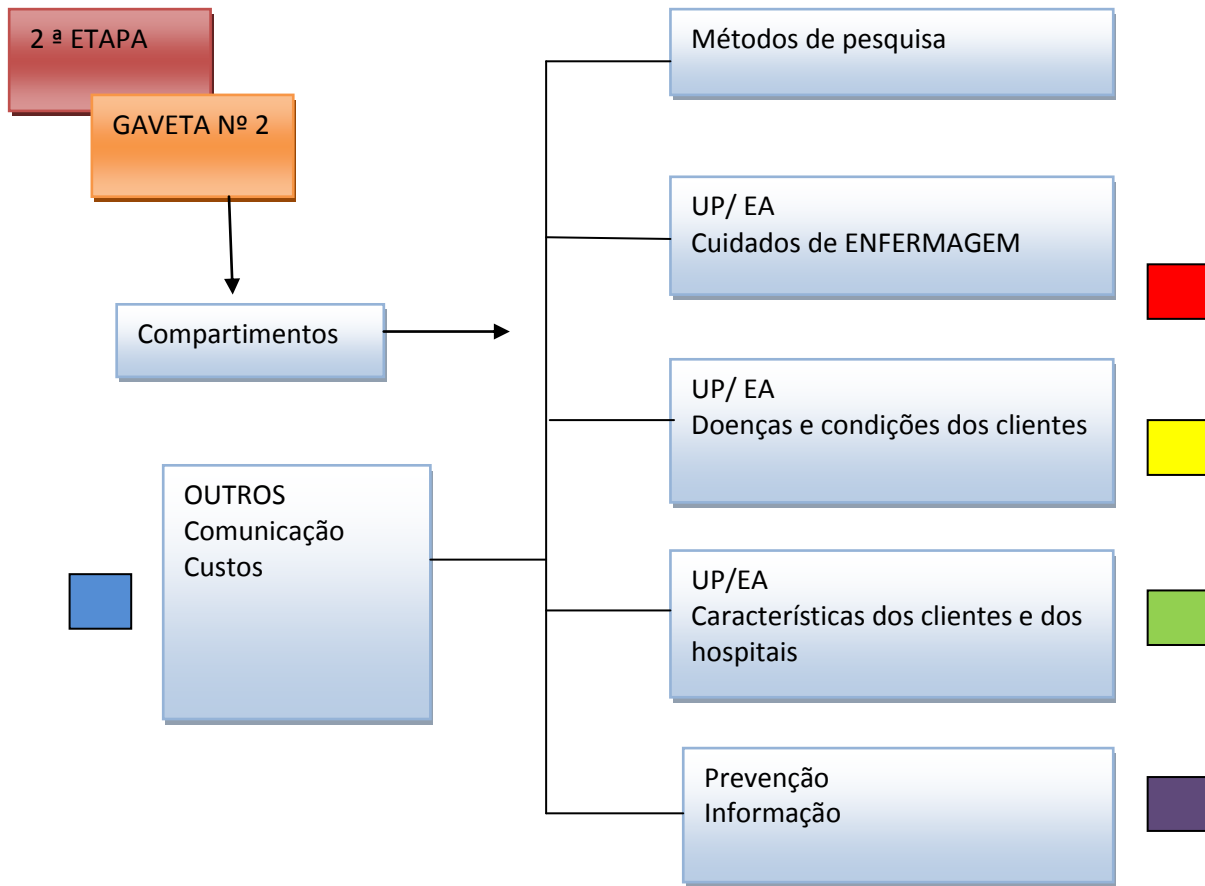
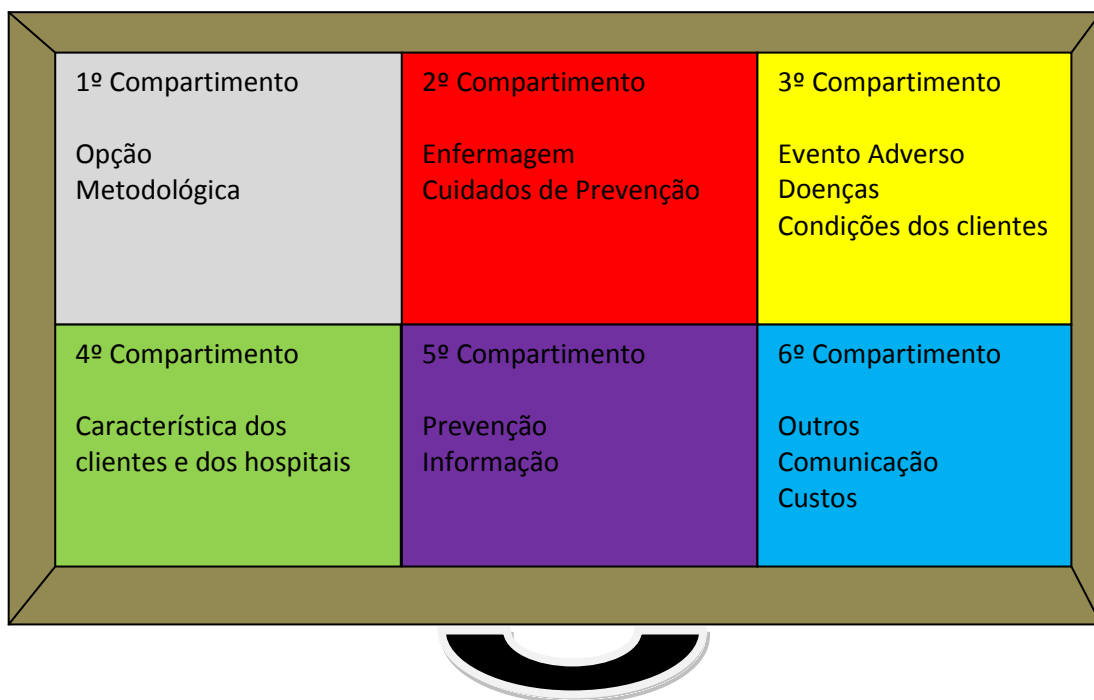


Figura 5 – Representação dos compartimentos da Gaveta 2 – Detalhamento metodológico



### C) 3º Etapa – Gaveta 3: Resultados

Após o procedimento supracitado de recorte e colagem, a gaveta 3 armazenou os temas contidos nos resultados, destacando-se as temáticas sobre UP e EA. Foram constituídos, assim, três compartimentos.

- **Compartimentos da Gaveta 3**

No 1º Compartimento foram guardadas as informações relacionadas com os cuidados/ intervenção de enfermagem de prevenção ou não de UP. Estas informações foram destacadas no texto pela cor vermelha.

No 2º Compartimento foram guardadas as informações sobre registro e comunicação de EA e UP, destacadas no texto pela cor roxa.

Já ao terceiro compartimento foi destinada tarefa de abrigar subsídios sobre o desenvolvimento de UP e sua relação com o aumento do tempo de internação, uso de escalas de avaliação de risco para UP e outras tecnologias utilizadas no cuidado de enfermagem. Estas informações foram destacadas no texto pela cor verde.

Diagrama 3 – RESULTADOS

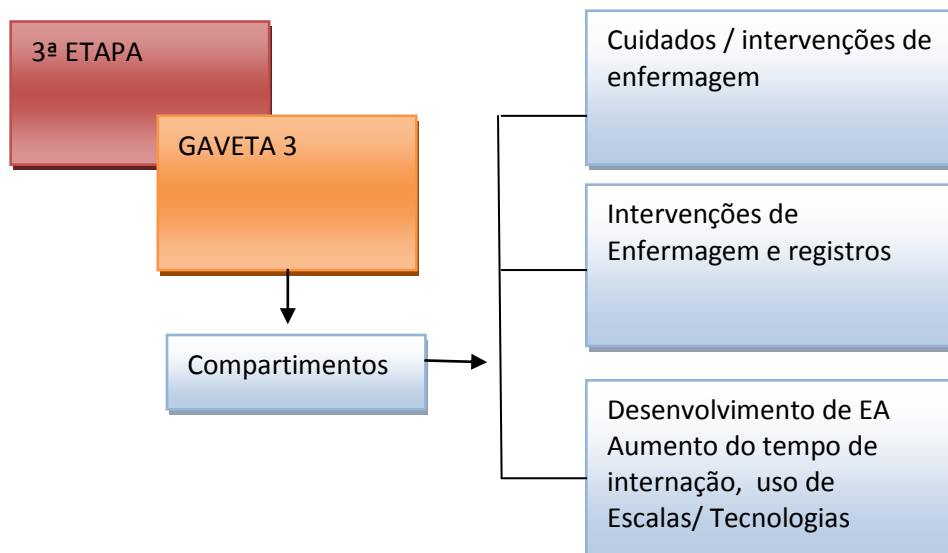
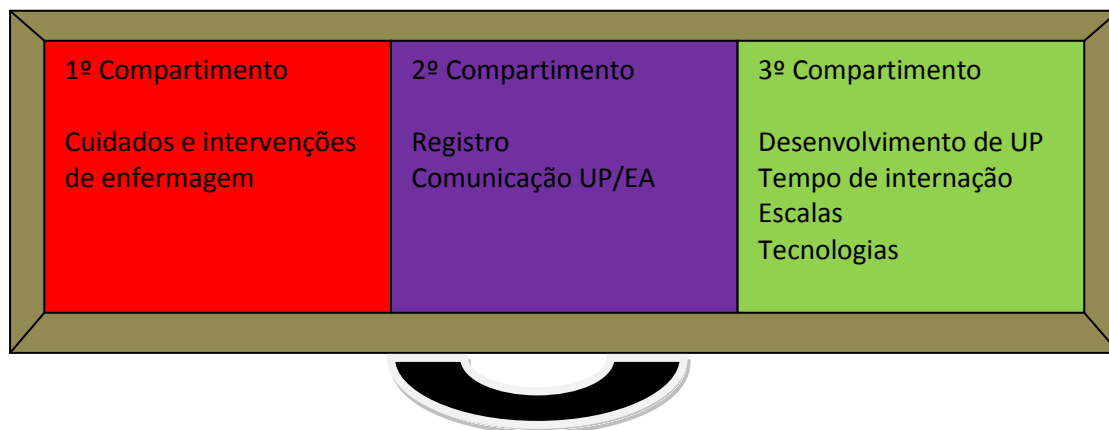


Figura 6 – Representação dos compartimentos da Gaveta 3 - Resultados



#### D) 4º Etapa – Gaveta 4: Conclusões

A última gaveta desenvolvida foi a de número 4. Após o procedimento de recorte e colagem dos textos, sobre as conclusões dos 41 estudos selecionados, esta gaveta abrigou informações sobre segurança do paciente, aspectos relacionados aos profissionais e instituições, eficiência/ eficácia dos cuidados/intervenções de enfermagem, tecnologias e tempo. Não houve o uso de cores específicas para cada informação buscada. Por isso, esta gaveta foi composta por apenas 1 compartimento

Diagrama 4- CONCLUSÕES

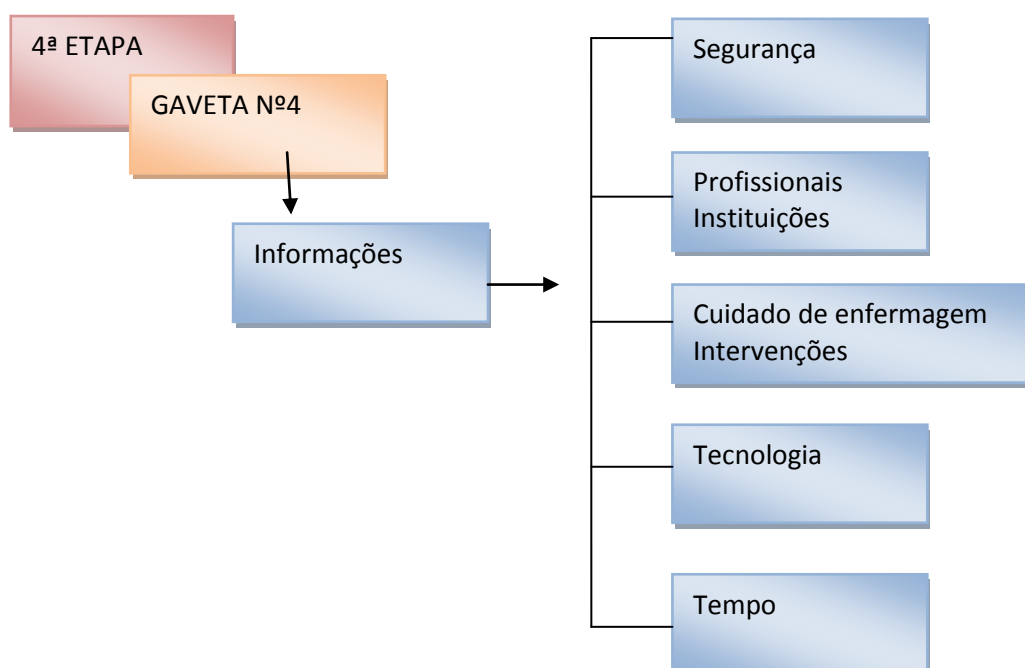
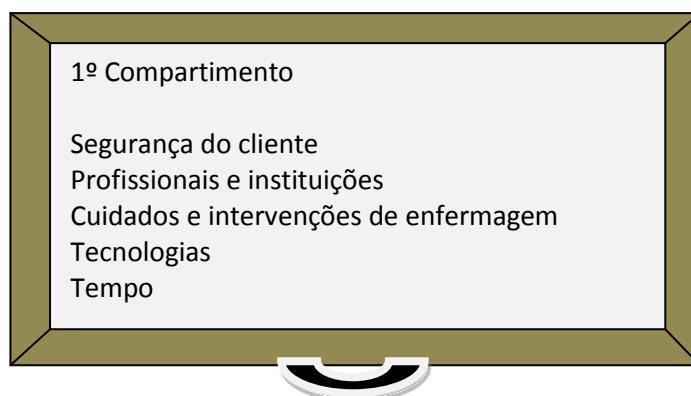


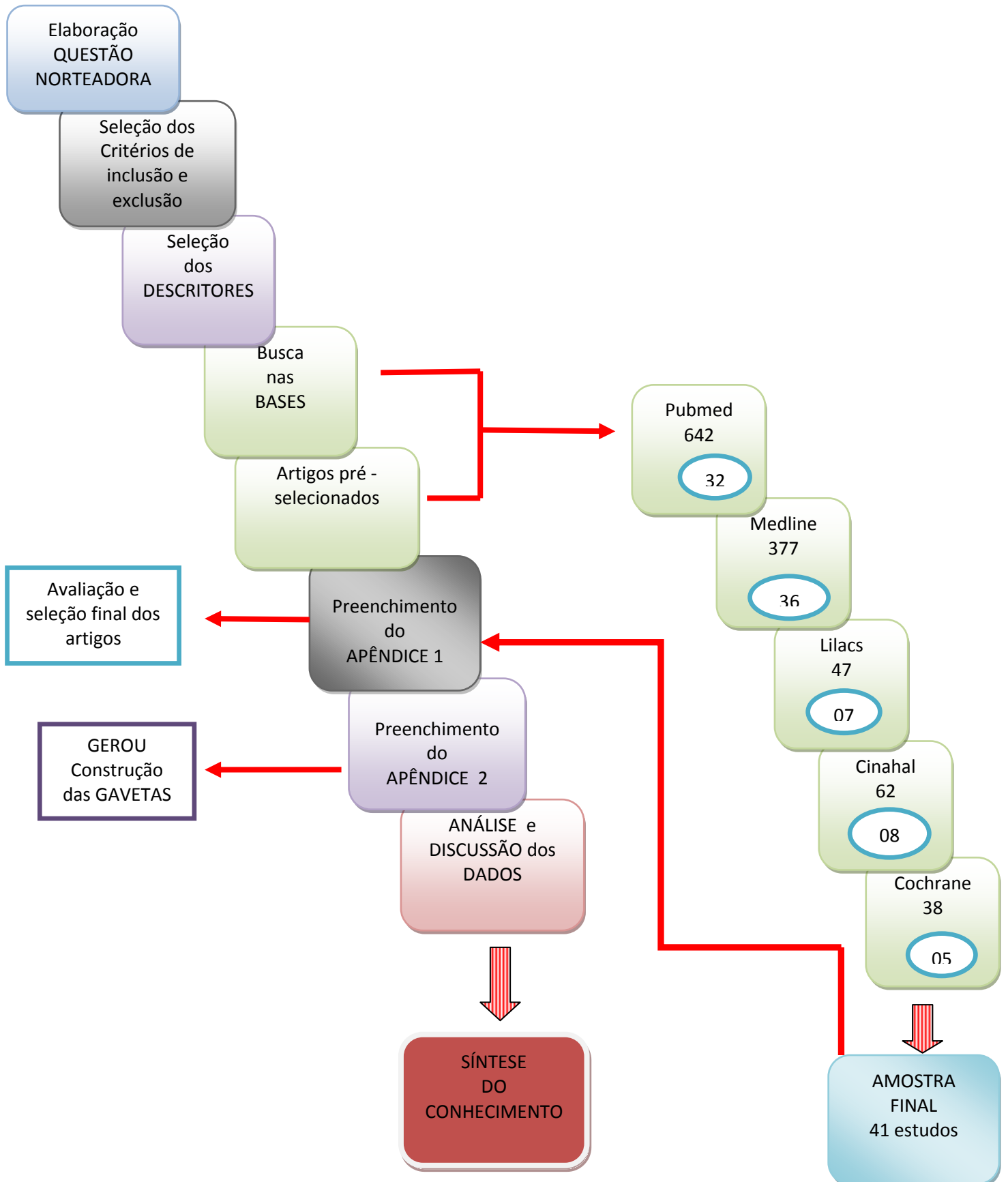
Figura 7- Representação dos compartimentos da gaveta 4 - Conclusões



Como já mencionado no início deste capítulo, dedicado ao caminho metodológico adotado, as fases metodológicas desta revisão integrativa foram adaptadas a fim de minimizar a heterogeneidade dos métodos empregados e extrair, ao máximo, informações dos estudos selecionados. As fases estão devidamente descritas no esquema abaixo (Esquema 1- Representação das fases metodológicas do estudo):



Esquema 2- Representação das fases metodológicas do estudo



## *Resultados e Discussão*

#### 4.1 – PANORAMA DAS PUBLICAÇÕES

Para chegar até aqui foi necessário aprender a vencer desafios sobre o conhecimento do método e da linguagem do trabalho estatístico. Só assim foi possível compreender os dados coletados. Este estudo, portanto, é uma (re) leitura de posições já assumidas em cada um dos 41 estudos. É preciso, sabemos, ter um olhar cuidadoso ao analisar pesquisas realizadas por outros autores. Não podemos esquecer que, ao interpretar os dados, o pesquisador ou pesquisadores apresentam-se subjetiva e concretamente diante de cada um deles.

Nesta revisão integrativa, a amostra final foi de 41 publicações, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Procedeu-se, dessa forma, a leitura dos textos e o preenchimento do instrumento de coleta de dados. As publicações em questão foram organizadas primeiramente como o título e o número de identificação (Quadro 3). Num segundo momento elas foram organizadas no quadro abaixo reproduzido (Quadro 4) com informações sobre ano de publicação, país de origem, idioma, instituição sede do estudo, periódico, delineamento metodológico.

Quadro 3- Título da publicação e número de identificação do estudo

Nº do estudo	Título
1.	The effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Mortality, and Medical Cost
2.	Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcer
3.	Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospital since 2001
4.	Preventing pressure ulcers: a Systematic review
5.	Alternating pressure air mattresses as prevention for pressure ulcers: a literature review
6.	Support surfaces for pressure ulcer prevention
7.	Attitudes and barriers to incidence reporting: a collaborative hospital study
8.	Fatores de risco para úlcera por pressão: subsídios para a prevenção
9.	Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people: results of a retrospective case-note review
10.	National estimates of adverse events during nonpsychiatric hospitalizations for persons with schizophrenia

11.	Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals
12.	Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators
13.	Racial disparities in the frequency of patient safety events
14.	The design of SAFE or SORRY? Study: a cluster randomised trial on the development and testing of evidence based inpatient safety program for the prevention of adverse events
15.	Review of evidenced – based practice for the prevention of pressure sores in burn patients
16.	The relationship between nurse staffing and patient outcomes: A case study
17.	Are patient safety indicators related to widely used measures of quality?
18.	Are patient falls and pressure ulcers sensitive to nurse staffing?
19.	Assessment of incidence, cause, and consequences of pressure ulcers to evaluate of provide care
20.	Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between Netherlands and Germany – adjusted for personal risk factors and institucional quality indicators
21.	Quality of care for hospitalized medicare patients at risk for pressure ulcers
22.	Aplicando recomendações sobre a escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem
23.	Using assessing care vulnerable elders quality indicators to measure quality of hospital care vulnerable elders
24.	Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses workload in medical and surgical wards of selected hospitals in kuait
25.	The SAFE or SORRY? Programme. Part II: Effect on preventive care
26.	Estudio de prevalencia del efecto adverso de úlceras por presión en um hospital de agudos
27.	Adverse event in Jordanian hospitals: types and causes
28.	The relationship between hospital size and ICU type on select adverse patient outcomes
29.	Incidencia y factores de riesgo en relación las úlceras por presión em enfermos críticos
30.	The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fractures: a meta-analysis of clinical phathways for hip fracture
31.	Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review
32.	Measuring the prevalence and incidence of pressure sores
33.	ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities
34.	O toque no corpo e a prevenção de escaras
35.	Nurse-Staffing levels and the quality of care in hospitals
36.	Preventing pressure ulcers in hospitals: a systematic review of nurse-focused quality improvement interventions
37.	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem
38.	Identificando os riscos do paciente hospitalizado
39.	Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados
40.	Eventos adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial de enfermagem
41.	Sondas endonasales como causa de las úlceras por pression em el paciente crítico

Quadro 4- Características dos estudos quanto ao ano de publicação, periódico, idioma, instituição sede do estudo e delineamento metodológico.

Número	Ano de publicação	País de Origem	Idioma	Instituição Sede	Periódico	Delineamento Metodológico
1.	2003	USA/ Korea	Inglês	Hospital	Nursing Research	Observacional
2.	2002	Holanda	Inglês		British Medical Journal	Coorte
3.	2011	Alemanha	Inglês	Hospital	Journal of wound care	Observacional retrospectivo
4.	2006	Canadá	Inglês		Journal of the American Medical Association	Revisão sistemática
5.	2007	Bélgica	Inglês		International Journal of Nursing Studies	Revisão sistemática
6.	2009	-	Inglês		The Cochrane Library	Revisão sistemática
7.	2006	Austrália	Inglês	Hospital	Quality and Safe Health Care	Observacional
8.	1999	Brasil	Português	Hospital Universitário	Revista da Escola de Enfermagem USP	
9.	2008	Iran	Inglês		Age and Ageing / Oxford Journal	Caso- controle
10.	2010	USA	Inglês	Hospital Psiquiátrico	General Hospital Psychiatry	Comparativo
11.	2002	USA	Inglês	Hospital	Medical Care	
12.	2001	Suíça	Inglês	Hospital Universitário	International Journal for Quality in Health Care	Quase experimental
13.	2011	USA	Inglês	Hospital	Medical Care	Caso Controle
14.	2009	Holanda	Inglês	Hospital/ Asilos	BMC Health Services Research	Avaliativa
15.	2004	USA	Inglês	-	Journal of Burn Care & Rehabilitation	Revisão literatura
16.	2009	Inglaterra	Inglês	Hospital	International Journal of Nursing Studies	Estudo de caso
17.	2008	USA	Inglês	Hospital	Journal of General Internal Medicine	
18.	2006	USA	Inglês		Western Journal of Nursing Reserch	Revisão bibliográfica
19.	2009	Holanda	Inglês	Hospital Universitário	Dermatologic Surgery	Observacional/ prospectivo
20.	2009	Alemanha	Inglês	Hospital/ Asilo	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Observacional/ transversal
21.	2001	USA	Inglês	Hospital	Archives of Internal Medicine	coorte
22.	2006	Brasil	Português	Hospital Universitário	Revista Brasileira de Enfermagem	Observacional/ Transversal
23.	2007	USA	Inglês	Hospital Universitário	Journal of American Geriatrics Society	Coorte
24.	2008	Kuwait	Inglês	Hospital	Journal of Clinical Nursing	Transversal
25.	2011	Holanda	Inglês	Hospital/ Asilo	International Journal of Nursing Studies	Transversal
26.	2010	Espanha	Espanhol	Hospital	Enfermeria Clinica	Transversal
27.	2010	Jordania	Inglês	Hospital	International Journal of Nursing Practice	
28.	2010	USA	Inglês	Hospital	Hospital Topics	Descritivo/ Transversal
29.	2009	Colombia	Espanhol	Hospital	Medicina Intensiva	Prospectivo/ observacional
30.	2009	USA/ Austria	Inglês	-	Journal of American Geriatrics Society	Meta-análise
31.	2005	Espanha	Inglês		Journal of Advanced Nursing	Revisão sistemática
32.	1993	USA	Inglês	-	British Journal of Nursing	Revisão bibliográfica

33.	2003	USA	Inglês		Journal of Nursing Care Quality	Descritivo/ Transversal
34.	1996	Brasil	Português	Unidade Reabilitação	Revista Enfermagem UERJ	Estudo de Caso
35.	2002	USA	Inglês	Hospital	New England Journal of Medicine	Transversal/ Caso controle
36.	2011	-	Inglês	-	The Join Comission Journal on Quality and Patient Safety	Meta-análise
37.	2010	Brasil	Português	Hospital Universitário	Revista da Escola de Enfermagem USP	Transversal/Des critivo
38.	2008	Brasil	Português	Hospital	Einsten	Retrospectivo/ Descritivo
39.	2009	Brasil	Português	Hospital Universitário	Revista da Escola de Enfermagem USP	Transversal
40.	2010	Brasil	Português	Hospital Universitário	Cuidarte Enfermagem	Transversal
41.	2008	Espanha	Espanhol	Hospital	Enfermeria Clínica	Observacional

Embora muitos estudos sobre UP já tenham sido publicados, pode-se observar que o olhar na UP, enquanto evento adverso, passou a ganhar destaque nos últimos seis anos. Quanto a ano de publicação, então, 30 estudos (73%) foram publicados de 2006 a 2011; 08 estudos (20%) foram publicados no período 2001/ 2005; 02 estudos (5%) disponibilizados no recorte temporal 1996/2000 e somente 01 estudo (2%) foi publicado antes de 1996.(Gráfico-1)

Esse crescimento exponencial de publicações pode estar relacionado com o fato das pesquisas sobre erro e lesões iatrogênicas serem recentes. Segundo Vincent, até 1990 a Medline, um dos principais bancos de dados *on line*, não tinha nenhum descritor para erro médico. Dez anos depois, em 2000, uma edição inteira foi dedicada ao tema pelo *British Medical Journal*. A publicação contribuiu de forma significativa ao destacar a discussão sobre segurança do cliente no meio científico. “Além disso, foram divulgadas políticas de saúde direcionando a atenção dos profissionais para esta temática, como a campanha denominada “*Protecting 5 millions from harm*”, realizada pelo IHI em 2006 (VINCENT,2009).

Gráfico -1 Ano de publicação dos estudos

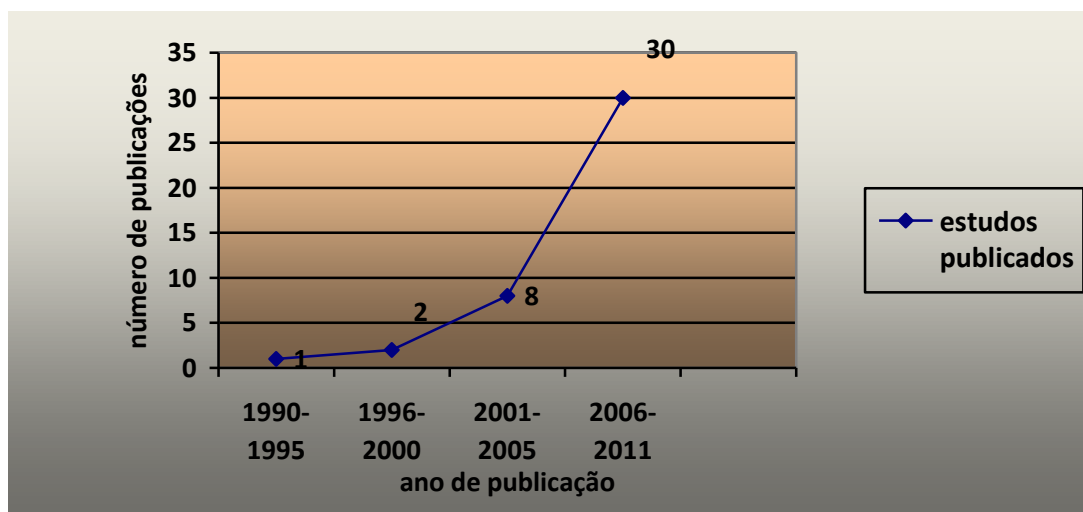
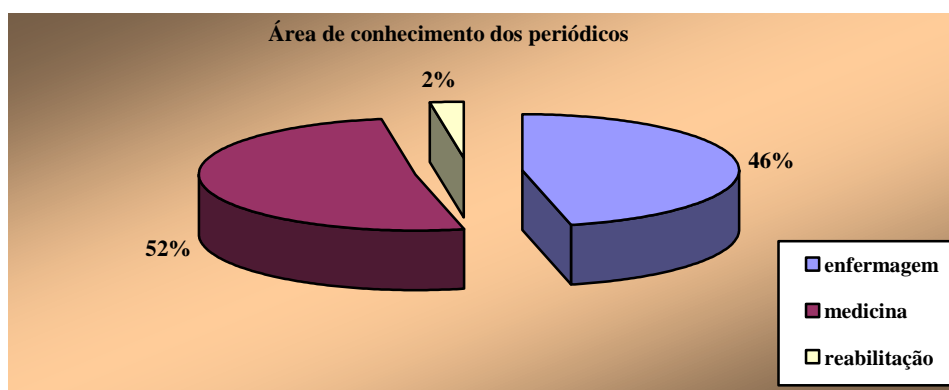


Gráfico 2- Distribuição dos estudos segundo a área de conhecimento dos periódicos

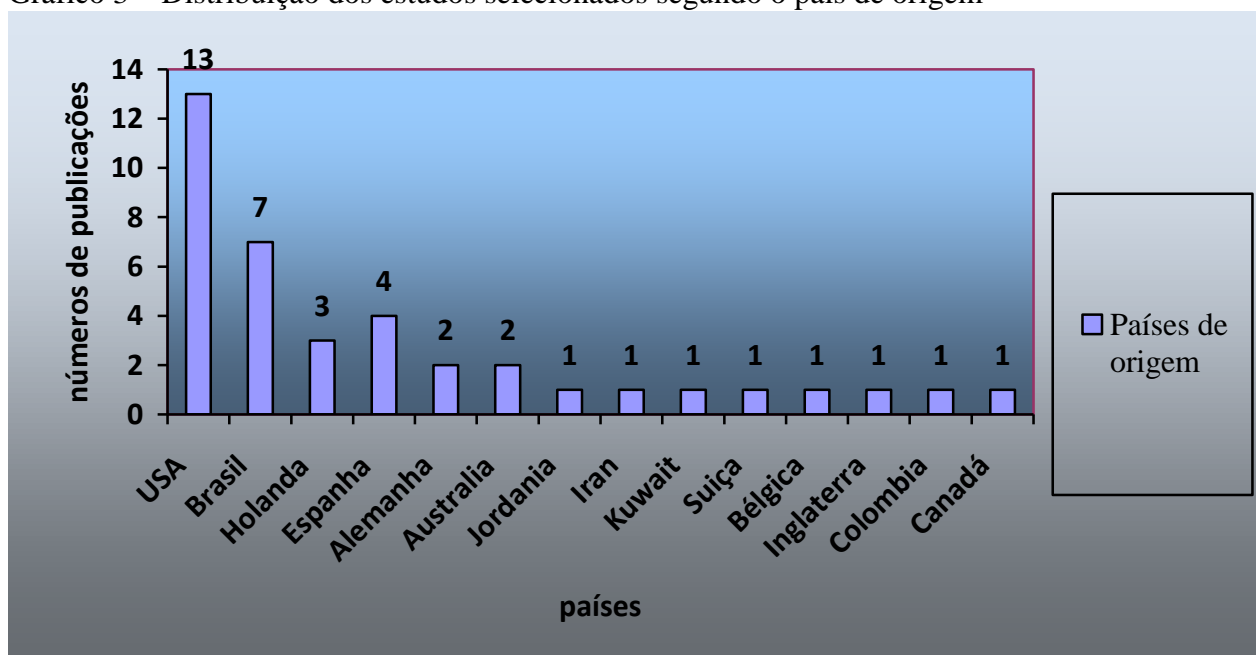


Em relação à área de conhecimento, 19 publicações (46%) foram da área de enfermagem, 21 (52%) da medicina e apenas 01 (2%) da área de reabilitação. A UP é uma preocupação antiga da enfermagem. Na medida em que abrimos o leque e ampliamos nosso olhar sobre ela, considerando-a como um evento adverso, iatrogenia, dano ou indicador de qualidade, percebemos que este tipo de lesão vem sendo investigada também por outras áreas de conhecimento. (Gráfico 2)

Apesar de a medicina ter sido a área de conhecimento com o maior número de publicações científicas, cabe destacar a expressiva produção de pesquisas realizadas pela

enfermagem, principalmente quando se considera a trajetória histórica bem mais recente desta com a medicina. Este enfoque nos permite dizer que apesar de a enfermagem ser uma profissão recente, a expressividade de sua produção científica demonstra sua preocupação em buscar, por meio do emprego de métodos científicos, respostas para os questionamentos provenientes de sua prática. Essa postura, seguramente, contribui para a construção de uma enfermagem enquanto ciência.

Gráfico 3 – Distribuição dos estudos selecionados segundo o país de origem



Com relação ao país de origem e ao idioma, 7 (17%) publicações são brasileiras, 13(31 %) americanas, 04 (10%) espanholas, 03(8%) holandesas, 02 (5%) alemãs e outras 02 (5%) australianas. Os países seguintes são responsáveis, cada um deles, por 01 (2%) publicação: Jordânia, Iran, Kuwait, Suíça, Bélgica, Inglaterra, Colômbia e Canadá. (Gráfico - 3)

#### 4.2 – A UP e a segurança do cliente

Os dados extraídos dos 41 estudos selecionados foram interpretados e nos permitiram chegar a conclusões a partir de experiências e interesses sobre o tema ÚLCERA POR



PRESSÃO. O assunto UP foi acrescido de novas questões sobre EVENTO ADVERSO E PREVENÇÃO.

Para trabalhar as informações dali extraídas e discorrer sobre UP empregamos palavras e/ou termos usados nos estudos. Entre eles estão incidente, indicador de qualidade, evento, eventos adversos, indicador de segurança do paciente, complicação hospitalar e iatrogenia.

As palavras colocadas pelos autores dos estudos selecionados nos leva a pensar que a UP é vista como uma lesão que indica como o processo de cuidar é circunscrito de riscos que podem gerar danos. E esses riscos devem ser prevenidos. A UP, portanto, nos remete a uma ideia ou impressão de má qualidade do cuidado prestado.

O uso dos descritores sobre dano, qualidade e segurança associados à UP e enfermagem geraram resultados quantitativamente discrepantes nas bases de dados pesquisadas neste estudo. A Pubmed e Medline foram as páginas digitais com maior número de publicações encontradas, enquanto a Lilacs foi a base de dados com menor número de publicações sobre a temática aqui discutida. É bom destacar que estas bases de dados possuem publicações no mundo todo. Os países do continente americano (EUA e Brasil) destacaram-se na produção do conhecimento sobre a relação da UP como Evento Adverso.

Esperava-se no início desta pesquisa que o inglês seria o idioma predominante devido às bases de dados selecionadas. A previsão foi confirmada já que 75% dos 41 estudos foram publicados no idioma inglês. Isso demandou uma trabalhosa tarefa de tradução da língua inglesa para o português.

Um dos aspectos relevantes da produção do conhecimento foi a presença da medicina como a principal área de conhecimento responsável pela publicação de artigos que investigam a UP. O fenômeno demonstra que a UP não é mais entendida como um

“problema da enfermagem” e passou a ser considerada um desafio de todos os profissionais de saúde.

A prevenção de UP é realmente um desafio. Mesmo com o emprego das medidas preventivas a taxa de prevalência dela variou entre 3,4% e 30,8%. A taxa de incidência, por sua vez, esteve entre 2,7% e 26,8% quando consideramos os clientes adultos hospitalizados. Dos estudos selecionados, destaca-se uma investigação sobre o levantamento da taxa de prevalência em 63,336 clientes internados em hospitais da Holanda no período de 2001 a 2008. Amir acrescenta que em 2001 a prevalência foi de 8,5% e o percentual foi reduzido para 3,4% com a implementação de medidas que enfatizavam as estratégias de prevenção (AMIR, 2011).

O estadiamento das lesões mais encontrado nos resultados foi a UP classificada como estágio II. Já a região sacra foi a área anatômica com a maior taxa de incidência, atingindo até 60% de todas as lesões desenvolvidas (SANTOS,2006).

Para que medidas preventivas sejam estabelecidas é necessário, antes de tudo, CONHECER quais situações e características tornam os clientes vulneráveis para o desenvolvimento de UP.

O avançar da *idade* tem como consequência inevitável o envelhecimento do corpo, que torna a pele mais vulnerável ao desenvolvimento de UP. O envelhecimento cutâneo reduz a capacidade de regeneração e reparação da pele, a produção de colágeno e elastina pelos fibroblastos. Essa carência reduz a capacidade elástica e plástica da pele. Essa parte do corpo fica fragilizada diante das agressões que sofre quando, por exemplo, um cliente é arrastado pela cama. Esses aspectos do envelhecimento talvez possam justificar os dados encontrados na pesquisa realizada por Cho, Sung – Hyun, et al (2003). Eles analisaram os Dados Financeiros Hospitalares produzidos pelo Serviço da Califórnia (EUA) de 124.204 clientes e identificaram a influência da idade dos clientes na ocorrência de EA. Segundo

SARI, A.B.et al.(2008), a idade dos clientes foi associada a um aumento de 3% Odds Ration para ocorrência de EA para cada ano vivido. Na pesquisa supracitada, a auditoria de 332 registros de enfermeiros e médicos, treinados para detectar a ocorrência de EA, identificou a ocorrência de UP em 9,3% dos clientes idosos (maiores de 65 anos) e 3,8% em não idosos.

Sabemos que a **raça** da população pode ser um fator predisponente para algumas patologias, como por exemplo, a hipertensão arterial que é mais comum em negros. Com relação a UP, Moro *et al.*,2007 afirma que a prevalência das lesões é menor em pessoas negras. Dos 41 estudos selecionados, apenas um analisou as disparidades raciais relacionadas com a ocorrência de EA. Neste estudo, explica Metersky, não foram verificada diferenças raciais para o desenvolvimento de UP entre 102.511 clientes investigados (METERSKY, M. L. *ET AL.*, 2011)

Além da raça, dois estudos apresentaram resultados relacionados às questões de gênero. Os trabalhos indicaram que o sexo feminino é mais vulnerável ao desenvolvimento de UP. Os fatores que talvez expliquem essa vulnerabilidade seriam a influência das mudanças hormonais ocorridas com o envelhecimento e a impossibilidade do uso de dispositivos com sistemas abertos para a coleta de diurese, alternativa utilizada com clientes do sexo masculino (jontex®). (CHO, SUNG – HYUN, *ET AL.*, 2003; LARDENOYE, *ET AL.*, 2009)

**Situações cirúrgicas** também podem favorecer a ocorrência de UP. As lesões cutâneas foram mais frequentes em clientes com amputação por insuficiência vascular e submetidos a cirurgia de quadril (CHO, SUNG – HYUN, *ET AL.*, 2003;LARDENOYE, *ET AL.*, 2009 ). A escolha do tratamento, entre o clínico e o cirúrgico, assim como o **tipo de intervenção cirúrgica** pode estar relacionada com o aumento do **tempo do ato cirúrgico**, do **tempo de internação** ou do período de repouso. Neuman, *et al.* (2009) investigou, ao longo de nove estudos, os caminhos clínicos adotados em clientes com fratura de quadril (4.637

clientes). O autor constatou que os clientes que não utilizaram tratamento convencional tiveram menores chances de desenvolver UP (OR = 0,48 IC 95% = 0,30 – 0,75).

A *imobilidade* foi colocada como situação principal no estudo realizado por Lyder (2011). Ao avaliar os registros médicos de 1.803 clientes idosos que receberam cuidados clínicos em hospitais, ele encontrou 317 clientes que desenvolveram UP. E a imobilidade esteve presente em 66,9% da amostra. Além dos clientes acamados, as *queimaduras*, que requerem hospitalização, também contribuem para a ocorrência de UP, apresentando uma incidência entre 2,7% e 29,5% desta clientela. (GORDON; *ET al.*, 2004)

As *patologias psiquiátricas* geralmente não estão presentes nas escalas de avaliação de risco para UP. O uso de sedativos por este tipo de clientela geralmente está associado à necessidade de estabilização de suas faculdades mentais, de maneira que eles possam ser reabilitados para o convívio em sociedade. KHAYKIN, Elizabeth, et al.(2010) comparou a ocorrência de EA entre 37,092,651 hospitalizações não psiquiátricas, sem diagnóstico secundário de esquizofrenia, com 269,387 hospitalizações de clientes com diagnóstico secundário de esquizofrenia. A autora observou uma maior ocorrência de EA em clientes esquizofrênicos: UP (OR 1,43, 95% IC). A autora associou, no entanto, a vulnerabilidade da ocorrência de UP em clientes com esquizofrenia com a presença de outras co-morbidades.

Num esforço para detectar precocemente os clientes em situações de risco para desenvolver UP, foram elaboradas algo em torno de 40 escalas de avaliação de risco para UP.(DEALEY,2008). A escala de Braden foi citada em sete estudos, a Escala modificada de Gosnell em um estudo e as escalas de Norton e Waterlow em dois (2) estudos cada. Além desses dez (10) estudos, outros dois trabalhos utilizaram escalas de avaliação de risco para UP, mas não citaram o nome das escalas utilizadas.

A efetividade das escalas de Norton, Waterloo e Braden foi analisada em dois estudos, e ambos confirmam a ausência de evidência científica sobre a capacidade preditiva

das escalas. (SCHOOVEN, L. ET AL., 2002; PANCORBO – HIDALGO, ET AL., 2006). Entretanto, os resultados da revisão sistemática de 33 estudos sobre escala de avaliação de risco reportam a Escala de Braden com melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade. A Escala de Norton é classificada como de alta especificidade e a escala de Waterlow também. A sensibilidade vem a ser o percentual de clientes previstos para desenvolver UP e que as desenvolveram. Já a especificidade se refere ao percentual de clientes julgados sem risco de desenvolver UP e os que não as desenvolveram. (DEALEY, 2008). Todas as três, entretanto, foram mais eficientes em prever o risco de desenvolvimento de UP quando comparadas com o julgamento clínico do enfermeiro. (PANCORBO – HIDALGO, ET AL., 2006). Já o estudo de corte sobre a rotina do uso de escalas de risco para predição de UP, realizado com 135 clientes de dois hospitais de grande porte da Holanda, indicou que a maioria dos clientes com risco de desenvolver UP, de acordo com as escalas avaliativas, não recebeu cuidados preventivo. Enquanto isso, outros, sem risco, receberam cuidados de prevenção. (SCHOOVEN, L. ET AL., 2002)

Mesmo que o julgamento clínico não seja o método mais eficiente para avaliar o risco de desenvolvimento de UP, a experiência profissional e a habilidade técnica foram fatores não só atrelados com a ocorrência de EA, mas apontados, também, como uma das causas de ocorrência de EA. Essa evidência foi levantada junto a 66 enfermeiros da Jordânia (HAYAJNEH, Y., ET AL., 2010)

A **experiência profissional** também influenciou na frequência de notificação de EA. Um estudo realizado na Austrália avaliou o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde sobre a comunicação de incidentes. A amostra foi constituída por 186 médicos e 587 enfermeiros. De acordo com as respostas obtidas nos questionários, os autores observaram uma melhor qualidade das informações contidas nas notificações sobre EA realizadas por enfermeiros com mais de 5 anos de experiência profissional (85% VS 50%). Essa relação, no

entanto, foi inversa com a categoria médica. O mesmo estudo coloca os enfermeiros como profissionais mais conscientes sobre a necessidade da realização das notificações de EA em relação aos médicos. (EVANS S.M., *ET al.*, 2005)

Comunicar um EA pode ser uma medida importante. A **notificação** é uma fonte de informação utilizada para alertar os profissionais para a promoção da segurança no ambiente hospitalar e evidenciar a magnitude do problema. (EVANS S.M., *ET al.*, 2005; FRANÇOLIN, L. *ET AL*, 2010; PAIVA, C.C.M, *ET AL.*, 2010)

Com relação aos estudos sobre notificação de EA, a UP destacou-se em relação aos demais. Françaolin, *et al.*(2010) investigou a frequência e a natureza de 246 notificações, realizadas por enfermeiros em um hospital universitário, e identificou o erro de medicação (59%) como EA mais notificado. O segundo lugar mais notificado ficou com a UP (15%). Outro estudo, da mesma natureza, investigou 826 notificações nas quais 1.219 eventos adversos foram registrados. Sessenta e cinco deles estavam relacionados com a integridade da pele e 69,2% eram sobre UP. Esses dados indicam que as UPs são consideradas como EA pelos profissionais de saúde.

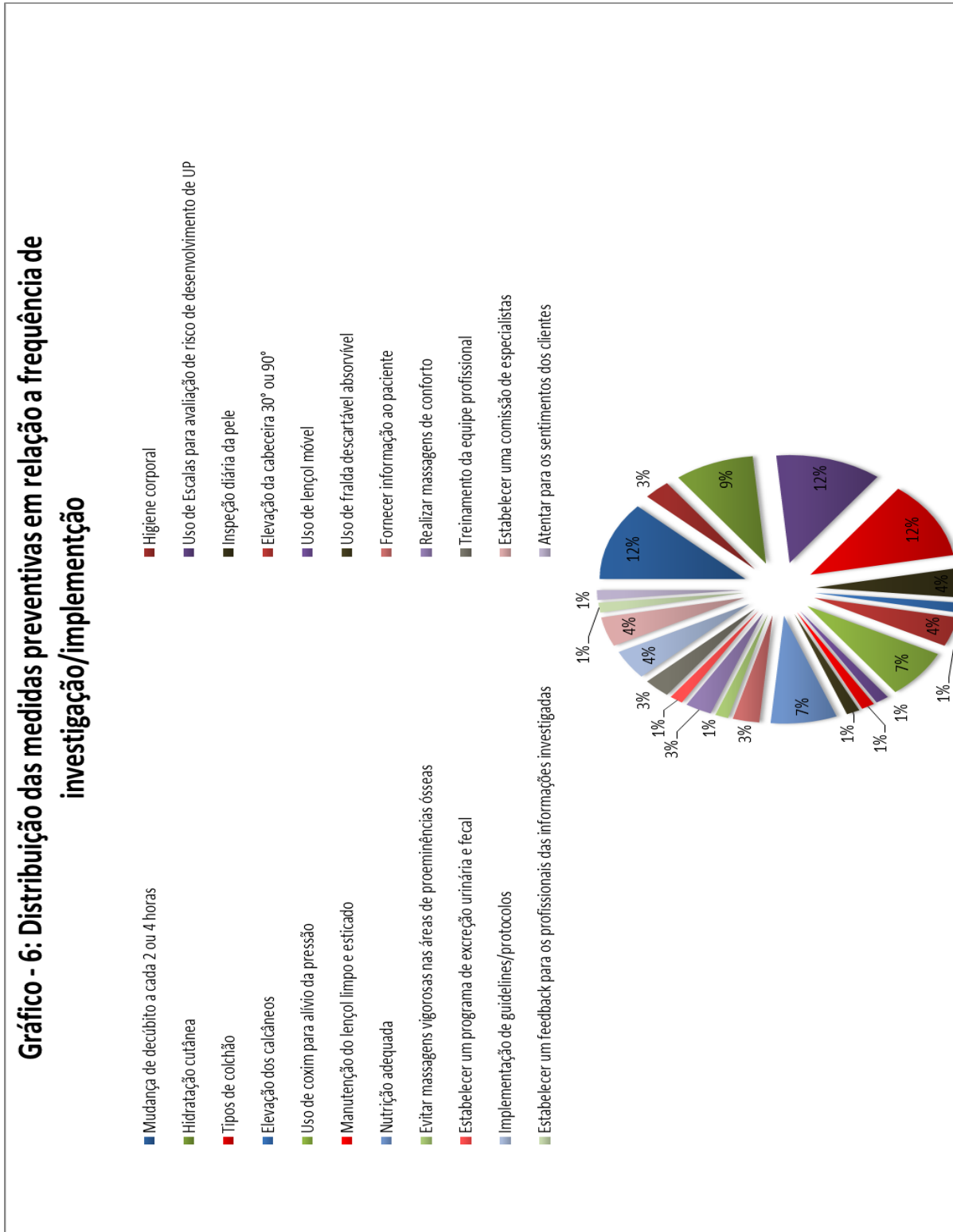
Através da leitura dos 41 estudos identificou-se, nos detalhamentos metodológicos ou nos resultados, 23 medidas consideradas pelos autores como preventivas para UP.

Elas foram organizadas na tabela abaixo (Quadro - 5) de acordo com a ação realizada e a frequência com que foram implementadas/investigadas nos estudos.

Quadro 5 – Relação das medidas preventivas identificadas com a frequência de implementação/ investigação nos 41 estudos analisados.

	Medida preventiva	Quantitativo de implementação/ investigação	%
1	Mudança de decúbito a cada 2 ou 4 horas	08	12%
2	Higiene corporal	02	3%
3	Hidratação cutânea	06	9%
4	Uso de Escalas para avaliação de risco de desenvolvimento de UP	08	12%
5	Tipos de colchão	08	12%
6	Inspeção diária da pele	03	4%
7	Elevação dos calcâneos	01	1%
8	Elevação da cabeceira 30° ou 90°	03	4%
9	Uso de coxim para alívio da pressão	05	7%
10	Uso de lençol móvel	01	1%
11	Manutenção do lençol limpo e esticado	01	1%
12	Uso de fralda descartável absorvível	01	1%
13	Nutrição adequada	05	7%
14	Fornecer informação ao paciente	02	3
15	Evitar massagens vigorosas nas áreas de proeminências ósseas	01	1%
16	Realizar massagens de conforto	02	3%
18	Estabelecer um programa de excreção urinária e fecal	01	1%
19	Treinamento da equipe profissional	02	3%
20	Implementação de guidelines/protocolos	03	4%
21	Estabelecer uma comissão de especialistas	03	4%
22	Estabelecer um feedback para os profissionais das informações investigadas	01	1%
23	Atentar para os sentimentos dos clientes	01	1%
	Total	68	100%

Gráfico 4: Distribuição das medidas preventivas identificadas em relação a frequência de investigação / implementação descritas no quadros de detalhes dos estudos selecionados.





Os dados do Quadro - 5 retratam a frequência de implementação/investigação das medidas assumidas como preventivas pelos autores dos 41 estudos selecionados. Essas informações foram representadas no Gráfico 4. Das 23 medidas preventivas identificadas, a mudança de decúbito (12%), tipos de colchão (12%) e o uso de escalas de avaliação de risco para UP (12%) foram as mais citadas nos estudos. Notou-se também que 65% das medidas de prevenção estavam relacionadas com o cuidado com o corpo biológico, 17% com tecnologia leve e dura e 17% com ações gerenciais (Quadro 6- Distribuição das medidas preventivas em categorias)

Quadro 6- Distribuição das 23 medidas preventivas para UP implementadas/investigadas nos estudos selecionados em categorias.

Cuidados com o corpo	Tecnologias	Gerência
Mudança de decúbito a cada 2 ou 4 horas	Escalas de avaliação de risco	Treinamento da equipe
Higiene corporal	Tipos de colchão	Comissão de especialistas
Hidratação cutânea	Dispositivo para alívio da pressão/coxim	Estabelecer protocolos e rotinas de cuidados
Inspeção diária da pele	Protocolos de prevenção	Estabelecer feedback das informações
Elevação dos calcâneos		
Elevação da cabeceira 30° ou 90°		
Uso de lençol móvel		
Manutenção do lençol limpo e esticado		
Uso de fralda descartável absorvível		
Nutrição adequada		
Evitar massagens vigorosas nas áreas de proeminências ósseas		
Realizar massagens de conforto		
Atentar para os sentimentos dos clientes		
Acesso à informação		

Todos os estudos de revisão sobre medidas preventivas para UP analisados, nesta pesquisa, confirmaram a influência das medidas preventivas na redução das incidências de UP. Os estudos que comparam os tipos de colchões geraram informações conflitantes. VANDERWEE, K. ET AL., 2007 analisou 35 estudos sobre **tipos de colchões** e percebeu

que o colchão com alternância de ar tende a ser mais eficaz do que os colchões com espuma com densidade padronizada para o uso hospitalar. Já McInnes, E. *et al.*, (2008) analisou estudos que comparam tipos diferentes de superfícies de alívio e concluiu que espumas especiais podem reduzir a incidência de UP em cliente com alto risco ou portadores de fraturas de quadril. Reddy (2006), no entanto, debruçou-se sobre 48 estudos relacionados a diferentes tipos de superfícies estáticas e dinâmicas e não encontrou evidências claras sobre qual o melhor tipo de superfície para prevenção de UP. Em dois estudos, o uso de superfície com sobreposição de pele de carneiro em mesas cirúrgicas foi apontado como uma medida de prevenção importante para a redução da incidência de UP no período pós operatório. (REDDY,2006; McINNES, 2008)

A **alternância dos decúbitos** de clientes acamados tem o propósito de reduzir a pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo, principalmente as áreas de proeminências ósseas. Segundo a AHCPR/ EPUAP (2009), a frequência da mudança de decúbito deve ser realizada de acordo com as necessidades individuais. Dos 41 estudos selecionados, 08 (19%) implementaram e/ou investigaram a mudança de decúbito como medida preventiva para UP. Dois estudos estabeleceram o intervalo de duas horas para a realização da mudança de decúbito, três não citaram o tempo de intervalo entre as mudanças e outros três estabeleceram o intervalo entre 2 a 4 horas. Na revisão sistemática realizada por Reddy (2006), o autor cita um ensaio clínico controlado que avaliou a eficácia da mudança de decúbito. Neste estudo experimental, o grupo que recebeu a mudança de decúbito a cada quatro horas, associada ao uso de colchão de alternância de ar, teve incidência de UP menor do que o grupo que recebeu a mudança de decúbito, a cada 2 horas, associada ao uso de colchão com espuma padrão. Porém, o autor da revisão sistemática supracitada refere, nos resultados obtidos em sua pesquisa, que o estudo experimental sobre a mudança de decúbito apresentou vieses importantes de seleção e randomização.

O uso de **lençol móvel e manutenção da cabeceira elevada a 30°** são medidas preventivas recomendadas para redução das forças de cisalhamento e fricção (AHCPR/EPUAP, 2009). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre 46 clientes em um estudo que comparou o uso do ângulo de 30° e 90° (REDDY,2006).

Além da mudança de decúbito e o uso de colchões especiais para redução dos efeitos da imobilidade, os guidelines (AHCPR/ EPUAP, 2009) recomendam o uso de coxins para alívio da pressão nas áreas de proeminência óssea. O coxim de gel mostra-se mais efetivo quando comparado com o coxim de espuma.(REDDY,2006)

A **higiene e a hidratação da pele** são cuidados fundamentais para a prevenção de UP (DEALEY,2008). Entretanto, não foram encontrados estudos que indicassem qual o tipo de princípio ativo mais adequado para higiene da pele de clientes com risco de desenvolver UP. Com relação à hidratação da pele, Reddy (2006), durante seu trabalho de revisão sistemática, cita três ensaios clínicos sobre diferentes princípios ativos utilizados para investigar a redução da incidência de UP: dois estudos (ácido graxo hiperoxigenado vs placebo e hexaclorofeno, esqualeno e alantoína vs placebo) apresentaram redução da incidência de UP. Já o estudo que utilizou a nicotinamida não apresentou redução da incidência quando comparado com hexaclorofeno, esqualeno e alantoína.

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento de UP, como a sepse, aumentam as demandas metabólicas dos clientes, sendo necessário o ajuste do **aporte nutricional**. Um estudo destacado por Reddy (2006) avaliou a influência da suplementação nutricional de 672 clientes com risco de desenvolver UP. Os clientes que receberam suplementação nutricional por 15 dias apresentaram redução da incidência de UP. Lyder, et al.(2011) realizou um estudo de corte com 1.803 clientes, através da auditoria em registros médicos. Este autor observou uma menor incidência de UP em clientes (34,3%) que receberam consulta nutricional durante a hospitalização.

Algumas **barreiras para prática de protocolos e rotinas** foram abordadas por Van Gaal, et al. (2009) durante a implementação do programa de prevenção de EA denominado “Safe or Sorry”. Os autores levantaram as seguintes dificuldades durante o processo de implementação do programa de prevenção: a tarefa trabalhosa de traduzir os guidelines, a síntese das principais diretrizes, a dificuldade dos enfermeiros com a informática e o registro de enfermagem informatizada. Segundo os autores, as dificuldades apontadas dificultaram a obtenção de dados para a pesquisa, reduzindo a capacidade de mensurar a efetividade das medidas preventivas empregadas.

Outro estudo também associou o processo de implementação de medidas preventivas com os índices das taxas de incidência e prevalência de UP. Tanne, A, *et al.*( 2009) exploraram as diferenças nacionais da prevalência de UP entre dois países: Holanda e Alemanha. Após o ajuste dos fatores de risco individuais, das estruturas de qualidade e das medidas preventivas, as chances de desenvolver UP foi 6,5 vezes maior nos asilos da Holanda, assim como 2,03 OR em hospitais do mesmo país. Os autores atribuíram a variação entre os dados obtidos com a eficácia das medidas preventivas à diferença da prática de enfermagem. É que ambos os países possuíam os mesmos recursos tecnológicos e os mesmos fatores que confundiam a avaliação. Os riscos relativo para o desenvolvimento de UP, assim, foram ajustados.

**O treinamento da equipe e a discussão sobre as rotinas** de prevenção de UP estabelecidas podem auxiliar na tomada de decisão sobre quais medidas preventivas devem ser adotadas nas diversas situações vivenciadas. Guinniberg, L. *et al.* (2001) comparou a incidência de UP em pacientes com fratura de quadril em dois anos diferentes, 1997 e 1999. Durante esse período ocorreram discussões sobre as medidas preventivas para UP por meio de reuniões entre grupo focal e equipe multidisciplinar. Os autores constataram a redução da incidência de UP de 55%, em 1997, para 29% em 1999. Identificaram ainda a redução da

gravidade das lesões e a melhora na qualidade dos registros, atribuindo essa evolução ao conhecimento obtido pelos profissionais sobre os cuidados preventivos para UP. Esse avanço no nível de conscientização foi alcançado durante a discussão do tema entre os grupos.

Outros fatores foram atribuídos à redução de prevalência de UP investigada em 63.336 clientes de 404 hospitais da Holanda- de 8,4% em 2004 para 3,4% em 2008. Além do aumento da frequência dos cuidados preventivos, no período de 2005-2008, os autores atribuíram essa diminuição a maior proporção de enfermeiros especialistas (OR 2,4), a consultorias feitas por especialistas e equipe multidisciplinar, o uso guideline para nortear a realização dos cuidados preventivos (OR 4.6). O acesso à informação, através da distribuição de panfletos informativos sobre prevenção de UP para os clientes, também contribuiu. (OR 5.8). (AMIR, Y. 2011)

Depreende-se, portanto, que apesar de todos os esforços, empregados para a prevenção da UP, infelizmente alguns clientes as desenvolvem. Essas lesões, associadas às características do cliente e ao processo de cuidado, podem evoluir para diferentes desfechos. Landenoye, et al.(2009) avaliaram as consequências das UPs ao longo de nove anos. Das 272 UPs investigadas, a maioria das úlceras foram provocadas por pressão (89,5%) e não levaram a outras consequências que não fossem a terapia local da ferida. Do mesmo universo pesquisado, 12 clientes (4,4%) sofreram alteração na medicação; 15 pacientes (5,5%) tiveram danos graves e quatro outros (0,4%) sofreram danos irreversíveis. Cho, Sung – Hyun, *et al.*(2003) investigaram os dados financeiros de 124, 204 clientes. Esses autores observaram que 5,6 % da população estudada sofreu 01 EA, e 1,2% dos clientes foram acometidos por 02 EA. Esses eventos levaram ao aumento do tempo de internação, sendo que o maior impacto ocorreu justamente com UP, que registrou 6,2 dias de internação acrescidos. Constatou-se também o aumento da mortalidade com a sepse e o EA aparecendo com maior impacto Odds ration 7,40, seguido por Pneumonia OR 3,39 e a U POR 1,26.

Por outro lado, o aumento do **tempo** de internação e do uso de dispositivos como sondas e cateteres foi relacionado com o aumento da ocorrência de EA. Quanto mais tempo o cliente fica hospitalizado, mais tempo ele fica exposto a situações de risco. O tempo de uso de sonda nasoenteral foi associado ao aumento da incidência de UP. Como dispõem de mais recursos tecnológicos, **os hospitais de grande porte** geralmente prestam assistência a clientes com quadros de saúde mais graves. Como esses clientes necessitam ser submetidos a intervenções mais agressivas e estas requerem maior tempo de internação para a recuperação de sua saúde, eles acabam se expondo, conseqüentemente, a situações de risco. (CHO, SUNG – HYUN, *et al.*, 2003; SANTOS, J., 2009; ESPEÓN, 2008).

Além do aumento do tempo de internação, outras relações entre UP e TEMPO foram identificadas em onze (11) estudos (26%). A ocorrência de EA, por exemplo, foi relacionada com a sobrecarga de trabalho da enfermagem, causada, entre outras coisas, pelo aumento na taxa de ocupação de leitos, aumento da complexidade dos clientes e a realização de tarefas que não são da enfermagem. Isso ficou evidente num outro estudo que correlacionou a redução da ocorrência de EA quando o tempo assistencial prestado é maior. (NEEDLENMAN J. *ET AL.*, 2002)

Os **aspectos subjetivos** dos clientes em relação ao desenvolvimento de UP foi um tema muito pouco investigado nos 41 estudos selecionados. Um dado que chamou a atenção, em um estudo de caso, foi a percepção do medo como mola propulsora do cuidado. O medo de desenvolver uma lesão de pele desencadeou no cliente e no profissional, que realizava os cuidados de prevenção, um estado de alerta importante para a proteção do corpo em situações de risco. (FIGUEIREDO, 1996)

Porém, o estado de estresse, uma resposta não específica do organismo a uma exigência que lhe é feita, pode provocar repercussões negativas deste organismo. Essa relação entre o sistema nervoso central e o desenvolvimento de doenças, aliás, vem sendo

investigada pela psiconeuroimunologia. Esta nova área da medicina estuda as interações entre o comportamento, as funções neurais, endócrinas e os processos imunes, possibilitando uma melhor compreensão psicossomática das doenças. (REICHE, 1991)


A mente e o corpo estão em interação constante através de atividade elétrica do córtex cerebral. Essa interação é gerada por mediadores químicos dos sistemas neuroendócrino, imunológico, órgãos e seus receptores celulares. Destaca-se, neste processo, a influência do sistema nervoso sobre a imunogênese. O fenômeno se dá por meio da liberação de hormônios pelo sistema endócrino. Os hormônios do crescimento (GH) e o tireotrófico (TSH), por sua vez, estimulam a produção de anticorpos, enquanto os glicorticóides liberados, durante situações de estresse, causam imunossupressão (MOTA,2009)

Mota assinala que a “...pele é um órgão de comunicação e percepção, e suas íntimas ligações com o sistema nervoso a tornam sensível a emoções... as alterações emocionais podem se manifestar por algum órgão do corpo, chamado de órgão de choque. A pele é um desses órgão de choque.” (MOTA,2009). Cerca de 30% das doenças dermatológicas tem envolvimento com fatores psicológicos ou psiquiátricos, como a dermatite atópica, a desidrose, o líquen simples e a seborreia, entre outras. É possível, portanto, que os sentimentos desencadeados pelo cliente, durante o estressante processo de hospitalização, possam estar relacionados com uma maior susceptibilidade para o desenvolvimento de UP.



### **4.3 - VISÃO QUALITATIVA dos dados produzidos**

Mesmo sabendo que a Revisão Integrativa é de cunho quantitativo, durante a leitura dos conteúdos muitos TEMAS NORTEADORES de interesse, capazes de aprofundar o conhecimento do pessoal de enfermagem, vieram à tona. De um modo geral, os estudos tratam de UP e indicam a intencionalidade dos pesquisadores na busca de identificar RISCOS, EVENTOS ADVERSOS, PREVENÇÃO e INDICADORES de QUALIDADE.

### A) Dados contidos na Gaveta 1 - Objetivos

- ❖ Gaveta 1 – dados contidos no 1º compartimento: Intencionalidade de  BUSCAR
  - Efeitos da equipe na ocorrência de eventos;
  - Ocorrências de **Eventos Adversos** – EA (avaliar)
  - Correlação do **EA** com mobilidade, mortalidade e custo.
  - Fatores das características **dos clientes**.
  - Estratégia de **prevenção** (AÇÃO)
  - Busca de **indicadores**.
  - Explicar o aparente declínio da **prevalência**.
  - Evidências científicas de **intervenção**.
  - Síntese de estudos sobre **uso do colchão** de ar como medicação de prevenção.
  - Incidência de úlceras em clientes com **fratura de quadril**
  - Alterações de **rotinas de enfermagem**.
  - **Fatores de risco** para o desenvolvimento de UP.
  - Relação entre características de equipe de enfermagem com **resultados assistenciais**.
  - **Queda de clientes**.
  - Relação entre PSFs e **medidas de qualidade hospitalar**.
  - **Cuidado de enfermagem na incidência** das UPs.
  - Aplicação de **recomendações terapêuticas** propostas nas escolas.
  - Percepções dos **resultados assistenciais**.
  - Correlação com **carga horária de trabalho**.
  - Tipos mais comuns das causas de **EA**.
  - **Incidência de UP** e **fatores de risco**.
  - Frequência de **EA**.
  - Quantitativos e **qualitativos dos** toques.
  - **Descrever cuidados respostas dos cuidados**.
  - **Análise de dados** encontrados com referencial escolhido.
  - Relação entre as categorias **profissionais**.
  - **Taxas de resultados Adversos** em nível Hospitalar.
  - **Prevenções** utilizadas.
  - **Efeitos das intervenções**.



- **Riscos notificados.**
  - **Opinião dos Enfermeiros** sobre **riscos**.
  - Principais **iatrogenias** no idoso.
  - **EAs** ocorridos durante internação, natureza e frequência.
  - Notificação espontânea.
- ❖ Gaveta 1 – dados contidos no compartimento 2: Intencionalidade da  **AÇÃO**
- Extensão, **prevenção** e consequência das EAs.
  - Existência de **evidência** baseada em pesquisa.
  - Análise crítica dos estudos empíricos.
  - Relação equipe de enfermagem em **queda do leito** e UPS.
  - **Incidência**, causa e consequência das UPs.
  - **Qualidade** do atendimento.
  - **Prevalência** de UP.
  - Relação entre porte Hospitalar e Livro de UTI na **prevalência** de UP.
  - Características **das lesões e correlação** com colchão.
  - **Incidência de lesões**.
  - Eficácia do uso de escalas.
  - **Avaliação de riscos** na prevenção de UP.
  - **Risco como indicador** de aparecimento de UP.
  - **Prevalência** e incidência de UP.
  - Mensurar a precisão e eficácia das **intervenções**.
  - **Indicadores de segurança**.
  - Pertinência e sensibilidade da **Enfermagem para o ANA**.
  - Instalação **de cuidados em** longo prazo.
- ❖ Gaveta 1 – Dados contidos no compartimento 3: Intencionalidade da  **AVALIAÇÃO**
- **Proporção de clientes** com UP.
  - Fatores de **risco** e variáveis preditivas.

- **Utilização de Boletim de notificação de EA como meio de comunicação.**
- **Frequência, tipo e natureza dos Eventos.**
- **Mudanças nas taxas de cinco (5) complicações.**
- **Mortalidade em curto tempo.**
- Resultados correlacionados com efeitos favoráveis aos **cuidados preventivos.**
- Qualidade da Assistência e Indicadores.
- Idosos vulneráveis e a **qualidade da assistência.**
- Perfil e processo de cuidados para **risco** de UP.
- Sistema de indicador de qualidade.
- Módulo de **Prevenção** de UP.
- **Associação entre ocorrência de UP.**
- **Fatores de riscos** individuais.
- **Escalas de risco**
- **Conhecimento e uso de sistema de comunicação.**
- **Evidência** de medidas de alívio de pressão: almofadas, camas colchões.
- **Comparação da UP com superfícies e suporte padrão.**

❖ Gaveta 1 – dados contidos no compartimento 4 : Intencionalidade do 

#### DIAGNÓSTICO





- Associação entre diagnóstico de DM com EV.
- Diferenças raciais e frequência de EA estudados na segurança do cliente.
- A mesma intenção.

De acordo com dados contidos nos quatro (4) compartimentos da gaveta 1(um), relacionados aos objetivos dos 41 estudos selecionados, as informações coletadas indicam que 42% dos objetivos estão relacionados a BUSCA; 27% a AÇÃO; 24% a AVALIAÇÃO e 7% ao DIAGNÓSTICO, conforme descrito abaixo no Quadro 7 - Decodificação dos temas em %:

Quadro 7 - Decodificação dos temas em %

Compartimentos da GAVETA 1	Intencionalidade			Decodificação dos Temas
	Verbos	Motivos	%	
	BUSCA	17	42.0	34
	AÇÃO	11	27.0	17
	AVALIAÇÃO	10	24.0	18
	DIAGNÓSTICO	03	7.0	03
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>72</b>

Quadro 8- Gaveta 1: OBJETIVOS – Caracterização dos achados

	BUSCA	17
	AÇÃO	11
	AVALIAÇÃO	10
	DIAGNÓSTICO	03
	<b>Total</b>	<b>41</b>

Os objetivos estão envolvidos com clientes e profissionais no Ambiente Hospitalar. Levantou-se um total de 72 TEMAS alinhavados no quadro anterior. A compilação que formulamos - juntando temas comuns e indicadores de interesse deste estudo – está devidamente identificada abaixo (Quadro 9 - Compilação dos temas) :

Quadro 9 – Compilação dos temas

Compartimentos da GAVETA 1	Temas	Total
	1. Evento Adverso	06
	2. Cuidados, Indicadores, Qualidade	34
	3. Incidência, Prevalência	09
	4. Riscos	05
	5. Prevenção/Intervenção	09
	6. Outros	09
	<b>Total</b>	<b>72</b>

**B) Dados contidos na 2ª gaveta – detalhamento metodológico**

- ❖ Gaveta 2 - dados contidos no 2º Compartimento: Enfermagem e cuidados de prevenção
  - 1) Horas de trabalho da equipe de enfermagem
  - 2) Uso de escalas
  - 3) Presença de medidas preventivas, uso de colchões e mudança de decúbito
  - 4) Medidas preventivas
  - 5) Tratamento de UPs
  - 6) Problemas de atendimento
  - 7) Orientação para tratamento
  - 8) Conforto
  - 9) Coleta de dados
  - 10) Monitoramento da enfermagem
  - 11) Coleta de dados por enfermeiros, ensaios clínicos
  - 12) Medidas preventivas
  - 13) Mobilidade, Nutrição e Hidratação
  - 14) Alternância de ar com colchões estático
  - 15) Segurança do cliente
  - 16) Auditoria em registro por enfermeiros e médicos
  - 17) Detectar eventos
  - 18) Medidas preventivas das UPs
  - 19) Alterações de rotina de enfermagem
  - 20) Reivindicações da assistência, Auditoria de Enfermagem
  - 21) Incidência de evento adverso versus percentual de pacientes que receberam cuidados preventivos de enfermagem

- 22)Relatos de problemas
- 23)Resultados entre especialistas
- 24)Registro de cuidados
- 25)Relação entre desempenho
- 26)Medidas de processos
- 27)Indicadores de cuidados para prevenção de UPs
- 28)Avaliação diária da pele
- 29)Hora de enfermagem
- 30)Características da equipe de enfermagem
- 31)Processos de cuidados versus incidência de UP
- 32)Incidência de UP e intervenções de enfermagem (Higiene corporal, hidratante, lençóis limpos e esticados, fraldas, mudança de decúbito)
- 33)Admissão de cliente
- 34)Processo de cuidados
- 35)Percepção da carga horária de trabalho
- 36)Cuidados de elevação de calcâneos e reposicionamento a cada 4 horas
- 37)Uso e alternância de colchões
- 38)Aplicação de escala
- 39)Tempo e horas de cuidados de enfermagem
- 40)Medidas preventivas
- 41)Cuidados de longo prazo por enfermeiros
- 42)Cuidados prestados e horas de cuidados de enfermagem
- 43)Satisfação da equipe de enfermagem
- 44)Tempo de cuidado e cuidados preventivos, cuidados de higiene
- 45)Formação do enfermeiro e diferenças entre licenciado e supervisor

- 46) Escala de serviço de enfermagem
  - 47) Processo de enfermagem e medidas de resultados
  - 48) Troca de rotina de cuidados preventivos
  - 49) Notificações registradas
  - 50) Mensurar a prática
  - 51) Experiência profissional
  - 52) Uso de superfície de alívio de pressão e hidratação cutânea
- ❖ Gaveta 2 – dados contidos no 3º Compartimento: EA/ Doenças e condições dos clientes
- 1) Características
  - ) Co-morbidade hospitalar
  - 3) Indicadores de qualidade pela enfermagem
  - 4) Indicadores de qualidade versus condições de saúde (UP, demência, delírio) e ajuste de fatores de risco
  - 5) Taxa de mortalidade
  - 6) Doenças
  - 7) Morbi-mortalidade
  - 8) Doenças /diversas
  - 9) Melhoria da qualidade
- ❖ Gaveta 2 – dados contidos no 4º Compartimento: características dos clientes e dos hospitais, custo.
- 1) Perfil sócio demográfico, diagnóstico principal, motivo de internação
  - 2) Características dos pacientes e porte hospitalar

- 3)Porte hospitalar
- 4)Infecção hospitalar
- 5)Característica do hospital
- 6)Características estruturais e disponibilidade de tecnologia de saúde
- 7)Características do hospital
- 8)Motivo de internação
- 9)Característica dos clientes
- 10)Score de escalas
- 11)Característica dos clientes
- 12)Tempo de internação
- 13)Total de despesas
- 14)Cobrança
- 15)Sanções financeiras em hospitais
- 16) Dados confidenciais sobre infecção hospitalar, trombose venosa, pré-operatório

❖ Gaveta 2 – dados contidos no 5º Compartimento: prevenção e informação

- 1)Incidência de EA
- 2)Infecção relacionada a UP
- 3)Perfuração, pneumotórax, hemorragia
- 4)EA relacionado à administração de medicamento
- 5)UP por quedas, extubação, perda de sonda endonasais
- 6)Notificação de EA
- 7)Frequência de eventos sentinelas e riscos relatados por enfermeiros
- 8)Iatrogenias ocorridas e características dos profissionais
- 9)Fratura de quadril

- 10)Uso de sedativos e aminas vasoativa em ventilação mecânica
- 11)Relevância de quedas, relevância da satisfação do cliente
- 12)Tempo de desenvolvimento da primeira lesão
- 13)Estadiamento da lesão
- 14)Fratura de quadril, taxa de trombose, UP infecção sitio cirúrgico, pneumonia, internação e de mortalidade ou 30 dias
- 15)Barreiras de contaminação
- 16)Úlcera por pressão, colchão de ar
- 17)Infecção e uso de cateter venoso central, pneumonia
- 18)UP/evento adverso como inesperado e percebido pela enfermagem
- 19)Capacidade funcional e atividade de vida diária
- 20)Taxa de risco de mortalidade
- 21)Frequência de EA
- 22)Presença e ausência de EA
- 23)EA e a prevenção relacionada a UP, infecção urinária e queda
- 24)Lesões e estadiamento, localização anatômica, fatores causais
- 25)Resultados de UP associados a queda, pneumonia, sepse, trombose
- 26)Mudança de UP, pressão de contato, conforto
- 27)Falha no equipamento, tratamento ou procedimento
- 28)Colchão de redistribuição
- 29)UP e pressão de contato, perfusão
- 30)UP, dano, consequência de complicações
- 31)Fatores de risco
- 32)Erro de medicação
- 33)Características de EA (quedas EA medicamentoso)



- 34) Erro de medicação
  - 35) Complicações do quadro clínico relacionadas a eventos adversos
  - 36) Medicamentos-anticoagulantes e hipoglicemiantes
  - 37) Melhorias da qualidade
  - 38) Frequência de eventos e segurança
  - 39) Complicações de quadro clínico
- ❖ Gaveta 2 – dados contidos no 6º Compartimento: desenvolvimento de UP, comunicação
- 1) Programa de segurança
  - 2) Medidas de tratamento, consequências e medidas tomadas para prevenção
  - 3) Avaliação de risco
  - 4) Classificação do estadiamento da UP
  - 5) Consulta nutricional
  - 6) Avaliação de risco para UP e uso das escalas
  - 7) Comunicação de eventos como necessários
  - 8) Tipos e causas principais de eventos adversos
  - 9) Comunicação
  - 10) Indicadores de qualidade
  - 11) Comissão de prevenção
  - 12) Informação educacional
  - 13) Gerenciamento de materiais / curso de atualização
  - 14) Sistema de registro computadorizado
  - 15) Extensão do dano
  - 16) Cuidados clínicos e tratamento para pneumonia

- 17) Avaliar a frequência de eventos
- 18) Diagnóstico e tratamento e quem promoveu o cuidado
- 19) Levantamento da prevalência
- 20) Comparação de alternância de colchão

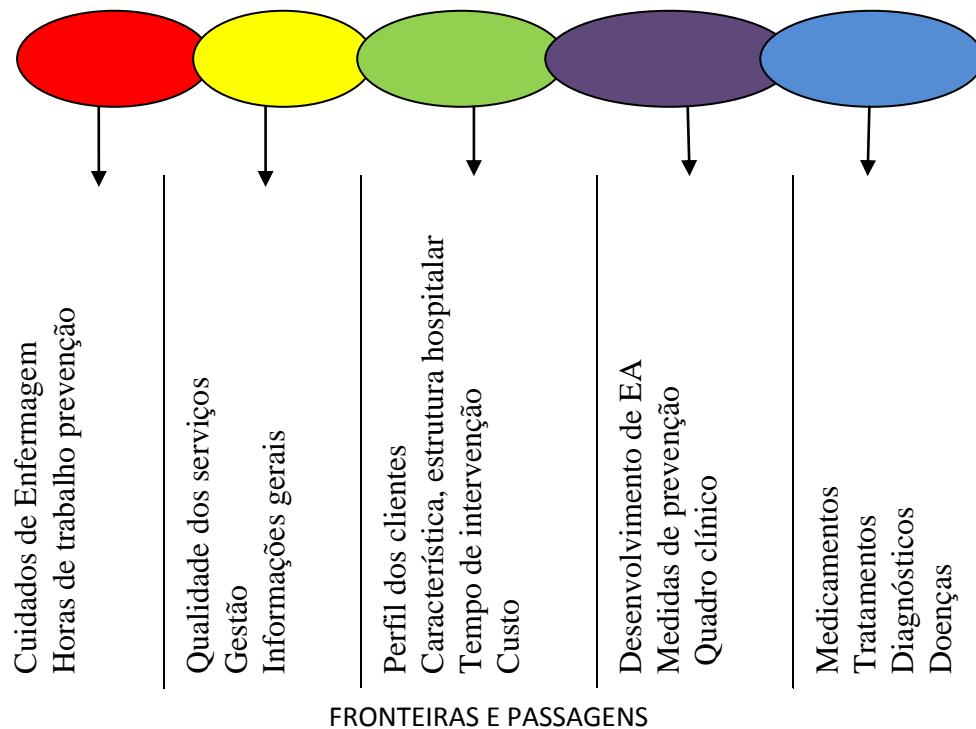
Segundo os dados do 1º compartimento, da gaveta 2, foram encontrados, principalmente, os métodos de pesquisas observacionais, conforme descrito no quadro abaixo (QUADRO - 10):

Quadro 10 – Tipos de métodos utilizados

<b>Métodos</b>	<b>Quant.</b>
Coorte	03
Observacional	08
Transversal	10
Descritivo	02
Revisão	07
Estudo de Caso	02
Caso Controle	02
Meta-análise	02
Comparação	01
Q Experimental	01
Avaliativo	01
Prospectivo	01
<b>Total</b>	<b>41</b>

Além disso, as informações contidas em todos os compartimentos da Gaveta 2 permitiram identificar que os temas abordados têm afinidades comuns porque todos eles se movimentam em torno da UP e EA, criando fronteiras e passagens comuns (Figura 8- Representação das fronteiras e passagens ):

Figura 8 - Representação das fronteiras e passagens



### C) Dados contidos na gaveta 3 - resultados

- ❖ Gaveta 3 – dados contidos no 1º compartimento: Cuidados/intervenção de enfermagem
  - Ocorrência de EA e horas de enfermagem
  - 57 ocorrências receberam medidas preventivas por 10 semanas de intervenção
  - Uso de colchão especial e mudança de decúbito
  - Aumento de cuidados preventivos
  - Aumento do nº de enfermeiros especialistas
  - Manutenção da mobilidade
  - Uso de camas padrão e camas giratórias ( estas não mostram benefícios)
  - Coxim com gel e espuma mais efetivos
  - Mudança de decúbito como medida preventiva
  - Suplementação alimentar em 672 clientes por 15 dias

- 4.526 foram acompanhados com colchão de ar e colchão padrão (colchão de ar foi mais eficiente)
- Uso de pressão de contato de interface e medições de perfusão sanguínea
- Colchões padrão apresentaram melhor eficácia
- Conforto foi um desfecho positivo
- Enfermeiros sem experiência profissional apresentam menor conhecimento para fazer comunicação
- Uso de almofadas de pele de carneiro em colchões, coberturas e camas
- Colchão padrão e colchão de espuma especial reduz o risco de UP
- Diferença significativa entre cobertura de pressão com colchão de alternância de ar
- Aplicações de pressão versus redução do custo
- Maior tempo para desenvolver a úlcera por pressão com o uso da pressão e redução de tempo de internação
- Alívio de pressão na mesa de cirurgia
- Com intervenção de pressão diminuem as UPs de calcâneos, menor gravidade de estadiamento
- Melhores práticas em doentes queimados
- Uso de dispositivos para alívio de pressão, limpar a pele delicadamente, utilizar hidratante, e produtos de barreira para a pele, evitar massagens vigorosas
- Levantou-se junto a 23.192 clientes, riscos de queda, sangramento e sepse, quando reduzido o número de horas de enfermagem/paciente
- Relação entre equipe de enfermagem e UP: as quedas tiveram resultados positivos quando o número de horas de enfermagem foi aumentado, havendo,

assim, a possibilidade desta variação estar relacionada com o fato de o cuidado ter sido prestado a clientes com maior grau de complexidade

- Como cuidados de enfermagem são condensados em forma de densidade em forma de UP
- Em 845 pacientes, 81% receberam cuidados com UP e a alta adesão dos enfermeiros foi responsável pelos indicadores de triagem, dor, nutrição, estado emocional
- A carga horaria de enfermagem e equipe inadequada, habilidade técnica, negligência, ética e gerenciamento insatisfatório colaboraram com as causas de EA e UP
- O julgamento clínico de enfermeiros da pontuação de sensibilidade é mais uma boa precaução de riscos de UP
- Listar tratamentos que estão sendo utilizados para UP possibilita uma visão efetiva dos cuidados conferidos; medidas de suporte foram intensificadas e obtiveram rápida solução no monitoramento de escaras
- Dados relevantes como satisfação e dor em 106 (87%) clientes são de difícil avaliação; observou-se, no entanto que a média do total de horas de enfermagem, por dia, foi de 3,35 e esse aumento está associado a taxas menores de UP
- Quando a meta é cuidar dos clientes com higiene eles sentem enorme prazer; o medo foi o sentimento que estava ligado ao desenvolvimento de escaras
- Foram realizados 48.600 movimentos em 383 horas de cuidados de enfermagem
- O menor tempo de intervenção se deve ao aumento de horas de cuidados prestados por enfermeiros supervisores e, com isso, também foram diminuídas taxas de pneumonia, parada cardíaca e ressuscitação cardíaca
- A relação entre Up e a equipe de enfermagem não foi relatada

- O desenvolvimento e a implantação de protocolos, educação permanente, escalas de avaliação, planejamento de ações, time de avaliação e superfícies de alívios são atividades/cuidado de prevenção de UP e reduzem sua incidência.
  
- ❖ Gaveta 3- Dados contidos no 2º compartimento: Intervenções de enfermagem e registro destinado a evitar o surgimento de UP
  - Panfletos informativos
  - Enfermeiros mais conscientes que médicos em acessar comunicação
  - Comunicam quedas
  - Comunicam UP
  - Melhora dos registros
  - Panfletos informativos
  - Implementação de registro de enfermagem informatizada, mas com limitações dos enfermeiros para informática, aumentando o tempo para realizar os registros
  - Registros de sinais de irritação cutânea, usar fraldas
  - Melhora dos índices, com a avaliação frequente de protocolos
  
- ❖ Gaveta 3 – Dados contidos no 3º compartimento: Desenvolvimento x aumento do tempo de internação, uso de escala e outras tecnologias
  - 232 clientes, em 124 hospitais, tiveram eventos adversos envolvendo quedas, UP e outras doenças
  - Queda é o evento que mais aparece
  - Insuficiência vascular e incidência de UP
  - Aumento do tempo de internação

- De 135(11%) clientes, 129 desenvolveram UP nas quatro primeiras semanas de internação
- Todos sofreram riscos de desenvolver UP
- Limites das escalas em contribuir
- Colchão de ar é mais desconfortável
- Idade avançada aumenta a incidência de UP e EA aparece mais em idosos
- Avaliação de risco na admissão
- O risco de infecção hospitalar é maior entre os negros
- Não houve diferenças significativas entre a ocorrência de UP em brancos e negros
- Hospitais com maior número de negros tiveram aumento de risco para (+) risco geral. Também foram relacionados EA e medicamentos
- Aumento de UP aumenta o número de horas, que triplicou-por dia
- Associação com diferentes doenças diminui na razão do melhor desempenho de todas as medidas de qualidade testadas
- Idade e sexo feminino foram considerados fatores de risco
- Tempo de permanência no hospital é indicador de risco
- A disposição de desenvolvimento de UP aumenta significativamente em asilos
- Alta incidência de UP em instituições de longa permanência
- De 1.803 clientes, 317 desenvolveram UP durante a investigação, dependendo do indicador de qualidade e da utilização do dispositivo de redução de pressão
- Desenvolvimento de UP ligada ao estadiamento e nutrição melhoraram entre aqueles que tiveram maiores taxas de adesão às medidas preventivas, quais sejam redução de pressão, documentação de risco, reposicionamento a cada duas horas e consulta nutricional

- Da amostra de 41 clientes, todos desenvolveram UP em vários estágios e a maior incidência foi nas regiões sacrococcígea, glúteo e calcâneo
- Em 780 pacientes, só 1,5% desenvolveram UP e 1,8% tiveram erro de medicação
- O evento adverso por erro de medicação está relacionado com o aumento da carga de trabalho por altas taxas de ocupação e tarefas de enfermagem,
- Pacientes com risco de UP receberam cuidados adequados e não houve diferença de resultados entre cuidados preventivos e os adequados
- Em 682 clientes, 10% apresentaram pelo menos uma lesão e foram classificados com estadiamento para UP. Muitos usaram colchão de ar alternado com capa viscoelástica
- Tipos de EA relatados foram: erros de medicação, diagnóstico errado e UP - 16% em 75 pacientes
- O porte hospitalar esteve relacionado com o aumento de incidência de UP
- O uso de escala de Bradem, idade e uso de aminas vasopressoras não produzem nenhuma relação estatística significativa
- Validação de escala não produziu diminuição da incidência de UP, mas aumenta a intensidade e eficácia das intervenções de prevenção
- A escala de Bradem mostra validação ótima e melhor equilíbrio de sensibilidade/especificidade; já a escala de Norton tem pontuação razoável para a sensibilidade, especificidade e predição de risco; e a escala Waterlow tem alta pontuação para sensibilidade
- Em 150 dias foram utilizados 15000 ml de hidratante antisséptico para massagem nas regiões glútea e membros inferiores



- Foram identificados eventos adversos como queda seguidos de UP, erro de medicação e de outros eventos
- Identificadas iatrogenias como perda do acesso venoso, queda e UP; possível de saber por que tinham notificações adequadas embora não existissem registros de medidas preventivas
- Em 3.220 clientes hospitalizados, 246 notificações (6% ) estão relacionadas a EA; as demais notificações estavam relacionadas a problemas administrativos; medidas de prevenção, avaliação de risco de queda e de desenvolvimento de UP
- Em 48 clientes internados em UTI, a maior incidência foi em ulcera nasal direita e o tempo médio de surgimento foi de 11,4 dias.

A leitura e a extração dos dados do 1º compartimento da gaveta três, sobre os resultados dos estudos, demonstraram a importância dos cuidados de enfermagem e provaram que uma enfermagem qualificada, com tempo adequado (tempo em horas) para cuidar, contribuiu decisivamente para prevenir EA e/ou reduzir a incidência de UP. Os cuidados fundamentais foram: alimentação, higiene, cuidados com roupas e colchões, diminuição da pressão, massagem delicada nas áreas como sacra, glútea, calcâneos, supervisão dos cuidados realizados, avaliação clínica e conforto.

Segundo os relatos dos resultados encontrados no segundo compartimento da gaveta três, as intervenções destacam-se não só pelo que fazem com o cuidado, mas pelos REGISTROS/COMUNICAÇÕES sobre UP, EA e outros eventos. Inclusive aqueles que têm papel importante no diagnóstico e na diminuição da incidência. A qualidade das informações contidas em panfletos e os registros dos profissionais de saúde também foram fundamentais para despertar a consciência sobre a importância da prevenção. Alguns dos estudos destacaram a dificuldade da enfermagem em lidar com prontuários informatizados, o que aumentou o tempo de enfermagem para realizá-los.

Nesse sentido, os dados do terceiro compartimento, da gaveta três (3) apontam eventos envolvidos, entre eles quedas, UP, medicamentos, problemas com registros, infecção hospitalar e doenças. Esses eventos resultam no aumento do tempo de internação e, conseqüentemente, na elevação dos custos hospitalares. Já foi dito aqui que o porte e a estrutura hospitalar estão relacionados com a ocorrência dos EA e isso nos remete necessariamente à avaliação de risco para prevenir. As providências, assim, devem ser incorporadas à rotina clínica e ocorrer ainda na admissão do cliente.

Enquanto as diferenças raciais não influenciaram a incidência de UP, o tempo parece ter forte relação com a ocorrência de UP.

A atenção aos indicadores de qualidade depende diretamente dos cuidados de enfermagem prestados, entre eles a redução de pressão, documentação de risco, reposicionamento a cada duas horas e consulta nutricional, uso das escalas de Bradem, Norton, Waterlow., hidratação da pele por meio de 15 litros de hidratantes para massagem nas regiões corporais mais propensas ao desenvolvimento de UP.

#### **D) Dados contidos na gaveta 4 - conclusões**

As intenções contidas nos detalhamentos metodológicos - tais como cuidados e intervenções de enfermagem, registro, enfermagem e tempo de cuidado, desenvolvimento de EA/UP, uso de Escalas para avaliação de risco para UP e tecnologias - aparecem como temas fundamentais nos resultados. Seus aspectos foram reforçados nas conclusões.

A leitura dos itens escolhidos, destaque e organização dos dados para a realização da análise das informações, contidas nos 41 estudos selecionados, indicou a construção de uma figura síntese (Figura 9). A partir dela procurou-se saber como a Enfermagem pode considerar a discussão sobre o conhecimento e as intervenções sobre UP. O objetivo, assim,

foi o de facilitar a tomada de decisão dos profissionais de Enfermagem quando cuidam de clientes com risco de desenvolver UPs.

A imagem síntese criada a partir de constatações nos estudos mostra como devemos considerar as UPs quando cuidamos delas.

É preciso, antes de tudo, ter cuidado com as sínteses por que podemos ser tendenciosos na linguagem ou no método de produção de dados. No entanto, ao interpretar dados já produzidos, o risco está na atenção que damos a eles, que podem ser independentes ou dependentes do texto. Assim é que ao explicar, analisar e discutir a questão podemos incorrer em “erros” de interpretação ou posição.

Para entender melhor o que está sendo dito, buscamos apoio no discurso de TALEB (2008). De acordo com este autor, a mente humana é afligida por três males quando entra em contato com a história. Denominada de Terceto da Opacidade, essa categoria, aqui em nosso estudo, aparece quando entramos em contato com os resultados conclusivos dos 41 trabalhos.

Explicitamos abaixo a que este terceto se refere:

- a) **Ilusão de compreensão**, ou como todos acham que sabem o que está acontecendo em um mundo que é mais complicado (ou aleatório) do que percebem;
- b) **Distorção da retrospectiva** ou como é possível abordar assuntos somente após o fato, como se a eles tivéssemos acesso por meio de retrovisor;
- c) **Supervalorização da informação**, factual e deficiência de pessoas com profundos conhecimentos, que particularmente criam categorias.

Todos os estudos apresentaram o EA, a UP, os fatores de riscos e a prevenção como objetos de interesse. Constatou-se, a partir dos trabalhos, a importância dos CUIDADOS DE

ENFERMAGEM na manutenção do corpo sadio e na prevenção de UP como EVENTOS - nem sempre ADVERSO, embora apareçam em todos os estudos.

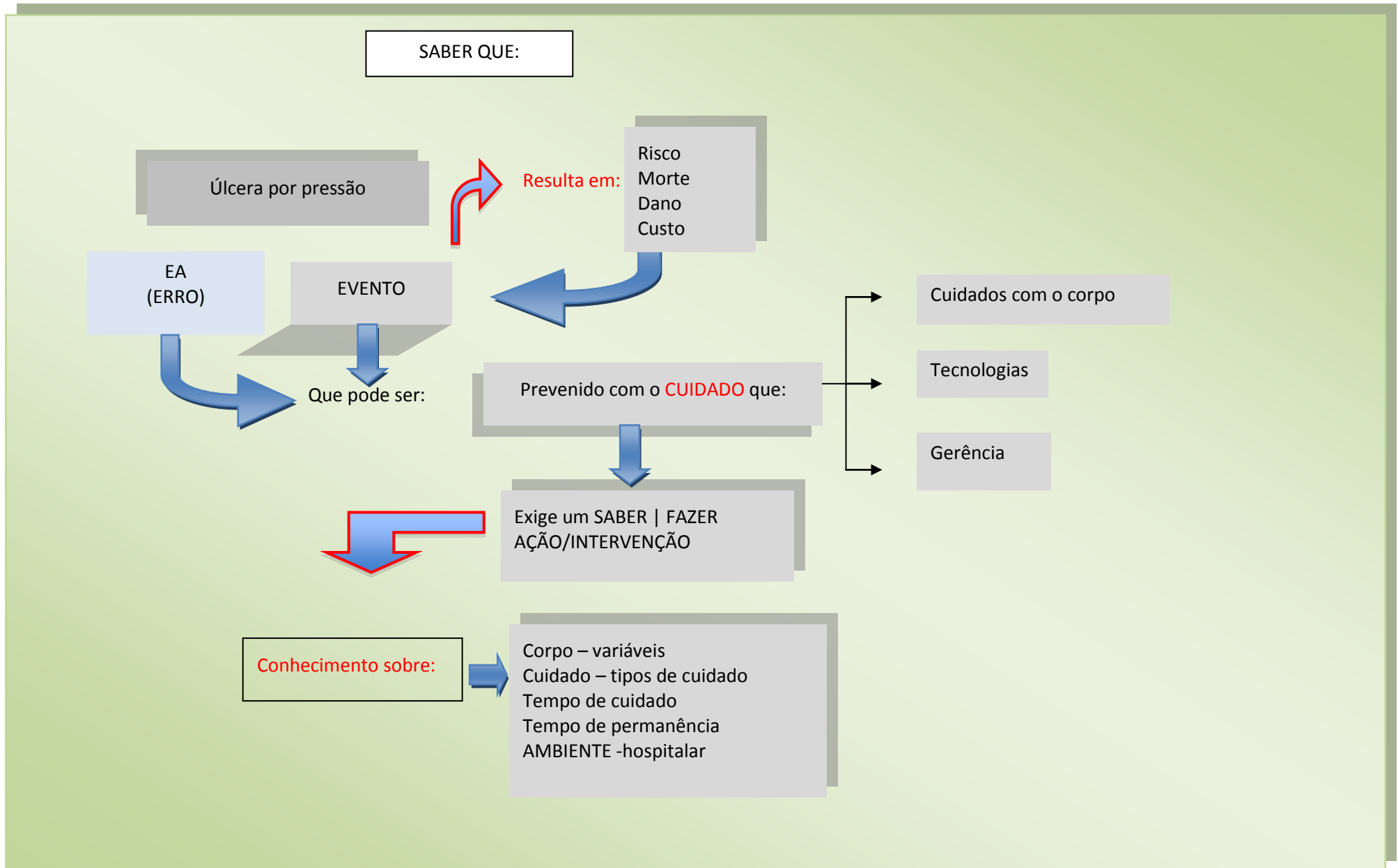
É a partir da interpretação dos dados, de nossas experiências e do interesse pelo tema ÚLCERA POR PRESSÃO que assumimos posições, devidamente acrescidas de novas questões sobre EVENTO ADVERSO e PREVENÇÃO. Podemos dizer através deste olhar, então, que a UP é considerada como um evento que deve ser prevenido. A falta de ações preventivas, portanto, é um erro que pode causar danos incapacitantes ou irreversíveis ao cliente. E esses danos, sabemos, decorrem da falha e/ou má qualidade do processo de cuidar.

É possível afirmar que existem evidências segundo as quais alguns temas, voltados para a PREVENÇÃO, estejam aquém daquilo que seria mais conveniente nas ações de enfermagem relacionadas á mudança de decúbito.

O Brasil pode ser considerado como um dos países que mais demonstram interesse em investigar UP. As evidências, no entanto, ainda são insuficientes no que diz respeito aos cuidados de enfermagem direcionados para PREVENÇÃO de EA. Destaque-se que a heterogenia dos delineamentos e a escassez de estudos experimentais sobre o tema dificultam a construção de dados advindos de respostas sobre os cuidados.

E a enfermagem não pode dar espaço para o risco, mesmo que culposos. Por que os erros levam à morte ou a outras situações graves que podem ser consideradas uma prática de risco ou um descuido.

Figura 9- Síntese da Úlcera por Pressão como Evento passível de ser prevenido pelo Cuidado de Enfermagem



*Considerações finais*

A presente revisão integrativa a respeito da prevenção de úlcera por pressão, no contexto da segurança do cliente, envolveu 41 estudos. Interpretados e analisados quantitativa e qualitativamente, esses trabalhos apontaram a importância da manipulação do ambiente por meio do cuidado na prevenção de danos decorrentes da assistência de saúde.

A úlcera por pressão é um evento passível de prevenção pelo cuidado de enfermagem. Ela se dá na forma de lesões cutâneas causadas pela associação de múltiplos fatores e as medidas preventivas não impedem a ocorrência de todas as feridas. A busca dos objetivos propostos no início desta pesquisa, e os resultados obtidos nos estudos selecionados, nos permitem afirmar que a UP pode ser considerada como um evento adverso. E suas lesões podem causar danos irreversíveis ou até a morte. Por isso, a falta de prevenção expõe o cliente a danos decorrentes de falhas do processo de cuidar.

A prevenção exige um saber/fazer e uma ação/intervenção baseada no conhecimento sobre diversos aspectos. Entre eles estão o corpo e os fatores de risco que o tornam mais vulnerável às ocorrências de UP, tecnologias específicas e gestão dos recursos humanos e materiais. Isto significa que os enfermeiros, no exercício de sua profissão, precisam ter conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, biologia, gerência, custos e métodos de pesquisa. Esses conhecimentos contribuem para um olhar mais detalhado sobre o corpo e o ambiente em que ele está inserido. Só assim é possível perceber as condições necessárias que dão margem ao desenvolvimento UP na pele. Ou seja, na prática, isso corresponde a entender que as ações de prevenção não estão centradas apenas no corpo biológico.

Isso quer dizer também que mesmo as ações preventivas não devem estar centradas somente no corpo biológico. Faz-se necessário, assim, o conhecimento dos fatores

de risco extrínsecos e intrínsecos relacionados com o desenvolvimento de UP. Entre eles está a pressão excessiva e contínua nas áreas de proeminências ósseas causada pela imobilidade. Este, aliás, é o principal fator desencadeador de UP. A existência de profissionais especialistas no tema vem a ser um fator de proteção para os clientes e para os profissionais. Isso talvez possa ser explicado pela otimização dos recursos materiais e do tempo quando o profissional manipula o espaço mínimo e o leito hospitalar, onde o corpo está abrigado. Pois o tempo, aqui no caso da pesquisa, teve uma implicação importante com a temática investigada. Observamos sua relação com a qualidade da assistência prestada e a consequente influência dele (do tempo) na ocorrência de EA, entre elas a UP.

Com o propósito de tornar o ambiente de cuidado menos hostil, os enfermeiros empregaram estratégias para tornar o ambiente menos úmido. As medidas usadas foram os cuidados de higiene; o uso de colchões para reduzir a pressão de contato; hidratantes para diminuir o atrito do lençol com a pele; esticar os lençóis e mantê-los secos e limpos e elevar a cabeceira do leito para reduzir as forças de cisalhamento e tração sofridas pelo corpo quando ele é arrastado na cama. Esses cuidados chamados de *Nightingaleanos* incidem ainda na higiene do corpo e na manipulação do ambiente do cuidado.

A maior parte das pesquisas analisadas neste estudo está centrada no corpo biológico e no modo de fazer. Considerado doméstico, esse método vem a ser uma prática empírica na qual o saber está na mão de quem manipula o corpo. Já o conhecimento está no processo científico de cuidar.

Diante da colocação anterior, constatamos que os profissionais de saúde produzem poucos estudos capazes de retratar os fortes níveis de evidências, com delineamento de pesquisa experimental. É bom lembrar que esta técnica de abordagem é considerada como o “padrão ouro” na prática assistencial.



A eficácia de algumas medidas de prevenção está mais próxima de ser efetivamente comprovada por estudos científicos. Entre elas estão o uso de colchão de ar, sobreposição de superfícies cirúrgicas com pele de carneiro, avaliação de risco pelas escalas de Norton, Braden e Waterlow, hidratação da pele e suplementação nutricional.

Uma das falhas do processo de cuidar, apontada nos estudos, foi a falta de registro, pelos profissionais de saúde, das medidas de prevenção realizadas e das alterações que o corpo sofre durante o processo de adoecimento, ainda que essas transformações sejam percebidas por meio do olhar clínico. O registro é uma fonte de informação/ comunicação valiosa e permite que as observações de cada profissional fiquem disponibilizadas para todos da equipe. Além dos registros em prontuários, a notificação dos eventos adversos identificados permite que a instituição tenha uma visão da qualidade e da eficácia da assistência prestada.

Nesse sentido, e com o propósito de ampliar o olhar sobre as ações preventivas, as ações que estimulam a comunicação, como notificação e registro em prontuários, podem ser consideradas como medidas preventivas. Afinal de contas, elas nos permitem visualizar o que ocorre e o que é feito no ambiente hospitalar. Essas ações, assim, nos estimulam a investigar os motivos que provocam os diferentes desfechos apresentados pelos clientes. A partir daí seria possível, então, planejar novas estratégias preventivas, de acordo com as necessidades identificadas.

A investigação sobre prevenção de UP é complexa e, por isso, está a exigir novas pesquisas capazes de elucidar certos questionamentos. Trazer à tona essas respostas seguramente auxiliará, no futuro, a delicada tomada de decisões diante de um tema controverso. Um olhar mais atento sobre a questão, seguramente ajudará a necessária implementação de novas tecnologias e sua efetiva aplicação na prática dos profissionais da

cadeia da saúde. Isso, sem dúvida, iria repercutir favoravelmente na melhoria da qualidade da assistência prestada a esses clientes.

# *Referências Bibliográficas*

1. AGENCE FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH- AHCPR. Clinical Practice Guideline n.3. *Pressure ulcers in adults: prediction and prevention*. USA. Department of Health and Human Services, n.92, 1992.
2. AL-KANDARI, F.; THOMAS, D. *Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses' workload and surgical wards of selected hospitals in Kuwait*. Journal of Clinical Nursing, v. 18, p.581-590, 2008.
3. ALI, B.A.; et al. *Incidence, preventability and consequences of adverse events in old people: results of retrospective case-note review*. Age and Ageing. v. 37, p.265-69, 2008.
4. AMIR, Y; MEIJERS, J; HALFENS, R. *Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospitals since 2001*. Journal of Wound Care, v.20, n.01, 2011.
5. AURORA, V.; et al. *Using assessing care of vulnerable elders quality indicators to measure quality of hospital care for vulnerable elders*. Journal of American Geriatric Society. v.35, n. 11, p.1707-11, 2007.
6. AZULAY, Rubens David. *Dermatologia*. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan,2008.
7. BARATA, E. A.F.; *A cosmetologia: princípios básicos*.2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Tecnopress, Editora e Publicidade LTDA, 1995.
8. BLANES, L. et al. *Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo*. Revista da Associação Médica Brasileira. v. 50,n. 2, p.182-187. 2004.
9. BENTO, S.C.T. *Efeitos da alocação de recursos humanos e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de terapia intensiva*. 2007. 101f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.
10. BRANDÃO, Euzeli da Silva. *Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica,2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

12. CARVALHO, Vilma de. *Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica*. Esc Anna Nery Rev Enferm. v.13,p. 406-14,2009.
13. CASSIANE, S.B.H. *A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos*. Rev.Bras. Enferm. v.58, p.95-99, 2005.
14. CHO, Sung-Hyun; et al. *The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, and medical cost*. Nursing Research, v.52,n.2, p.71-79,2003.
15. COSTA, IDEVÂNIA GERALDINA. *Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso*. Rev Gaucha Enferm,v. 31, n.4, p. 693-700, 2010.
16. CREMASCO MF, WENZEL F, SARDINHA FM, ZANEI SSV, WHITAKER IY. *Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem*. Acta Paul Enferm. 2009; 22(n esp):897-902
17. CULLUM, NICKY; et al. *Enfermagem baseada em evidências: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
18. DEALEY, C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiros*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
19. DEALEY, Carol. *Measuring the prevalence and incidence of pressure sores*. British Journal of Nursing, v. 2, n. 20, p.998-1006, 1993.
20. DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. *Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003, vol.11, n.1, pp. 115-118. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100017>.
21. ELLIOTT, R; MCKINLEY. S; FOX, V. *Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit*. American Journal of Critical Care; v.17 n.4, p.328 – 35, 2008.
22. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
23. FERNANDES, Luciana Magnani. *Úlcera de pressão em paciente crítico hospitalizado.Uma revisão integrativa da literatura*. Ribeirão Preto, 2000. 293f. Tese (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

24. FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.; PORTO, I.S. *O toque no corpo e a prevenção de escaras*. R. Enferm UERJ, ed extra, p.71-80, 1996.
25. FLETHCER, R.H. *Epidemiologia Clínica*. 4ªed. Porto Alegre: Artemed,2006.
26. FRANÇOLIN, L.; et al. *Eventos adversos para melhoria da segurança assistencial de enfermagem*. Cuidarte Enfermagem, v. 4, n2, p. 74-79, 2010.
27. FREITAS, Maria Célia de et al . *Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco*. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre,v.32, n.1, Mar. 2011. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 17 Apr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100019>.
28. GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida. *A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, Oct. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 14/10/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>.
29. GALVAO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia C. *A busca das melhores evidências*. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4): 43-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>. Acessado em 13/ 10/2011 às 23 h.
30. GORDON, M.D. et. al. *Review of evidenced-based practice for the prevention of pressure sores in burn patients*. Journal of Burn Care & Rehabilitation, v.25, n. 5, p. 388-410, 2004.
31. GUEDES, DP. *Manual prático para avaliação em educação física*. São Paulo: Manole ,2006.
32. GUIMIL, J.A. et al. *Sondas Endonasales como causa de las úlceras por presión em el paciente crítico*. Enfermería Intensiva. V.20, n.1, p.10-18, 2009.
33. GUNNINGBERG, L.; et al. *Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators*. Int. Qual. Health Care. v.13, n. 5, p.399-407, 2001.
34. HAYAJNEH, Y. A; ABUALRUB, R.F.; ALMAKHZOOMY, I.K. *Adverse events in Jordanian hospitals: types and causes*. International Journal of Nursing, v. 16, p. 374-380, 2010.

35. HANSON DS, LANGEMO D, OLSON B, HUNTER S, BURD C. *Evaluation of pressure ulcer prevalence rates for hospice patients post-implementation of pressure ulcer protocols*. The Am J Hospice & Paliative Care; v.11,n.6, p.14-19,1994.
36. HESS, Cathy Thomas. *Tratamento de Feridas e úlceras*. 4º ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores;2002.
37. HICKEY JV. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 3a ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1992
38. HIDALGO-PANCORBO, P. L.; et al. *Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review*. Journal of Advanced Nursing, v.54 , n. 1, p.94-110,2006.
39. INTERNATIONAL GUIDELINE. *Pressure Ulcers: prevalence and incidence in context*. A consensus document. London: MEP Ltd,2009.
40. INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT – *Campanha 5 Milhões de Vidas - Preventig Pressure Ulcers: The goal is zero*. The Joint Comission Journal on quality and Pacient Safety.v.33, n.10, 2007. Disponível em: <http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/>
41. ISAAC, T.; ASHISH,K. *Are patient safety indicators related to widely used measures of hospital quality?* J Gen Intern Med. v. 23, n. 9,p. 1373-8, 2008.
42. IRION, Glenn L. *Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
43. KHAYKIN, E.; et al. *National Estimates of adverse events during nonpsychiatric hospitalizations for persons with schizophrenia*. General Hospital Psychiatry, v. 32,n.4 p.419-25,2010.
44. LAKE, E.T.; CHEUNG, R.B. *Are patient falls and pressure ulcers sensitive to nurse staffing?* Western Journal of Nursing Research, v. 28,n. 6, p. 654-677, 2006.
45. LIMA, L.F.; LEVENTHAL, L.C.; FERNANDES, M.P. *Identificando os ricos do paciente hospitalizado*. Einsten, v. 6, n. 4, p.334-8,2008.
46. LIMA, Angela Cristina Beck; GUERRA, Diana Mendonça. *Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16,n.1,Jan.2011. Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100029&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100029>.

47. LINDGREN, M.; *et al.* **Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery.** Journal of Advanced Nursing v.50, n.6,p.605 – 12, 2005.
48. LINDGREN, M., *et al.* **Immobility: a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study.** Scandinavian Journal of Caring Sciences. v.18,n.1,p.57 – 6, 2004.
49. LINDGREN, M. **Pressure sores: risk assessment and prevention.** Sweden: Faculty of Health Sciences, Linköping University. Dissertation 784; 2003.
50. LISE, F.; SILVA, L. C. **Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o domiciliar cuidador.** Acta Sci Health Sci. v. 29, n. 2, p. 85-89. 2007.
51. LYDER,C.H.; *et al.* **Quality of care for hospitalized medicare patients at risk for pressure ulcers.** Arch.Intern.Med. ,v. 25,n.161,n.12,p.1549-1554,2001.
52. KELLER, B.P.J.A; WILLE, J.; VAN RAMSHORST, B.; VANDER WERKEN, C. **Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention.** Intensive Care Medicine. V.28, n.10, p.1379-88, 2002.
53. KROKOSZ, D.V.C. **Efeitos da alocação de pessoal e carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidade de internação médico-cirúrgicas.** 2007. 101f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.
54. MADALOSSO, A.R.M. **Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional.** Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 11-17, julho 2000.
55. MALAGUTTI, William. **Curativo, ostomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional.** São Paulo: Martinari, 2010.
56. MANOJLOVICH, M.; ANYONAKOS, C.L.; RONIS, D.L. **The relationship between hospital size and ICU type on select adverse patient outcomes.** Hospital Topics, v.88, n.2, p.33-42, 2010.
57. MANCUSSI, A.C.; FARO, A.C.M. **Fatores de risco para úlcera por pressão: subsídios para a prevenção.** Rev.Esc.Enf.USP., v.33,n.3, p.279-83,1999.
58. MATURANA, Humberto. **A ontologia da realidade.** Minas Gerais: Editora UFMG, 2002.
59. MCINNES E, JAMMALI-BLASI A, BELL-SYER SEM, DUMVILLE JC, CULLUM N. **Support surfaces for pressure ulcer prevention.** Cochrane Database of Systematic Reviews. v.4,2008: CD001735.



60. METERSKY, M.L. et al. *Racial Disparities in the frequency of patient safety events*. Medical care. v. 49,n. 5, p.504-510,2011.
61. MIYAZAKI, M. Y. *Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário*. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
62. MILAN, A.L.K. et al. *Estudo da hidratação da pele por emulsões cosméticas para xerose e sua estabilidade por reologia*. Rev Bras de Ciências Farmacêuticas. v.43, n.4, p. 649-656. out./dez., 2007.
63. MOORE, R.J.; WILKINSON,J.B. *Cosmetologia de Harry*.2<sup>a</sup> ed. Madri: Diaz de Santos S.A., 1990.
64. MORO,A. et al. *Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em um hospital geral*. Rev. Assoc. Med. Bras.v.53, n4, p.300-4,2007.
65. MOTA, L.S. et al. *Estresse, neuropsicoimunomodulação e dermatoses: o sofrimento psíquico expresso na pele*. Neurobiologia, v.72, n.4, 2009.
66. MUELLER, C.; KARON, S.L. *ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities*. J. Nurs Care Qual, v. 19, n.1 p. 39-47, 2004.
67. NEEDLEDMAN, J.; et al. *Nurse- staffing levels and the quality of care in hospitals*. New England Journal of Medicine, v . 346, .n. 22, p. 1715-22, 2002.
68. NEUMAN, M.D; et al. *The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture*. Journal of American Geriatrics Society. V. 57, n 11, p. 2046-54, 2009.
69. NIJS, N, et al. *Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit*. Journal of Clinical Nursing; v.18,n.9, p.1258- 66, 2009.
70. PADILHA, GK., VATTIMO,MFF., SILVA,SC., KIMURA,M. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo: Manole, 2010.
71. PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.; BERT, H.W. *Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem*. Rev. Esc Enferm USP, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.
72. PARANHOS WY, SANTOS VLGC. *Avaliação do risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa*. Rev Esc Enferm USP; v. 33:191-204,1999.
73. PEDREIRA, M.L.G.; HARAD, M.J.C.S. *Enfermagem dia-a dia: segurança do paciente*. São Caetano do Sul: Yendes Editora, 2009.127

74. PEYREFITTE, Gerárd; MARTINI, Marie-Claude; CHIVOT, Martine. *Cosmetologia, biologia geral e biologia da pele*. São Paulo: Andrei Editora, 1999.
75. REDDY, M.; GILL, S.S; ROCHON, P.A. *Preventing pressure ulcers: a systematic review*. Journal of American Medicine Association, v.296, n.08, p.974-984.
76. REICHE, E.V. et al. *Visão atual: a psiconeuroimunologia*. Semina, v.12, n. 2, 1991.
77. REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. *Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X199000010006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199000010006&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>.
78. RICOER, Paul. *Teoria da Interpretação*. Porto: Edição 70, 1976.
79. ROGENSKI, N.M.B. *Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão*. 2010. 132f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.
80. ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V.L. C. de G. *Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005.
81. SALOMÉ, GERALDO MAGELA. *Incidência e fatores de risco para úlcera por pressão em um conjunto hospitalar*. Nursing, v.14, n.160, p. 491-495, set. 2011.
82. SAMAPAIO, Sebastião de Almeida Prado. *Dermatologia*. 3ª ed. São Paulo: Artes médicas, 2007.
83. SANCHEZ-RUBIO, M.P.; et al. *Estudio de prevalência del efecto adverso de úlceras por presión em um hospital de agudos*. Enfermería Clínica. v. 20, n.6, p. 355-359, 2010.
84. SANTOS, J. C.; CEOLIM, M.F. *Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados*. Rev Esc Enferm USP, v.43, n. 4, p.810-7, 2009.
85. SANTOS, Iraci dos; SILVA, Lolita Dopico; SOUSA, Cristina Albuquerque de. *Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão – evidências do cuidar de enfermagem*. Rev. Bras Enferm. v.53, n.3, p.279-84, 2006.
86. SCHOOVEN, L. et al. *Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers*. Briths Medical Journal, v.325, n.12, p.01-05, 2002.
87. SILVA, S. C. *Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem*. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2003.

88. SILVA, R.C.L. *Feridas: fundamentos e atualizações e m enfermagem* – 3ªed. São Caetano do Sul: Yendes Editora,2011.
89. SILVA, V.R,L. *Desenvolvimento de formulações cosméticas hidratantes e avaliação da eficácia por métodos biofísicos*. 2009.151f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade de São Paulo, 2009.
90. SIMÃO, Carla Maria Fonseca. *Úlcera por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva e Conformidade das Ações de Enfermagem*. 2010.135f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2010.
91. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein. 2010; 8 (1 Pt. 1):102-6 [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)
92. SOUZA, Fábio Luiz Costa de. *Desenvolvimento de bases emulsionadas de Silicone e Água e Avaliação Comparativa com Bases Emulsionadas de Óleo e Água Para Uso Externo de Uso Mais Comum em Manipulação*. Rio de Janeiro, 2007. 198f. Dissertação (mestrado em farmacologia)-Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
93. SHULDHAM, C.; et al. *The relationship between nurse staffing and patient outcomes: a case study*. International Journal of Nursing Studies. v . 46, p. 980-992, 2009.
94. TALEB, Nassim Nicholas. *A lógica do cisne negro - O impacto do altamente improvável/Gerenciando o desconhecido*. Rio de Janeiro: BestSeller,2008.
95. TANNEN, A.; et al. *Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany – adjust for personal risk factors and institucional quality indicators*. Journal of Evolution in Clinical Practice, v . 15, p. 85-90, 2009.
96. THEAKER C. *Pressure sore prevention in the critically ill: what you don't know, what you should know and why it's important*. Intensive and Critical Care Nursing v.19, n3, p.163—8, 2003.
97. THEAKER C, MANNAN M, IVES N, SONI N. *Risk factors for pressure sores in the critically*. Anesthesia v.55, n.3, p.221-4, 2000.
98. URSI, E.S. *Avaliação do desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes cirúrgicos*. 2010. 128 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

99. US. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: understanding and improving health*, 2<sup>nd</sup> ed. Washington DC: Government Printing office: November, 2000.
100. VANDERWEE, K.; GRYPDONCK, M.; DEFLOOR, T. *Alternating pressure air mattresses as prevention for pressure ulcers: a literature review*. International Journal of Nursing Studies. v.45, p.784-801, 2007.
101. VAN GAAL, B.G.I, et al. *The safe or sorry? Study : a cluster randomized trial on the development and testing of an evidence based inpatient safety program for the preventing of adverse events*. BMC Health Service Research. v.9, p. 52-58, 20
102. VAN GAAL, B.G.I, et al. *The safe or sorry? Programme. Part II: effect on preventive care*. International Journal of Nursing Studies. v. 48, p. 149-1057, 2011.
103. VENTURI, K.K. *Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos*. 2009. 175f. Dissertação (Mestrado) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.
104. VINCENT, C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.
105. WILLEN, J. et al. *Assessment of incidence, cause, and consequences of pressure ulcers to evaluate quality of provide care*. Dermatologic Surgery, v. 35, p. 1797-1803, 2009.
106. World Health Organization, 2009. *El Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/about/copyright/es/index.html>).
107. WHITTEMORE, R; KNAFL, K. *The integrative review: updated methodolog*. Journal of Advanced Nursing, v.5, n.25, p. 546–553, 2005
108. YEPS, D.; et al. *Incidencia y factores de riesgo en relación com las úlceras por presión em enfermos críticos*. Medicina Intensiva, v. 33, n. 6, p.276-281, 2009.

## APÊNDICE I - Ficha de avaliação para inclusão dos estudos selecionados

### 1. Identificação do artigo

---

Número de identificação do artigo: \_\_\_\_\_

Título:

\_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Ano de publicação: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Periódico: \_\_\_\_\_

Qualificação profissional do pesquisador:

( ) Enfermeiro      ( ) Graduando      ( ) Graduado      ( ) Mestre

( ) Médico      ( ) Especialista      ( ) Doutor

Outro: \_\_\_\_\_

Instituição do Pesquisador:

\_\_\_\_\_

### 2. Tema Central

---

Qual foi o tema central explorado?

\_\_\_\_\_

Qual abordagem utilizada para classificar a UP?

( ) Evento adverso      ( ) Iatrogenia      ( ) Indicador de qualidade      ( ) Dano      ( )  
Sem classificação

Outros: \_\_\_\_\_

Local onde foi realizado o estudo:

Hospital ( ) Hospital Universitário( ) Asilo( )

Outros: \_\_\_\_\_

Foi realizado em unidade especializada? Qual

\_\_\_\_\_

### 3. Avaliação de artigos com enfoque terapêutico

---

Quais foram as intervenções avaliadas?

\_\_\_\_\_

Os grupos receberam a mesma intervenção? ( ) Sim ( ) Não

Amostra: ( ) Randomizada ( ) Cegada ( ) Aleatória ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Tamanho amostral: \_\_\_\_\_

Tempo de seguimento: \_\_\_\_\_

Houve quebra do seguimento? ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

Quais as variáveis analisadas?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Como o desfecho foi avaliado?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. Artigos de revisão sistemática**

A questão norteadora estava bem estruturada? ( ) Sim ( ) Não

Qual foi a questão?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A estratégia de busca foi claramente descrita? ( ) Sim ( ) Não

Os critérios de inclusão e exclusão foram descritos? ( ) Sim ( ) Não

A Qualidade metodológica dos estudos incluídos foi analisada? ( ) Sim ( ) Não

Qual foi a amostra final? \_\_\_\_\_

Qual foi a síntese dos resultados?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Artigos com enfoque etiológico/ fatores de risco**

Como os participantes foram selecionados?

\_\_\_\_\_

Qual foi o tempo de seguimento? \_\_\_\_\_

Como foram selecionados os controles?

---



---

Quais foram os desfechos investigados?

---



---

As variáveis foram controladas?

---



---

**6. Estudos de prevalência/ incidência**

Qual a base de dados pesquisada? ( ) Prontuários ( ) exame físico

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Quais as características da população investigada?

---



---

Qual tamanho da amostra?

---



---

Qual foi o tempo para coleta de dados?

---



---

Quais os resultados obtidos?

---



---



---



---

**7. Estudo com enfoque em diretrizes**

Qual foi a sociedade responsável pela elaboração das Diretrizes?

---

Estão baseadas em revisão sistemática? ( ) Sim ( ) Não

As evidências foram graduadas quanto ao grau de evidência? ( ) Sim ( ) Não

Quais foram as diretrizes investigadas?

---



---

---

---

---

---

---

Qual foi a conclusão sobre as diretrizes investigadas?

---

---

---

---

---

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---



<b>Número:</b> 01	<b>Fonte:</b> Nursing Research	Ano: 2003
<b>Autor(es):</b> Cho, Sung-Hyun; et al.		
<b>Título:</b> Os efeitos da equipe de enfermagem em eventos adversos, morbidade, mortalidade e custo hospitalares.		
<b>Objetivo</b>	Examinar os efeitos da equipe de enfermagem na ocorrência de eventos adversos. E avaliar a correlação dos eventos adversos com morbidade, mortalidade e custos hospitalares.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Foram utilizados dois bancos de dados: <i>Dados Financeiros Hospitalares</i> , produzido por Serviço da Califórnia em Planejamento e Desenvolvimento de Saúde (OSHPD) e o <i>Banco de dados de internação</i> (SID) realizado pela Agência de pesquisa e qualidade de cuidados de saúde (AHRQ). O ano de 1997 foi considerado para extração dos dados. Amostra: 232 hospitais e 124,204 pacientes. Variáveis analisadas: características do hospital, características da equipe de enfermagem (médico/cirúrgica enfermagem clínica, médico/cirúrgica em terapia intensiva, unidade coronariana; <i>All hours</i> = número total de horas produzidas trabalhadas por todos da equipe de enfermagem; <i>RN hours</i> = total de horas registrada pela enfermagem de cada plantão e <i>RN proportion</i> = mix de habilidades, calculado pelo RN hours dividido por All hours); características dos pacientes, eventos adversos (queda/injúria, úlcera por pressão, evento adverso medicamentoso, pneumonia, infecção urinária, infecção de ferida e sepses); mortalidade (morte durante a internação); morbidade (impacto no tempo de internação) e custo (custo total = total de despesa operacional total dividido pela cobrança bruta de cada paciente; e custo individual = cobranças multiplicado pela receita específica de cada hospital)	
<b>Resultados</b>	A média foi de 8,9 h All hours e 6,3 h RN hours por dia de internação. 93,2% dos pacientes não sofreram nenhum EA, 5,6% sofreram um (01) EA e 1,2% tiveram mais de um EA. A pneumonia foi a EA mais frequente (2,3%). Já a queda foi o evento menos comum. A idade e o sexo feminino tiveram relevância estatística com a ocorrência dos eventos. Em relação ao diagnóstico médico, os pacientes com amputação por insuficiência vascular tiveram maior incidência de UP. EA foram mais comuns em hospitais de grande porte (104 eventos). Os de médio porte registram 38 eventos). Todos os EA aumentaram o tempo de internação e a UP foi o evento com maior impacto, responsável por um acréscimo de 6,2 dias de internação. A mortalidade teve as seguintes incidências: (Odds ration sepsis 7,40; PNM 3,39; infecção ferida 1,29; UP 1,26, queda 0,8). A correlação entre as horas de enfermagem e a ocorrência de EA foi o aumento de 1 RN hours com redução de 8,9% odds para pneumonia.	
<b>Conclusão</b>	O declínio da prevalência de UP nos hospitais Alemães após 2004 podem ser explicados pelas diferenças das características dos clientes, melhora na implementação dos indicadores de qualidade e melhora na prevenção de UP.	

<b>Número:</b> 02	<b>Fonte:</b> Briths Medical Journal	<b>Ano:</b> 2002
<b>Autor(es):</b> Schooven, L. et al		
<b>Título:</b> Estudo prospectivo de corte sobre a rotina do uso das escalas de risco para predição de UP		
<b>Objetivo</b>	Avaliar como as escalas de risco podem ser utilizadas para identificar quais os pacientes que comumente desenvolvem UP	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	<p>Cenário: dois hospitais de grande porte da Holanda. Critérios de inclusão: pacientes com até 48 horas de internação sem UP nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, geriatria e neurologia. Período de coleta de dados: jan.1999 a jun. 2000. Coleta de dados: Enfermeiros pesquisadores realizaram a 1ª visita até 48 h após internação e, depois, uma vez por semana até o desenvolvimento de UP, ou alta hospitalar, ou por 12 semanas subsequentes para inspeção da pele e observação de medidas preventivas. Variáveis analisadas: fatores de risco das três escalas (Norton, Waterlow, Braden); presença de medidas preventivas (uso de colchão para redução da pressão e mudança de decúbito); presença de UP e estadiamento da UP desenvolvida. Pacientes com risco de desenvolver UP foram considerados com escore abaixo da área da curvatura do gráfico das escalas analisadas.</p>	
<b>Resultados</b>	<p>135 (11%) pacientes desenvolveram UP. 129 (95,5%) das lesões desenvolveram-se nas quatro primeiras semanas de internação. O tempo máximo de segmento foi de 12 visitas. A incidência semanal esteve em torno 6,2%. Um total de 57 pacientes recebeu medidas preventivas por 101 semanas de internação no total. Os pacientes que receberam as medidas preventivas eram mais idosos do que os que foram observados e não receberam cuidados preventivos. A maior parte dos pacientes com risco de desenvolver UP, de acordo com as Escalas Avaliativas, não recebeu cuidados preventivos. Outros, sem risco, receberam. Como medidas preventivas foram consideradas o uso de colchão especial e a mudança de decúbito. A efetividade das escalas em predizer o desenvolvimento de UPO foi limitada, principalmente para os pacientes cirúrgicos.</p>	
<b>Conclusão</b>	A efetividade das escalas de risco para avaliar o risco é limitada	

<b>Número:</b> 03	<b>Fonte:</b> Journal of wound care	Ano:2011
<b>Autor(es):</b> Amir, Y; Meijers, J; Halfens, R.		
<b>Título:</b> Estudo retrospectivo da prevalência de UP em Hospitais Gerais da Holanda desde 2001.		
<b>Objetivo</b>	Investigar quais fatores das características dos pacientes, estratégias de prevenção, indicadores de qualidade de estrutura utilizada pelas instituições e divisões podem explicar o aparente declínio da prevalência de UP, de 2001 a 2008.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Participantes: pacientes internados em hospitais gerais da Holanda. Critérios de inclusão: maiores de 18 anos, com pele íntegra e tempo de internação menor que três meses. Instrumento de coleta de dados: três questionários elaborados pelo LPZ (Base de dados de um programa para levantamento da prevalência nacional holandesa de problemas de atendimento-LPZ). Variáveis analisadas: prevalência de UP, características dos pacientes (idade, sexo, doenças, tempo de cirurgia, tempo de internação), score da escala de Braden, medidas preventivas (superfícies de suporte, mudança de decúbito, nutrição), indicadores de qualidade estrutural (enfermeiro especialista, consulta multidisciplinar ou única, utilização de guidelines, avaliação de arquivos do paciente, disponibilidade de documentação para prevenção e tratamento de UP e disponibilidade de colchão de redistribuição de pressão). Indicadores de qualidade a nível hospitalar (comissão de prevenção e orientação para tratamento de UP, monitoramento pelo staff de enfermagem da realização das medidas de prevenção, de acordo com guideline, central de comunicação de UP, central de gerenciamento de materiais para UP, curso de atualização e folhetos explicativos). Coleta de dados foi realizada por um time de enfermeiros por meio de inspeções hospitalares.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi constituída de 63,336 participantes de 414 hospitais gerais. Em 2001, a prevalência de UP era da ordem de 8,5%; em 2004 a relação foi de 5%. Em 2008 caiu para 3,4%. Comparando os dados de 2001-2004 com 2005-2008, observou-se um número menor de participantes com hemiparesia(OR 0.48), doença infecciosa (OR 0,86), tempo cirúrgico acima de 2 horas (OR 0,63), score Braden $\leq 20$ (OR 0.84). Além de mais pacientes com diabetes mellitus (OR 1,63). Todos os cuidados preventivos foram realizados com mais frequência no período de 2005-2008. Houve também aumento no número de enfermeiros especialistas (OR 2,4), de consultoria única e multidisciplinar, prevenção baseada em guideline (OR 4.6) e panfletos informativos (OR 5.8)	
<b>Conclusão</b>	Pacientes sofreram EA durante a hospitalização. Sistemas de cuidado para redução dos EA e suas consequências são necessários..	

<b>Número:</b> 04	<b>Fonte:</b> The Journal of American Medical Association	<b>Ano:</b> 2006
<b>Autor(es):</b> Reddy, M.; Gill,S.; Rochon,P.		
<b>Título:</b> Prevenindo úlcera por pressão: uma revisão sistemática		
<b>Objetivo</b>	Revisar sistematicamente as evidências científicas das intervenções de prevenção de UP.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Base de dados pesquisadas: MEDLINE, EMBASE, CINHAI, COCHRANE. Amostra: ensaios clínicos randomizados (RTC) sobre medidas preventivas para UP. Termos usados para busca: úlcera por pressão, decúbito, escara, prevenção, profilaxia, redução, randomizado, redução e ensaio clínico. Os trabalhos foram analisados quanto à qualidade metodológica e organizados em três categorias: mobilidade, nutrição e hidratação cutânea.	
<b>Resultados</b>	<p>Amostra foi constituída de 59 estudos (51 mobilidade, 5 nutrição e 03 hidratação cutânea).Em relação a <b>mobilidade</b>, 48 artigos avaliaram o papel das superfícies de suporte; 16 estudos analisaram superfícies estáticas; oito estudos mostram redução da incidência de UP quando comparado às superfícies padrão; 14 trabalhos comparam superfícies dinâmicas com superfícies estáticas. Apenas três estudos encontraram resultados melhores em superfícies dinâmicas, mas sem associação estatística significativa para redução de sua incidência. Três estudos comparam camas padrão com camas giratórias, mas estas últimas não mostram benefícios na redução de incidência. Em relação às superfícies estáticas, o uso de sobreposições de pele de carneiro em mesas cirúrgicas reduziu a incidência de UP no período pós-operatório. No que diz respeito ao uso de coxim, um estudo comparou espumas especiais com gel + espuma especial e este último foi significativamente mais efetivo. Dois estudos avaliaram a mudança de decúbito como medida preventiva. Um RTC comparou mudança de decúbito a cada 4 horas associada ao uso de colchão com espuma especializada à mudança de decúbito a cada 2 horas e colchão com espuma padrão.\O primeiro grupo teve uma redução da incidência de UP (porém o estudo apresenta vários vieses de seleção e randomização). O outro trabalho foi realizado com uma amostra de 46 pacientes. Aqui, comparou-se a cabeceira elevada à 30° e 90°, mas não houve diferença entre os dois grupos. As cinco pesquisas avaliaram a suplementação alimentar. Apesar de um delineamento pobre, apenas um estudo avaliou a <b>suplementação alimentar</b> em 672 pacientes por 15 dias. Os resultados indicaram redução da incidência de UP. Dos três trabalhos relacionados à hidratação da pele, dois estudos ( ácido graxo hiperoxigenado vs placebo e hexaclorofeno, esqualeno e alantoína vs placebo) apresentaram redução da incidência de UP. Já o estudo que utilizou a nicotinamida não apresentou redução da incidência quando comparado com hexaclorofeno, esqualeno e alantoína. Obs: apesar da fragilidade metodológica dos estudos, o uso de medidas preventivas como superfícies de suporte, mudança de decúbito, nutrição adequada e hidratação da pele podem ser consideradas como estratégias de prevenção. Além disso, constatou-se a necessidade de investigar as intervenções realizadas pela enfermagem e, assim, determinar, baseado em evidencias, qual a ação mais apropriada para as situações encontradas diariamente</p>	
<b>Conclusão</b>	Dadas as evidencias, o uso de superfícies de suporte, reposicionamento dos pacientes, otimização nutricional e hidratação da área da pele na área sacra são estratégias apropriadas para prevenção de UP.	

<b>Número:</b> 05	<b>Fonte:</b> International Journal of Nursing Studies	<b>Ano:</b> 2007
<b>Autor(es):</b> VANDERWEE, Katrien; GRYPDONCK, Maria; DEFLOOR, Tom.		
<b>Título:</b> Colchão de alternância de ar como prevenção para UP: uma revisão de literatura		
<b>Objetivo</b>	Examinar e sintetizar estudos sobre uso de colchão de alternância de ar como medida preventiva para UP.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Pubmed, Cinahl, Embase, Medline, Central para identificar estudos publicados no período de janeiro 1980 a setembro de 2006. As palavras - chaves foram combinadas com os descritores relacionados a ulcera por pressão, colchão de ar e prevenção. Foram incluídos artigos que comparassem o colchão com alternância de ar com colchão estático ou diferentes tipos de colchões de alternância de ar nas línguas inglesa, francesa, alemã e holandesa. Três resultados foram analisados: incidência de UP, pressão de contato e perfusão sanguínea e o conforto.	
<b>Resultados</b>	Trinta e cinco estudos foram selecionados: 20 ensaios clínicos randomizados e controlados (n=aproximado4526 pacientes), 13 estudos experimentais (n=258 pacientes), 01 estudo prospectivo e 01 estudo retrospectivo. Um ECR comparou um colchão de alternância de ar e colchão padrão e concluiu-se que o colchão de ar foi uma medida mais eficaz de prevenção. ECRs comparados a tipos de colchões de alternância de ar constante resultaram em evidências conflitantes. Todos os ECRs tinham falhas metodológicas. O uso de pressão de contato da interface e medições de perfusão sanguínea para avaliar a eficácia dos colchões sugerem uma vantagem hipotética de esta prática ser melhor do que o colchão padrão. Conforto foi o desfecho primário em apenas quatro estudos, por se tratar de um dado subjetivo. Diversos delineamentos foram utilizados e, a partir deles, acredita-se que o colchão de ar é mais desconfortável.	
<b>Conclusão</b>	Tendo em conta as questões metodológicas, concluiu-se que os colchões de ar tendem a ser mais eficazes do que colchões padrão. Pressão de contato e perfusão sanguínea dá apenas uma conclusão hipotética sobre sua eficácia. Percebe-se a necessidade de estudos adicionais como ensaios clínicos randomizados.	

<b>Número: 06</b>	<b>Fonte:</b> Cochrane Library	<b>Ano:</b> 2009
<b>Autor(es):</b> McInnes, Elizabeth; et al.		
<b>Título:</b> Superfícies de apoio para prevenção de úlceras por pressão		
<b>Objetivo</b>	Avaliar as evidências de quais medidas de superfícies de alívio de pressão, tais como almofadas, camas, colchões sobreposições e substituições colchão, podem reduzir a incidência de úlceras de pressão em comparação com superfícies de suporte padrão.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Cochrane, Medline, Embase, Cinahl . Critérios de inclusão consideraram ensaios clínicos randomizados ou estudos quase-experimentais capazes de avaliar os efeitos da qualquer superfície de suporte utilizada como medida preventiva para UP. Resultados analisados foram: incidência de UP, estadiamento das lesões desenvolvidas, custo, conforto, durabilidade, aceitação do recurso pela equipe e qualidade de vida.	
<b>Resultados</b>	<p>52 ensaios clínicos foram incluídos. 30 ensaios incluíram participantes sem úlceras de pressão pré-existentes (pele saudável), 04 incluíram pacientes com úlceras de grau maior que 1, cinco incluíram participantes com e sem úlcera e em 13 ensaios a condição da pele do valor inicial dos participantes eram incertos. Em relação ao âmbito 05, compreendidos em áreas da mesa de operação, 08 UTI, 08 pacientes ortopédicos e 01 contexto de serviços de emergência, como hospitais. Os demais estudos examinaram uma variedade de pacientes. Quanto às intervenções: Cinco avaliaram almofadas, três avaliaram o uso de pele de carneiro e outros três avaliaram camas ortopédicas / terapia cinética. Os demais estudos avaliaram diferentes colchões, coberturas e camas.</p> <p>Estudos que comparam colchão padrão com colchões de espuma especial indicam que a espuma alternativa pode reduzir a incidência de UP em pacientes com alto risco e com fratura de quadril. Os benefícios relativos de dispositivos de baixa pressão, pressão constante e alternada, e os diferentes dispositivos de pressão alternada para a prevenção de úlcera de pressão não são claras. Um estudo de alta qualidade não encontrou nenhuma diferença significativa entre coberturas de pressão alternada com colchão de alternância de pressão. No entanto, colchões PA foram associados com uma probabilidade de 80% de redução dos custos, devido ao maior tempo para desenvolver a ulcera por pressão e redução do tempo de internação. Tem sido demonstrado que o uso de sobreposições de alívio de pressão na mesa de cirurgia e no pós-operatório reduz a incidência de úlceras de pressão após a cirurgia. Não há evidências suficientes para concluir sobre a utilidade de assentos, vários dispositivos de baixa pressão constante e capas para macas nos serviços de emergência. Não se sabe se estas estratégias previnem as úlceras de pressão.</p>	
<b>Conclusão</b>	Em pessoas com alto risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão deve –se considerar o uso de espuma de colchões, em sua mais alta especificação, no lugar das usadas em hospital padrão. Os méritos relativos de pressão alternada e de baixa pressão de alta tecnologia, voltadas para a prevenção, não são claras, mas os colchões de pressão alternada podem ter uma melhor relação custo benefício do que as alternadas camadas de pressão. As coberturas com pele de ovelhas estão associadas com uma comprovada diminuição na incidência de úlceras de pressão. As organizações podem considerar o uso de algumas formas de alívio de pressão para pacientes de alto risco. Almofadas de assento e sobreposições para uso no contexto dos serviços de emergência não foram adequadamente avaliadas	

<b>Número:</b> 07	<b>Fonte:</b> Quality and Safety in health	<b>Ano:</b> 2005
<b>Autor(es):</b> Evans S.M; et al.		
<b>Título:</b> Atitudes e barreiras para comunicação de incidentes: um estudo hospitalar colaborativo.		
<b>Objetivo</b>	Avaliar o conhecimento e uso de um sistema atual de comunicação de incidentes e identificar os fatores de inibição de comunicados de incidentes em hospitais.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	<p>Cenário: Três hospitais de referência do sul da Austrália. População: enfermeiros e médicos. Instrumento de coleta de dados: um questionário investigou se os agentes sabem como utilizar o sistema de comunicação, como acessá-lo e qual é e de que forma essa ferramenta é utilizada de forma completa. Para mensurar a prática, os entrevistados foram instados a estimar quantas vezes eles comunicaram um dos 11 incidentes conhecidos (queda, erro de medicação, falha de equipamento, tratamento ou procedimento errado, paciente sem receber tratamento necessário, dados confidenciais revelados, infecção hospitalar, trombose venosa profunda durante o pós-operatório, quase erro de medicação, UP). Investigou-se também se eles acreditam que esses eventos devem ser comunicados: sempre, <math>\geq 50\%</math> das ocasiões, nunca, os <math>\leq 50\%</math> restantes. Já para determinar as barreiras de comunicação, 19 potenciais motivos foram sugeridos.</p>	
<b>Resultados</b>	<p>Amostra foi constituída de 186 médicos (70,7% questionários) e 587 enfermeiros (73,5% questionários). Enfermeiros foram mais conscientes do que os médicos em todos os quesitos: acessar uma comunicação (88.3% vs 43.0%); como comunicar de forma completa (89% vs 64%) e o que fazer com uma comunicação de incidente (81.9% vs 49.7%). Os médicos com mais de 5 anos de experiência profissional tinham menos conhecimento para realizar a comunicação de forma completa do que os médicos com menos experiência (58% vs 79%). Já na enfermagem a relação foi inversa (82% vs 50%). Mais de 90% dos enfermeiros e 75% dos médicos responderam que sempre comunicariam uma queda, enquanto que menos de 20% dos médicos e enfermeiros sempre comunicam a UP como um incidente. Tanto médicos quanto enfermeiros alertaram que a principal barreira para a comunicação é a lacuna no feedback (57,7% e 61.8%).</p>	

<b>Número:</b> 08	<b>Fonte:</b> Revista da Escola de Enfermagem USP	Ano:1999
<b>Autor(es):</b> Mancussi, Ana Cristina; Faro, A.C.M.		
<b>Título:</b> Fatores de risco para úlcera por pressão: subsídios para prevenção		
<b>Objetivo</b>	Identificar os fatores de risco para UP nos registros de enfermeiras (históricos e diagnósticos de NANDA) em prontuários de pacientes com lesão medular; identificar e analisar as intervenções de enfermagem preconizadas na assistência ao lesado medular face aos riscos identificados.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Cenário: instituição governamental de assistência ao lesado medular na cidade de São Paulo. Coleta de dados: busca em prontuários que continham histórico e evolução de enfermagem preenchida por um grupo de enfermeiros. Um grupo de juízes formado por profissionais validaram as intervenções pertinentes ao diagnóstico elaborado: Potencial para prejuízo na integridade da pele através da técnica de Delphi.	
<b>Resultados</b>	Amostra: 38 prontuários. Tempo de coleta de dados: 1988 a 1992. Foram identificados 14 diagnósticos de enfermagem e 76 intervenções de enfermagem. Priorizou-se um diagnóstico e as intervenções correlacionadas a ele. No " <i>Potencial para prejuízo na integridade da pele</i> " foram identificados 05 fatores de risco registrados: <i>Alteração de sensibilidade e motricidade</i> (n=38), <i>incontinência urinária</i> (n=27), <i>história prévia de UP</i> (n=1) <i>flictema em região de proeminência óssea</i> (n=1) e <i>alteração de turgor e elasticidade da pele</i> (n= 03). Quanto às intervenções de enfermagem elas foram divididas em três categorias: <b>orientar ao paciente</b> quanto: aos cuidados com a integridade da pele e prevenção de UP, reeducação vesical com esvaziamento a cada três horas, uso de emoliente para hidratar a pele, verificar a temperatura da água antes do banho, utilização de dispositivos para incontinência urinária e de bolsa coletora de perna para reeducação vesical, ingestão de 2 a 3 litros de água diários), <b>orientar e treinar o paciente</b> quanto: ao posicionamento no leito e na cadeira de rodas para prevenção de deformidades de UP, mudança de decúbito, realização de pus-up) e <b>orientação e treinamento do paciente e familiar</b> quanto: observação diária da pele do pênis quando utilizar dispositivo para incontinência urinária ou coletor de urina, e indicar os cuidados de higiene como evitar contato de fezes e urina com a pele, alimentação rica em proteínas e vitaminas, primeiros sinais de úlcera por pressão e, finalmente, a observação diária da pele utilizando espelho)	



<b>Número: 09</b>	<b>Fonte:</b> Age and Ageing	Ano: 2008
<b>Autor(es):</b> SARI, A.B.; CRACKNELL, A.; SHELDON, T.		
<b>Título:</b> Incidência, prevenção e consequências dos eventos adversos em pessoas idosas: resultado de uma revisão retrospectiva de estudo de caso.		
<b>Objetivo</b>	Estimar a extensão, prevenção e consequências de EA em pessoas idosas e pessoas não idosas.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Auditoria em registro de pacientes por enfermeiros e médicos treinados para detectar os EA. A extensão do evento foi caracterizada como dano, morte ou incapacidade. Foram consideradas pessoas idosas maiores de 75 anos de idade. A amostra foi constituída de 1006 pacientes, dos quais somente 332 eram maiores de 75 anos.	
<b>Resultados</b>	Dos 332 pacientes, 45 (13,5%) sofreram um EA. Quando se analisou os dados com a idade base de 65 anos, observou-se um aumento de 3% odds para ocorrência de EA para cada ano de idade a mais. 07 (15,5%) EA foram considerados eventos passíveis de prevenção, quando comparados com 20 (47,6%) dos 42 EA ocorridos com os pacientes de idade inferior a 75 anos. Nove (20%) pacientes com idade superior a 75 anos e 14 (33%) pacientes com idade inferior a 75 anos tiveram EA que acarretaram incapacidades por até 6 meses ou contribuíram com sua morte. Queda do paciente e infecção (18%) foram os EA mais frequentes em pacientes idosos. A UP acometeu 9,3% dos pacientes idosos e 3,8% dos pacientes não idosos.	
<b>Conclusão</b>	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para a ocorrência de EA que pode ser prevenida. A idade influenciou a ocorrência de EA em pessoas hospitalizadas.	

<b>Número:</b> 10	<b>Fonte:</b> General Hospital Psychiatric	<b>Ano:</b> 2010
<b>Autor(es):</b> Khaykin, Elizabeth; et al.		
<b>Título:</b> Estimativa nacional de eventos adversos durante hospitalizações não psiquiátricas em pessoas com esquizofrenia		
<b>Objetivo</b>	Determinar a associação entre diagnóstico de esquizofrenia e evento adverso durante hospitalização não-psiquiátrica	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Cenário: hospitais dos EUA. Base de dados: NIS – projeto de utilização e custo da assistência de saúde. Período analisado: 2002 a 2007. Critério de inclusão: dados pós alta hospitalar de pacientes maiores de 18 anos com e sem diagnóstico primário de esquizofrenia. Variáveis analisadas: incidência de EA (UP, infecção relacionada à assistência de saúde, perfuração ou laceração acidental, pneumotórax acidental, insuficiência ventilatória pós operatório, sepse pós operatório, TVP pós operatório, hemorragia ou hematoma pós-operatório), características demográficas, co-morbidades, tipo de hospitalização(eletiva ou emergencial), características das instituições hospitalares (porte, região, hospital de ensino ou não)	
<b>Resultados</b>	Amostra: 37,092,651 hospitalizações não psiquiátricas sem diagnóstico secundário de esquizofrenia, e 269,387 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Os pacientes esquizofrênicos tiveram elevados odds ratios para indicadores de segurança dos pacientes comparados com os pacientes que não tinham diagnóstico secundário de esquizofrenia: UP (OR 1,43, 95%IC:1,36 - 1,51) infecção nosocomial (OR 1.19), insuficiência respiratória aguda (OR1,96), sepses (OR1,59), embolia pulmonar (OR 1,23) . A ocorrência de Pneumotórax e hemorragia pós-operatória não foram estatisticamente significativas ou diferente entre os dois grupos. OR para perfuração acidental foi menor no grupo de pacientes esquizofrênicos. Perfil dos pacientes esquizofrênicos: mulheres negras, idade média 56.2 anos, com internação não eletiva, portadores de insuficiência cardíaca congestiva, HIV, abuso de drogas e diabetes como co-morbidades mais frequentes.	

Obs: Estudo aponta que os pacientes portadores de esquizofrenia estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de UP, o que talvez possa estar associado com as co- morbididades existentes.

<b>Número: 12</b>	<b>Fonte:</b> International Journal of Quality and Healthcare	Ano:2001
<b>Autor(es):</b> GUNNINBERG, Lena. Et al.		
<b>Título:</b> Redução da incidência de úlcera por pressão em pacientes com fratura de quadril: dois anos de acompanhamento dos indicadores de qualidade		
<b>Objetivo</b>	Investigar a incidência de UP em pacientes com fratura de quadril no período de 1997 a 1999; estudar as alterações de rotinas de enfermagem e tratamento durante o mesmo período e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Critérios de inclusão: pacientes com fratura de quadril, idade superior a 65 anos, admitido sem UP. Cenário: Clínica ortopédica de um hospital universitário na Suécia. Intervenções: avaliação de risco, classificação do estadiamento das UPs, medidas preventivas (Alívio da pressão, mudança de decúbito, cabeceira elevada a 30°, hidratação da pele, redução do cisalhamento e fricção). Coleta de dados foi feita por meio de auditoria em prontuário sobre os registros de enfermagem. Além disso, um grupo focal multiprofissional foi formado para discutir as possíveis alterações das rotinas de enfermagem para o cuidado relacionado à prevenção de UP. Os dados foram comparados com os grupos experimentais no recorte temporal considerado ( 1997 e 1999).	
<b>Resultados</b>	Houve redução significativa da incidência de UP entre 1997 e 1999, de 55% para 29%. O número de úlceras de calcâneos diminuiu de 27% para 6%. As lesões desenvolvidas tiveram menor gravidade, de acordo com o estadiamento $\geq$ II, de 24 para 12%. Houve também redução de úlceras nas regiões sacra, glúteos e escapular de 38% para 25%. Não houve diferença, entre os períodos, quanto ao tempo de espera para cirurgia, tempo de cirurgia e tempo de internação. Em relação aos registros de enfermagem, verificou-se uma melhora significava na qualidade das informações. Já no grupo focal destacou-se o aumento do nível de conscientização relacionado aos cuidados preventivos ao longo do tempo.	
<b>Conclusão</b>	No âmbito de um projeto de melhoria da qualidade, em que as atividades de pesquisa foram e estão integradas como processo de trabalho, a incidência de úlceras de pressão foi reduzida significativamente em pacientes com fraturas de quadril. O principal fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão foi o aumento da idade.	

<b>Número: 13</b>	<b>Fonte:</b> Medical Care	Ano:2011
<b>Autor(es):</b> METERSKY, Mark L.; et al		
<b>Título:</b> As disparidades raciais na frequência de eventos Segurança do Paciente		
<b>Objetivo</b>	Determinar se existem diferenças raciais na frequência de eventos adversos estudados na segurança do paciente	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	A Organização de melhoria de Qualidade elaborou e implementou um sistema de vigilância nacional de segurança do paciente. A partir do banco de dados Histórico Nacional de Reivindicações da Assistência de Saúde, implantado em 50 estados, os hospitais foram randomizados e os dados dali extraídos. Foram consideradas todas as altas hospitalares de brancos não hispânicos e negros entre 01 de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2007 para avaliar a frequência de eventos de segurança do paciente em quatro domínios: geral (úlceras de pressão e quedas), infecções nosocomiais, complicações do quadro clínico relacionado a eventos adversos e eventos adversos a medicamentos devido a anticoagulantes e hipoglicemiantes. Foi comparada a taxa de EA entre o grupo de pacientes negros e brancos.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi constituída de 102,511 internações em 3.648 hospitais. Do universo pesquisado, 84,4% eram pacientes da raça branca e 10,5% de negros. Os negros tiveram maior risco do que os brancos em relação a infecções nosocomiais (Odd ratios 1,34, 95% intervalo de confiança, 1,17-1,55, P <0,001). Após o ajuste de fatores de riscos hospitalares e individuais, os hospitais com maiores percentuais de pacientes negros tiveram aumento do risco para ocorrência de infecção nosocomial (1,9% vs 1,5%, P <0,001) e eventos adversos relacionados a medicamentos (8,7% vs 7,8%, P <0,01). Em relação à UP não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Hospitais com maior número de pacientes negros internados registraram aumento do risco em geral (14, 3% ) quando o assunto é a ocorrência de EA relacionado a infecção nosocomial . Nos casos relacionados a medicação o percentual é da ordem de 15,9%.	
<b>Conclusão</b>	Negros hospitalizados tem risco mais elevado para alguns eventos adversos. E os hospitais que possuem maior quantidade de atendimento de pacientes negros também possuem relação com o aumento do risco de EA.	

<b>Número: 14</b>	<b>Fonte:</b> Biomedical Central of Health Service Research	Ano:2009
<b>Autor(es):</b> GAAL, Betsie; et al.		
<b>Título:</b> O delineamento do estudo “Segurança ou desculpa”: um julgamento de um ensaio clínico randomizado sobre o desenvolvimento e testagem do programa de segurança do paciente baseado em evidências para prevenção de eventos adversos		
<b>Objetivo</b>	Desenvolver e testar o programa de segurança do paciente simultaneamente em hospitais e asilos	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	No período de setembro de 2005 a julho de 2006 foi desenvolvido um programa de segurança de paciente denominado “Safety or Sorry” com o objetivo de prevenir UP, infecção urinária e queda. Amostra: pacientes com idade $\geq 18$ anos, com expectativa de internação superior a 5 dias. Intervenções operacionais implementadas: Educação (Aulas em grupo nas enfermarias para todos os enfermeiros, Cd rom com material educativo e um teste de conhecimentos, Discussões de casos em cada ala), Envolvimento do paciente (Materiais de informação para a prevenção de úlceras de pressão, infecção urinária e quedas, separadamente e informação oral por enfermeiros aos pacientes). Outra ferramenta foi o Feedback (registro de cuidados diários do paciente e da presença ou ausência de um AE em um sistema de registro computadorizado). Este programa digital gera um feedback (retorno) por gráficos sobre o processo e indicadores de resultados. Variáveis analisadas: incidência dos eventos adversos, porcentagem de pacientes que receberam os cuidados preventivos e conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção dos eventos adversos. Grupo de controle: receberam os cuidados como de costume. Tempo de segmento: 9 meses consecutivos. Coleta de dados: 1ª coleta de setembro a dezembro de 2006, antes da implementação do programa. A 2ª coleta ocorreu em 2008. Foram considerados cuidados de enfermagem preventivos para UP: elevação dos calcâneos e uso de dispositivo de alívio de pressão,	
<b>Resultados</b>	Amostra foi constituída por 10 unidades hospitalares e 10 asilos. A incidência de UP foi de 10% no grupo hospitalar. Assumiu-se como objetivo reduzir em 50% a ocorrência desse evento. Para tanto, 1.250 pacientes deveriam ser incluídos no estudo e acompanhados. Os resultados obtidos foram divulgados em publicação posterior. Com relação à construção do programa foram levantadas, pelos autores, algumas dificuldades, entre elas a tarefa trabalhosa de tradução dos guidelines e a síntese das principais diretrizes. A implementação de um sistema de registro de enfermagem informatizado foi comprometida devido às limitações dos enfermeiros com a informática, assim como o aumento do tempo para realizar os registros, já que o prontuário eletrônico não é uma realidade na Holanda.	
<b>Conclusão</b>	A Análise de um estudo clínico randomizado é complexo e este trabalho irá buscar analisar os efeitos das intervenções propostas.	

<b>Número: 15</b>	<b>Fonte:</b> Journal of Burn Care Rehabilitation	Ano: 2004
<b>Autor(es):</b> GORDON, Mary D.; et al.		
<b>Título:</b> Revisão da prática baseada em evidências para a prevenção de úlceras de pressão em pacientes queimados		
<b>Objetivo</b>	Sintetizar a existência de evidência baseada em pesquisa sobre prevenção de UP, descrever os fatores de risco para o desenvolvimento de UP em pacientes queimados, prover recomendações das melhores práticas baseadas em pesquisas e estimular a realização de pesquisa sobre o cuidado de pacientes queimados.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Revisão integrativa. Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: PUBMED, Cochrane Center, Jonna Briggs Institute, Sigma Theta Tau International, National Guideline Clearinghouse, Agency for Health Research and Quality.	
<b>Resultados</b>	Foram analisados diversos estudos que relatam a incidência de UP e a ocorrência variou de 2, 7% e 29,5% em pacientes hospitalizados. A etiologia é multifatorial. Foram analisados 43 estudos. As melhores práticas para doentes queimados foram sumarizadas da seguinte forma: avaliar o risco de desenvolver UP na admissão, semanalmente e sempre que necessário; uso de dispositivos para alívio da pressão, limpar a pele delicadamente, utilizar hidratantes e produtos de barreira para pele, evitar massagens rigorosas, registrar sinais de irritabilidade cutânea por uso de fralda, inspecionar diariamente a pele, principalmente em áreas de proeminência óssea, e considerar um programa de excreção urinário e fecal.	
<b>Conclusão</b>	Não descreveu uma conclusão.	

<b>Número: 16</b>	<b>Fonte:</b> International Journal of Nursing Studies	Ano: 2008
<b>Autor(es):</b> SHULDHAM, Caroline; <i>et al.</i>		
<b>Título:</b> A relação entre equipe de enfermagem e resultados assistenciais: estudo de caso.		
<b>Objetivo</b>	Explorar a relação entre as características da equipe de enfermagem e resultados assistenciais: UP, queda de paciente, pneumonia, sepses, trombose venosa profunda, hemorragia gastrointestinal.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo de caso. Cenário: dois hospitais terciários da Inglaterra. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Administração Hospitalar. (PAS). Cada episódio foi codificado à luz da Classificação Internacional de doenças (CID) e o problema encontrado foi relatado. Os setores hospitalares foram classificados em baixa (enfermarias) e alta (UTI) dependência. Os dados da equipe de enfermagem foram os seguintes: número de horas trabalhadas por unidade/enfermaria, equipe com contrato de trabalho temporário estatutário. Resultados investigados: UP, queda de paciente, pneumonia, sepses, trombose venosa profunda, hemorragia gastrointestinal. Buscou-se investigar se os resultados pesquisados foram afetados pelas horas de enfermagem e pelas características da equipe de enfermagem. Período de coleta de dados: ano 2008.	
<b>Resultados</b>	Durante o ano de estudo 23.192 pacientes adultos e 2.315 crianças foram internadas em hospitais. O risco relativo de quedas (0,448), sangramento GI (0,952), sepse (0,507), e TVP (0,610) foi reduzido quando o número de horas de enfermagem por dia/paciente aumentou. Mas, nenhum desses dados teve significado estatístico. As taxas de úlceras de pressão (3,787) e choque (3,481) triplicaram o número de horas de enfermagem por dia. Em relação aos tipos de unidades, apenas aquelas com alta dependência apresentaram redução do risco relativo para sepses quando houve aumento de horas de enfermagem.	
<b>Conclusão</b>	O estudo demonstrou a possibilidade de utilizar os dados dos hospitais existentes para examinar a relação entre a equipe de enfermagem e os resultados dos pacientes. As informações, no entanto, não são conclusivas.	

<b>Número: 17</b>	<b>Fonte:</b> Journal of General Internal Medicine	<b>Ano:</b> 2007
<b>Autor(es):</b> ISAAC, Thomas; ASHISH, K.		
<b>Título:</b> Indicadores de Segurança do Paciente (PSIs) estão relacionados com as medidas amplamente utilizadas como medidas de qualidade hospitalar?		
<b>Objetivo</b>	Examinar a relação entre PSIs e selecionar as medidas de qualidade hospitalar.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	<p>Dados: Foram utilizadas as informações do ano de 2003 vindas da base de dados MedCare. Esses subsídios contêm informações de altas hospitalares e os dados da pesquisa anual do programa American Hospital Association. Foram incluídos na amostra apenas maiores de 65 anos admitidos em hospitais clínicos e cirúrgicos dos EUA. O ajuste dos fatores de risco foi analisado pela presença ou ausência de 30 morbidades definidas pelo AHRQ. Através do software da AHRQ foram investigados 4 PSIs: baixa taxa de mortalidade, UP, ressuscitação cardíaca, infecção nosocomial. Foi avaliada a relação entre o desempenho hospitalar no PSIs e seu desempenho em medidas de qualidade HQA, considerando-se, no caso, dados coletados entre julho de 2005 e junho de 2006. Liderados pelo CMS, a HQA é uma organização colaboradora que fiscaliza e publica relatórios de dados de desempenho. O CMS recolhe medidas, as processa e impõe sanções financeiras em hospitais não participantes. Esses dados foram examinados em três condições médicas: infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e pneumonia. Foi verificado se os hospitais de cirurgias cardíaca e pulmonar selecionados tiveram o mesmo desempenho dos 50 hospitais com melhores índices de PSI a partir dos seguintes aspectos: reputação entre os especialistas, as características estruturais, tais como a disponibilidade de tecnologias de saúde, e as taxas de risco de mortalidade. As associações entre hospitais e PSIs foram categorizadas de acordo com o PSI investigado. Para infecção e taxa de mortalidade usou-se a classificação “com EA” e “sem EA”. Já UP e ressuscitação cardíaca foram classificadas em quartis.</p>	
<b>Resultados</b>	<p>As associações foram inconsistentes e, geralmente, pobres entre os PSIs e as medidas de qualidade de outro hospital. A exceção foi a ressuscitação cardíaca, consistentemente associada com o melhor desempenho em todas as medidas de qualidade testadas. No quartil superior de falha para resgatar o desempenho, os hospitais tiveram uma pontuação de desempenho 0,9% melhor. Registraram ainda um resumo em infarto agudo do miocárdio (IAM) e uma taxa de mortalidade 22% menor em comparação com hospitais IAM no quartil inferior de ressuscitação cardíaca (<math>p &lt; 0,01</math> para ambas as comparações). A taxa de mortalidade, UP e infecção devido a cuidados médicos em geral tinham relacionamentos pobres ou muitas vezes inversos com as medidas de outra qualidade.</p>	
<b>Conclusão</b>	<p>Deve-se ter cautela no uso do PSIs para apresentação de relatórios públicos sobre a qualidade e para pagamento. Líderes políticos e agências de classificação e financeiras deveriam ter uma pausa antes de estender o uso de PSIs como uma classificação ou uma ferramenta para estipular o valor de financiamento hospitalar. Pelo menos até que esta ferramenta tenha sido mais bem validada.</p>	



<b>Número: 18</b>	<b>Fonte:</b> Western Journal of Nursing Research	<b>Ano:</b> 2006
<b>Autor(es):</b> LAKE, Eileen; CHEUNG, Robyn.		
<b>Título:</b> Queda de pacientes e úlceras por pressão são sensíveis a equipes de enfermagem?		
<b>Objetivo</b>	Realizar uma análise crítica dos estudos empíricos que relacionam equipe de enfermagem, queda e úlcera por pressão.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Busca em base de dados: CINAHL, PUBMED, OVID. Termos utilizados: UP, equipe de enfermagem, resultados assistenciais, envolvimento com o trabalho. A análise dos estudos foi realizada de acordo com a frequência do EA, ajustada às características dos pacientes e porte hospitalar.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi constituída por onze artigos e sete pesquisas que analisaram a relação entre equipe de enfermagem e úlcera por pressão. A queda do leito ou cadeira de rodas foi resultado final de oito estudos. Todos os 5 estudos sobre porte hospitalar e UP, identificaram esta última como diagnóstico secundário. É bom lembrar que os dados administrativos foram mais usados do que os observacionais. Dois estudos não reportaram qual código de diagnóstico médico foi utilizado, o que tornou inconclusivas as taxas de UP. Em relação aos estudos de tempo e UP, seis trabalhos correlacionaram o total de horas de enfermagem com UP, dois tiveram resultado positivo, dois negativos e dois não tiveram associação significativa. Os resultados positivos indicam que o aumento de número de horas de enfermagem pode decorrer da maior complexidade dos pacientes. Os estudos que analisam horas por cada dia não encontraram dados estatisticamente significativos.	
<b>Conclusão</b>	Diferentes delineamentos metodológicos não permitiram evidenciar a correlação entre equipe de enfermagem e queda do leito.	

<b>Número: 19</b>	<b>Fonte:</b> Dermatologic Surgery	Ano: 2009
<b>Autor(es):</b> LARDENOYE, J.W.H.P; THIEFAINE, J.A.G.; BRESLAU, P.J.		
<b>Título:</b> Estimativa da incidência, causa e consequência das UPs para avaliar a qualidade do cuidado prestado.		
<b>Objetivo</b>	Obter um panorama da incidência, causa e consequências das UPs e avaliar o valor do registro de úlcera por pressão ao avaliar a qualidade do atendimento.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Dados foram obtidos através de um programa de registro de complicações implementado em hospital da Holanda em 1992. A base de dados era alimentada por médicos após sessões diárias de discussão de casos clínicos. Eram registradas a causa e as consequências das complicações identificadas.	
<b>Resultados</b>	Durante o período de estudo - 9 anos - 275 úlceras de pressão foram registradas (5,8% do registro total de complicações). Idade e sexo feminino foram fatores de risco independentes para o desenvolvimento de úlceras de pressão. A classificação de úlcera de pressão foi a seguinte: leve (53,3%), moderada (35,6%), grave (9,5%), e danos irreversíveis (1,5%). Pacientes submetidos à cirurgia de quadril e amputação de membros importantes estavam em risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (10,4% e 8,8%, respectivamente). Na maioria dos pacientes (89,5%), úlceras por pressão não levaram a outras consequências que a terapia local das feridas; em 12 pacientes (4,4%), ulceração da pressão levou a alteração na medicação; em 15 pacientes (5,5%), o tempo de permanência hospitalar foi prolongado; e quatro pacientes (0,4%) sofreram danos irreversíveis.	
<b>Conclusão</b>	A incidência de úlceras de pressão é fortemente correlacionada com sexo, idade e indicação de internação. A maioria das úlceras foi classificada como leves e não teve consequências. O insight obtido em incidência, causas e consequências das úlceras de pressão podem ser usados como um indicador da qualidade dos cuidados prestados, desde que ajustado para a multiplicidade de caso e indicação da operação.	

<b>Número: 20</b>	<b>Fonte:</b> Journal of Evaluation in Clinical Practice	Ano: 2009
<b>Autor(es):</b> TANNEN, A.; et al.		
<b>Título:</b> Explorando as diferenças nacionais da prevalência de UP entre Holanda e Alemanha- fatores de risco pessoais e indicadores de qualidade institucional		
<b>Objetivo</b>	Analisar a associação entre a ocorrência de UP e fatores de risco individuais e indicadores de qualidade em hospitais e asilos na Holanda e Alemanha	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	A amostra foi constituída por 103 hospitais (n = 21 378 pacientes) e 129 asilos (n = 15 residentes 579). Os dados extraídos foram analisados por meio de modelos aleatórios para calcular as diferenças de prevalência nacional dentro do lares de idosos e hospitais. As informações foram ajustadas para o risco pessoal, úlcera de pressão e indicadores de qualidade.	
<b>Resultados</b>	A prevalência de úlceras de pressão entre o grupo de risco (Braden score $\leq$ 20) em casas de repouso foi de 30,8% na Holanda e 8,3% na Alemanha [OR: 4,9 (IC 95%: 4,2-5,7)]. Nos hospitais, a prevalência entre o grupo de risco foi de 26,1% nos Países Baixos e 21,2% na Alemanha [OR: 1,3 (IC 95%: 1,2-1,5)]. Após o ajuste para fatores de risco individuais (idade, sexo, Braden score), bem como para as estruturas de qualidade (uso de protocolos de prevenção e tratamento, grupos de peritos, folhetos de informação, formação de enfermeiros, estatísticas centrais de úlcera de pressão e atualização periódica dos protocolos) chegou-se a seguinte conclusão: a chance de desenvolvimento de uma úlcera de pressão foi 6,05 vezes maior (IC 95%: 4,0-9,2) em um asilo holandês do que em um lar de idosos alemães. Dentro dos hospitais, o OR para paciente holandês foi 2,03 (IC 95%: 1,4-3,0).	
<b>Conclusão</b>	Uma variação nacional notável existe na prevalência de úlceras de pressão e da prática de enfermagem. Nem a vulnerabilidade populações para úlceras de pressão, nem a gestão de úlceras de pressão, medidas neste estudo, poderia explicar essa variação nacional. Portanto, outros fatores de risco devem ser levados em consideração. Além disso, é possível que os indicadores de qualidade sejam implementados de diferentes maneiras com diferentes níveis de eficácia. Portanto, são necessárias mais pesquisas para analisar, prospectivamente e com mais detalhes, a realidade dos cuidados dentro das instalações nos dois países.	

<b>Número:</b> 21	<b>Fonte:</b> ARCH Intern Medicine	Ano:2011
<b>Autor(es):</b> LYDER, C. et al.		
<b>Título:</b> Qualidade da assistência em pacientes hospitalizados com risco de ulcera por pressão.		
<b>Objetivo</b>	Avaliar o perfil e o processo de cuidado em pacientes hospitalizados com risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, através do Sistema de Indicador de Qualidade de Assistência (previsão de UP e módulo de prevenção)	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo multicêntrico de corte, os dados foram obtidos através de registros médicos. A amostra foi identificada pelo Histórico Nacional de Registros de Assistência de Saúde. Os critérios de inclusão admitiram pacientes com 65 anos ou mais, que receberam alta dos hospitais de cuidados clínicos após o tratamento para pneumonia, doença cerebrovascular ou insuficiência cardíaca congestiva. As variáveis analisadas foram características demográficas e seis indicadores do processo de cuidado para a prevenção de úlceras de pressão. São eles o uso da avaliação diária da pele, o uso de um dispositivo de redução da pressão; documentação comprobatória de risco; reposicionamento para um mínimo de duas horas, consulta nutricional e estadiamento de úlcera de pressão. As associações entre os processos de cuidado e incidência de úlcera de pressão foram determinados com análises de Kaplan-Meier. A coleta de dados foi realizada por médicos através de um instrumento eletrônico.	
<b>Resultados</b>	<p>A amostra do estudo foi composta por 1.803 pacientes. A maioria dos pacientes tinha um diagnóstico principal de pneumonia (n = 1029) ou acidente vascular cerebral (n = 582). O tempo médio de permanência dos pacientes foi de 10,2 dias (intervalo, 5-66 dias). 63,8% dos pacientes eram provenientes de residência, 58;1% eram mulheres e 83,6 da raça branca. A idade média da amostra foi de 79,8 anos. Em relação a alta hospitalar, a maioria dos pacientes tiveram alta para residência (n = 924), instituições de cuidados especializados ou intermediários (n = 581), e outras instituições de longa permanência (n = 150). Para pacientes de alto risco (&gt; 3 fatores de risco), a mortalidade intra-hospitalar correspondeu a 8,1% (n = 146) da amostra. A principal característica clínica dos pacientes foi a condição de acamado com 66,9% da amostragem. 160 pacientes foram admitidos com UP estágio I, e 32 (19,5%) evoluíram para estágio II.</p> <p>317 pacientes desenvolveram UP durante a internação no hospital. O cumprimento variou dependendo do indicador de qualidade. A adesão foi de 94,0% e a avaliação da pele por dia chegou a 7,5% do universo pesquisado. A utilização de um dispositivo de redução de pressão abrangeu 22,6%; documentação de estar em risco 66,2% e o reposicionamento 34,3%. Já consulta de nutrição envolveu 20,2%; estadiamento de úlcera estágio I, alcançou 30,9% assim como o estadiamento de úlcera estágio 2. Pacientes que tiveram taxas maiores de adesão às medidas preventivas - uso de dispositivo de redução de pressão, documentação do risco, reposicionamento a cada 2 horas - tiveram incidência menor de UP. A realização da consulta nutricional teve uma incidência menor, porém estatisticamente insignificante.</p>	
<b>Conclusão</b>	Estes resultados sugerem que os hospitais dos EUA e os médicos têm inúmeras oportunidades para melhorar os cuidados relacionados com a prevenção de úlceras por pressão.	

<b>Número:</b> 22	<b>Fonte:</b> Revista Brasileira de Enfermagem	Ano:2006
<b>Autor(es):</b> SANTOS, Iraci; SILVA, Lolita Dopico.		
<b>Título:</b> Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlcera por pressão-evidências do cuidar em enfermagem		
<b>Objetivo</b>	Verificar as evidências do cuidado de enfermagem na incidência de UP no cliente de UTI através da aplicação de recomendações terapêuticas propostas na escala de Braden.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Cenário: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Bonsucesso. Variáveis analisadas: incidência de UP e intervenções de enfermagem (higiene corporal, aplicar hidratante, aplicar pomada na região genital, manter pele seca, massagem de conforto, manter lençóis limpos e esticados, utilizar lençol móvel, utilizar fralda descartável, mudar de decúbito a cada duas horas, inspecionar a pele duas vezes ao dia, utilizar filmes transparentes, posicionar adequadamente/evitar arrastar paciente no leito, acolchoar proeminências ósseas, usar coxim, utilizar colchão caixa de ovo, manter cabeceira a 30°, manter suporte nutricional prescrito). Critérios de inclusão: pele íntegra ou com UP em estágio de internação na UTI por até 48 hs antes da coleta de dados. Coleta de dados: início com processo admissional do paciente na UTI ou até 24 hs após sua admissão. Repetiu-se o procedimento a cada 12 horas por três meses consecutivos.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi constituída de 41 pacientes. A incidência de UP foi de 26,83% pacientes. O estágio I foi predominante com 57,1%, seguido do estágio II com 35,7% e estágio III com 7,2%. Não houve lesão com estágio IV. As regiões anatômicas onde ocorreram maior incidência foram: sacrococcígea (60%), glúteo (28,6%) e calcâneo (27,1%). Todos os pacientes que desenvolveram UP tinham alto risco de desenvolver UP segundo a aplicação da escala de Braden. Dos 11 pacientes com UP, 09 evoluíram para óbito e 02 tiveram alta. O total de cuidados realizados em clientes sem UP foi de 3.823 e o dos com UP atingiu 2.847 intervenções. Os cuidados de enfermagem condensados em forma de densidade apresentaram os seguintes resultados: os clientes que desenvolveram UP tiveram um quantitativo de 20,1412 e os que não apresentaram UP chegaram a 47,1212.	
<b>Conclusão</b>	A evidência dos cuidados de enfermagem foi demonstrada pela densidade de 47,12% para clientes com UP. A incidência de UP foi menor do que as encontradas em outras UTIs. Os cuidados de enfermagem preventivos, assim, reduzem as UPs.	

<b>Número:</b> 23	<b>Fonte:</b> Journal American Society of Geriatrics	<b>Ano:</b> 2007
<b>Autor(es):</b> ARORA, Vineet; et al.		
<b>Título:</b> Utilizando a avaliação dos Indicadores de Qualidade de Idosos Vulneráveis para mensurar a qualidade da assistência hospitalar prestada a essa clientela.		
<b>Objetivo</b>	Avaliar a qualidade da assistência para idosos vulneráveis hospitalizados utilizando os Indicadores de Qualidade(IQ) da Avaliação de Cuidados de Idosos Vulneráveis (ACOVE).	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo de corte. Adultos maiores de 65 anos internados no Hospital da Universidade de Chicago foram avaliados como vulneráveis por uma ferramenta chamada <i>Vulnerable Elder Survey-13</i> (VES-13). O método é baseado na idade, auto-referencia do estado de saúde e capacidade funcional. Um questionário foi aplicado aos idosos vulneráveis por médicos e enfermeiros. As perguntas continham indagações relacionadas a questões sobre capacidade funcional, atividades de vida diária e auto-referencia das limitações dos pacientes. Para avaliar o estado cognitivo foi aplicada a Escala de Avaliação Mini-Mental. A coleta de dados foi realizada no período de maio a novembro de 2004, por um grupo de médicos pesquisadores devidamente treinados para levantar os dados do questionário. Baseado no ACOVE, pesquisou-se os seguintes indicadores de qualidade: os relacionados à condições de saúde (UP, demência e delírio), taxas de aderência calculada para cada tipo de processo de cuidado(triagem, diagnóstico e tratamento) e qual profissional proveu o cuidado (médico ou enfermeiro) Os pacientes ou familiares eram convidados a participar do estudo de forma voluntária, segundo os preceitos éticos.	
<b>Resultados</b>	845 pacientes aceitaram participar do estudo. Destes, 349 (58%) foram considerados como vulneráveis. IQ para a médica geral e cuidados foram atendidos: a taxa para cuidados com úlcera por pressão (81,5%, intervalo de confiança de 95% (CI) 579,3- 83,7% vs 75,8%, 95% CI570.5-81,1%, P5.04) e para delírio e demência (81,5%, 95% CI579.3-83,7 vs 31,4% 95% CI527.5-35,2%, P=0.01). De acordo com as avaliações, os enfermeiros foram responsáveis pelas altas taxas de adesão aos indicadores de triagem, quais sejam a dor, nutrição, estado funcional e o risco de úlcera de pressão. Quando comparadas com os médicos, embora em pacientes com limitações funcionais, as avaliações dos enfermeiros na admissão não estavam de acordo com os relatos dos pacientes .	

<b>Número: 24</b>	<b>Fonte:</b> Journal of Clinical Nursing	<b>Ano:</b> 2008
<b>Autor(es):</b> AL- KANDARI, Fatimah; THOMAS, Deepa.		
<b>Título:</b> Percepção de resultados assistenciais adversos correlacionados com carga de trabalho da enfermagem em enfermarias cirúrgicas e clínicas selecionadas em hospitais do Kuwait		
<b>Objetivo</b>	Identificar a percepção dos resultados assistenciais adversos correlacionados com a carga de trabalho da enfermagem.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Pesquisa descritiva, observacional e transversal suprida por meio de respostas de enfermeiros que trabalham em enfermarias cirúrgicas ou clínicas em cinco hospitais regionais do Kuwait. Foi considerado como evento adverso qualquer evento inesperado percebido pela enfermagem durante o cuidado assistencial. O conceito de EA abrange ainda evento causado pelo processo de cuidado que tenha afetado a saúde do paciente. O instrumento para coleta de dados foi um questionário com três seções distintas: a 1ª relacionada a características dos participantes, a 2ª relacionada à percepção da carga de trabalho e a última contendo doze perguntas sobre os eventos adversos identificados. Os enfermeiros gerentes foram excluídos da pesquisa por não estarem diretamente envolvidos com os cuidados de enfermagem.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi constituída por 780 participantes. 417 (53,4%) eram enfermeiros de enfermarias de clínica médica e 343 (44%) de enfermarias cirúrgicas. 72,7% eram mulheres e 27,3% eram homens. A idade média foi de 29,9 anos e o tempo de experiência profissional foi de 5.9 anos no Kuwait e 5.1 anos em outros países. A capacidade de leitos das enfermarias variou entre 26-30 leitos, com 85% de ocupação. Os três principais EAs relatados pelos enfermeiros durante seus últimos plantões foram: queixas de pacientes e familiares (2%), erro de medicação (1,8%) e UP (1,5%). O aumento da carga de trabalho por altas taxas de ocupação, instabilidade clínica, suporte avançado de vida e tarefas não de enfermagem tiveram valores significativos e influíram na ocorrência dos EA. Em relação a UP, a sua ocorrência foi associada com a carga de trabalho ( $r = 0,08$ , $p = 0.04$ ) e com a taxa de ocupação de leito ( $r = 0,13$ , $p = 0.0001$ ).	
<b>Conclusão</b>	Este estudo sugere que a qualidade do cuidado e a segurança do paciente estão relacionadas com a carga de trabalho e o número adequado de profissionais das equipes de enfermagem.	

<b>Número:</b> 25	<b>Fonte:</b> International Journal of Nursing Studies	Ano:2011
<b>Autor(es):</b> VAN GAAL, Betsie G.I.; et al.		
<b>Título:</b> Programa: Cuidado ou desculpas? Parte II: efeitos dos cuidados preventivos.		
<b>Objetivo</b>	Avaliar os principais resultados (incidência de EA) correlacionados com efeitos favoráveis aos cuidados preventivos	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	O programa de prevenção de eventos adversos foi implantado e acompanhado por nove meses em 10 enfermarias de 04 hospitais e 10 enfermarias de seis(06) asilos. Os critérios de inclusão foram os seguintes: pacientes com idade superior a 18 anos com tempo de internação maior que cinco dias. Três guidelines foram implementados para direcionar a prevenção de três EAs: úlcera por pressão, infecção urinária e queda. A coleta de dados foi feita por pesquisadores treinados durante visitas semanais e também por observação. Os seguintes procedimentos foram validados como cuidados adequados para prevenção de UP: avaliação do risco para UP através da Escala de Braden; elevação dos calcâneos, associado ao reposicionamento a cada duas horas sem uso de colchão para redução da pressão, ou o reposicionamento a cada 4 horas + colchão de redução de pressão, ou colchão de alternância de pressão. Os dados foram analisados comparando o grupo de intervenção como as intervenções do grupo de controle (cuidados usuais).	
<b>Resultados</b>	Em relação aos dados de prevenção de UP em pacientes hospitalizados, 49% dos pacientes do grupo de intervenção e 52% do grupo controle foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de UP. Em ambos os grupos, 27% dos pacientes com risco receberam cuidados adequados. Não houve diferença estatística significativa entre a realização dos cuidados preventivos com os grupos analisados (estimativa=6%, IC: - 7 -19). Já em relação à infecção urinária houve associação estatística significativa entre a implementação do programa e a redução da incidência.(estimativa 19%, IC: 17 – 21). Com relação a queda também não houve diferença entre os dois grupos. A incidência dos eventos adversos foram relatadas em outro artigo: Parte I.	
<b>Conclusão</b>	O programa “Safe or Sorry” promoveu a redução efetiva do número de EA. No entanto, o aumento de cuidados preventivos providos aos pacientes com risco não foi demonstrado. Esses resultados mostram as dificuldades de mensurar o cumprimento de guidelines. Mais pesquisas devem ser feitas para explorar a possibilidade de mensurar a implementação de múltiplos guidelines .	



<b>Número:</b> 26	<b>Fonte:</b> Enfermaria Clínica	Ano:2010
<b>Autor(es):</b> SÁNCHEZ- RUBIO, M.P; et al.		
<b>Título:</b> Estudo de prevalência do evento adverso úlcera por pressão em hospitais clínicos.		
<b>Objetivo</b>	Determinar a prevalência de UP em pacientes adultos hospitalizados; descrever as características das lesões e correlacionar com tipos de colchões utilizados com a incidência das lesões.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo descritivo, transversal e de prevalência. O cenário foi um hospital terciário. A coleta de dados foi realizada por 10 enfermeiros e 04 coordenadores, todos do grupo de prevenção de UP, no período de 11 a 15 de maio de 2009. Utilizou-se um instrumento (ficha) elaborado e baseado com as recomendações da GENUAP, acompanhado de um exame físico. Para avaliar o risco de desenvolvimento de UP foi aplicada a escala de Gosnell modificada. As variáveis analisadas foram as seguintes: dados demográficos, número de lesões, estadiamento das lesões, localização anatômica, fatores causais, origem das lesões, uso de superfícies de alívio de pressão.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi composta por 682 pacientes. 10,3% deles apresentaram pelo menos uma lesão. A ocorrência de lesões foi mais frequente em pacientes com nível de risco elevado (OR: 6,26 IC 95% 3,54 – 11,08; p< 0,001). A maior parte das lesões foi classificada com estadiamento I (39,1%) e estágio II (35,2%), localizadas principalmente na região do calcâneo (32%) e sacrococcígea (41%). 83,8% das lesões tiveram origem intra-hospitalar. Em relação ao uso de colchão de ar alternado com capa viscoelástica, 12,1% dos pacientes dispunham desses colchões. Nas unidades críticas para queimados foram utilizados colchões TEMPUR®. Portanto, 28,13% dos pacientes estavam utilizando alguma superfície de alívio de pressão.	
<b>Conclusão</b>	A maior parte das lesões não foi ferida grave. Deve-se identificar e aplicar medidas preventivas precocemente em pacientes com maior risco.	

<b>Número:</b> 27	<b>Fonte:</b> International Journal of Nursing Practice	Ano:2010
<b>Autor(es):</b> HAYAJNEH, Yaseen A.; ABUALRUB, Raeda F.; ALMAKHZOOMY, Ibtihal.		
<b>Título:</b> Eventos adversos em hospitais da Jordânia: tipos e causas.		
<b>Objetivo</b>	Identificar os tipos mais comuns e as principais causas de EA em hospitais da Jordânia através das perspectivas da enfermagem e estimar a frequência desses eventos.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo descrito, transversal e com análise quali-quantitativo. Os participantes foram enfermeiros da Jordânia com um ano ou mais de experiência profissional em hospitais do país supracitado. O instrumento para coleta de dados foi um questionário com duas partes: uma qualitativa e outra quantitativa. O material foi distribuído por e-mail. Na parte qualitativa, foram questionados os principais tipos e quais as principais causas de EA em hospitais da Jordânia. Aqui, o trabalho baseou-se na experiência profissional. Na parte quantitativa, os participantes foram questionados sobre as características do hospital, unidade hospitalar na qual atua, tempo de atuação em hospitais da Jordania e de outros países e o nível de escolaridade. Foram convidados a participar do estudo 255 enfermeiros.	
<b>Resultados</b>	A amostra foi constituída de 75 questionários completos. 66 (88%) enfermeiros eram assistenciais, 08 eram gerentes e um era coordenador. A maior parte deles adquiriu experiência profissional em Hospital Universitário (41,3%), seguido de hospitais do ministério da saúde (33,3%) e hospitais privados (18,7%). Setenta e três por cento trabalhavam na Jordânia durante a coleta de dados, 22,7% trabalhavam em outro país e três não estavam trabalhando. A idade dos participantes variou entre 21 a 48 anos e o tempo de experiência em hospitais da Jordânia foi de 1 a 18 anos, média de 4,5 anos. Tipos de EA relatados foram erro de medicação (56%), diagnóstico errado (21,3%), infecções (21,3%), escaras (16%) e queda (8%). Outros tipos também foram apontados, entre eles erros de transfusão, identificação de erros e morte. Os tipos de causas apontadas foram categorizadas da seguinte forma: carga de trabalho e equipe inadequada, habilidade técnica, negligência e ética insatisfatória, gerenciamento insatisfatório, demanda psicológica, dificuldades relacionadas aos guidelines escritos. De acordo com as evidências colhidas na amostra, os EA ocorrem em 28% de todas as admissões hospitalares.	
<b>Conclusão</b>	Enfermeiros e administradores hospitalares recomendam desenvolver e instituir estratégias e políticas efetivas para a prevenção ou, quando necessário, minimizar a ocorrência de EA.	

<b>Número:</b> 28	<b>Fonte:</b> Hospital Topics	Ano:2010
<b>Autor(es):</b> MANOJLOVICH, Milisa; ANTONAKOS, Cathy; RONIS, David.		
<b>Título:</b> A relação entre porte hospitalar e tipos de unidades de terapia intensiva com resultados adversos		
<b>Objetivo</b>	Examinar a relação entre porte hospitalar e tipo de UTI com a prevalência de UP, infecção por cateter vascular e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Participaram do estudo 25 UTIs de oito hospitais. Os dados foram coletados de participantes de cada hospital avaliado pelo coordenador do estudo. As variáveis analisadas foram os resultados assistenciais : a prevalência de UP em estágio II ou acima deste, infecção sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central e pneumonia adquirida por uso de ventilação mecânica. As características do hospital e das unidades foram as seguintes: hospital pequeno –médio porte: 164 a 384 leitos, hospital grande porte: 601 a 785 leitos, UTI Geral : médico-cirúrgica, UTI cirúrgica, UTI clínica. O controle das variáveis foi realizado através do ajuste da severidade do quadro de saúde pelo APACHE III. A rotatividade de pacientes foi utilizada para ajustar o tempo de horas de cuidado de enfermagem provido.	
<b>Resultados</b>	Hospitais de grande porte deixam transparecer associação significativa com a prevalência de UP (OR 15%). Neles, o aumento de úlceras por pressão é da ordem de 1,4 por cada 1000 dias de internação. Em relação às horas de enfermagem por dia, grandes hospitais foram associados ao aumento de 1,8 horas em casos de UP por 1000 dias de internação. O tipo de UTI foi associado a altas taxas de PAV, as UTIs cirúrgicas tiveram OR 47, enquanto que o porte hospitalar também foi relacionado com o aumento de infecção por cateter.	
<b>Conclusão</b>	Os achados mostraram que o tipo de unidade influenciou a incidência de PAV, enquanto a infecção relacionada a cateter vascular e a UP foi influenciada pelo porte hospitalar. Porém, essas afirmações ainda são prematuras. Os elementos estruturais vêm sendo percebidos como um conjunto de tijolos e cimento, mas talvez possam se tornar construções socialmente mais amenas.	

<b>Número:</b> 29	<b>Fonte:</b> Medicina Intensiva	Ano:2009
<b>Autor(es):</b> YEPE, D.;et al.		
<b>Título:</b> Incidência e fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de UP em pacientes críticos		
<b>Objetivo</b>	Identificar a incidência e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de UP em paciente com estado de saúde crítico.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Amostra: pacientes internados na UTI de um hospital universitário da Bolívia. Os critérios de inclusão obedeceram as seguintes especificidades: pacientes intubados, em ventilação mecânica e em uso de aminas vasotensoras. Critérios de exclusão: pacientes com UP. O período de coleta de dados englobou o recorte temporal que foi de agosto a setembro de 2006. Enfermeiros plantonistas foram responsáveis pela coleta dos dados. Intervenções realizadas incluíram medidas preventivas para UP como nutrição adequada, mudança de decúbito a cada 2 ou 4 horas, uso de superfícies de alívio de pressão, hidratação cutânea. As variáveis analisadas envolveram perfis sócio-demográficos, diagnóstico principal e motivo para internação na UTI, nível de risco da Escala de Braden, nível de sedação pela Escala de Ramsay, diagnóstico de base, IMC, APACHE II. Principal desfecho analisado: incidência de UP estágio II.	
<b>Resultados</b>	Amostra foi constituída de 150 pacientes. A incidência de UP foi da ordem de 26,7%. Dessas feridas somente 1,3% foi classificada como estágio III. As demais foram todas em estágio II. A idade média foi 54 anos $\pm$ 18 anos, e o principal motivo de internação foi sepse (22%). As variáveis, por sua vez, foram significativamente associadas ao desenvolvimento de UP: infecção (OR= 2,89; IC 95% , 1,16 -7,22; p= 0,023), a pontuação de APACHE II elevada (OR= 1,06; IC 95% 1-1,12 p= 0,44) e tempo de internação em UTI ( OR = 1,13 IC 95% 1,06 – 1,22 p= 0,002). As outras variáveis, como idade, peso, uso de aminas vasopressoras ou pontuação da Escala de Braden, não tiveram relação estatística significativa.	
<b>Conclusão</b>	As UPs em pacientes internados em terapia intensiva, e especialmente os pacientes com fatores de risco específicos, possuem uma alta incidência. Os fatores de risco encontrados neste estudo são significativos para outros autores e, provavelmente, estratégias devem ser desenvolvidas para prever e prevenir as UPs.	

<b>Número: 30</b>	<b>Fonte:</b> Journal of American Geriatrics Society	Ano: 2009
<b>Autor(es):</b> NEUMAN, Mark D., Et al.		
<b>Título:</b> Relação entre mortalidade em curto prazo e qualidade da assistência em pacientes com fratura de quadril: uma meta-análise de percursos clínicos para fratura de quadril.		
<b>Objetivo</b>	Avaliar a associação entre o uso de caminhos clínicos para fratura de quadril e as mudanças nas taxas de cinco complicações hospitalares e mortalidade em curto prazo.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Meta-análise de estudos publicados dedicados à procura de caminhos clínicos para fratura de quadril. Os subsídios foram identificados por meio de pesquisas sistemáticas das bases de dados eletrônicas (MEDLINE, EMBASE, CINAHL e Cochrane) e revistas manuais de bibliografias e artigos selecionados. Foram selecionados estudos observacionais e de intervenção das vias clínicas para fratura de quadril, exames de taxas de trombose venosa profunda, úlcera de pressão, infecção de sítio cirúrgico, infecção do trato urinário, pneumonia, internação e de mortalidade ou de 30 dias.	
<b>Resultados</b>	Meta-análise de nove estudos (4.637 pacientes) demonstrou menor chance de trombose venosa profunda (odds ratio (OR) = 0,33, IC95% = 0,14-0,75), úlcera de pressão (OR = 0,48, IC95% = 0,30-0,75), infecção de sítio cirúrgico (OR = 0,48, IC95% = 0,25-0,89), e infecção do trato urinário (OR = 0,71, IC95% = 0,52-0,98) em pacientes tratados de acordo com percursos clínicos do que naqueles que receberam os cuidados de costume. Diferenças estatisticamente significativas não foram observadas na probabilidade de pneumonia (OR = 1,01, IC95% = 0,67-1,53) ou em um resultado combinado de mortalidade intra-hospitalar ou 30 dias (OR = 0,86, IC95% = 0,66-1,13).	
<b>Conclusão</b>	Foi observada uma associação entre o uso de caminhos clínicos e a menor possibilidade de ocorrência das quatro complicações comuns em casos de hospitalização após fratura de quadril. Apenas uma associação pequena, estatisticamente insignificante, foi observada entre o uso de vias e mudanças de curto prazo no que diz respeito a mortalidade. Isso sugere que as avaliações da qualidade do hospital, com base em taxas de mortalidade, podem não refletir melhorias importantes na evolução do paciente. Assim como aquilo que os hospitais podem atingir utilizando caminhos clínicos.	

<b>Número: 31</b>	<b>Fonte:</b> Journal of Advanced Nursing	<b>Ano:</b> 2006
<b>Autor(es):</b> PANCORBO- HIDALGO, P.; GARCIA –FERNADES, F.P.; LOPEZ-MEDINA, I.M., NIETO, C.A.		
<b>Título:</b> Escalas de risco para prevenção de UP: revisão sistemática.		
<b>Objetivo</b>	Realizar uma revisão sistemática para determinar a eficácia do uso de escalas de avaliação de risco para prevenção de úlcera de pressão na prática clínica, o grau de validação de escalas de avaliação de risco, e a eficácia das escalas de avaliação de risco como indicadores de risco para o desenvolvimento de uma úlcera de pressão.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Revisão sistemática foi realizada, com base em uma pesquisa de 14 bases de dados em quatro idiomas. Para a úlcera de pressão usou-se as palavras-chave pressão ferida ou úlcera de decúbito de avaliação e risco. Reports of clinical trials or prospective studies of validation were included in the review (Relatórios de ensaios clínicos ou estudos prospectivos de validação foram incluídos na revisão)	
<b>Resultados</b>	Trinta e três estudos foram incluídos na revisão, três sobre a eficácia clínica e o resto em validação da escala. Não há uma diminuição na incidência de úlcera de pressão que possa vir a ser atribuída ao uso de uma escala de avaliação. No entanto, o uso de escalas aumenta a intensidade e a eficácia das intervenções de prevenção. A Escala de Braden mostra validação ótima e melhor equilíbrio de sensibilidade / especificidade (57,1% / 67,5%, respectivamente); sua pontuação permite uma boa previsão de risco de úlcera de pressão (odds ratio = 4,08, IC95% = 2,56-6,48). A Escala de Norton tem pontuação razoável para a sensibilidade (46,8%), especificidade (61,8%) e predição de risco (OR = 2,16, IC95% = 1,03-4,54). A escala de Waterlow oferece uma pontuação de alta sensibilidade (82,4%), mas baixa especificidade (27,4%), com uma boa pontuação de previsão de risco (OR = 2,05, IC95% = 1,11-3,76). O julgamento clínico dos enfermeiros (considerado em apenas três estudos) dá pontuações de sensibilidade moderada (50,6%) e especificidade (60,1%), mas não é um bom preditor de risco de úlcera de pressão (OR = 1,69, IC95% = 0,76-3,75).	
<b>Conclusão</b>	Não há nenhuma evidência de que o uso de escalas de avaliação de risco diminui a incidência de úlceras de pressão. A Escala de Braden oferece o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade e a melhor estimativa de risco. Assim é que as Escalas de Norton e Braden são mais precisas que o julgamento clínico do enfermeiro no que diz respeito ao risco e à previsão de úlceras de pressão.	

<b>Número: 32</b>	<b>Fonte:</b> Brithst Journal of Nursing	<b>Ano:</b> 1993
<b>Autor(es):</b> DEALEY, Carol.		
<b>Título:</b> Mensurando a prevalência e incidência de escaras		
<b>Objetivo</b>	Descrever uma metodologia para determinar a prevalência e incidência de úlceras de pressão para mensurar com precisão a eficácia das intervenções preventivas.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Revisão bibliográfica	
<b>Resultados</b>	Os benefícios das pesquisas de prevalência: mensurar o número de pacientes com UP; identificar o quantitativo de pacientes admitidos com UP; prover informações sobre o estadiamento e localização das escaras, indicando os fatores causais; listar os tratamentos que estão sendo utilizados para escaras, possibilitando uma visão da efetividade do cuidado com feridas; identificar o risco de UP com o intuito de planejar as estratégias preventivas; identificar a efetividade das estratégias preventivas durante o período. Os benefícios das taxas de incidência: mensurar o número de pacientes que desenvolveram escaras no hospital, rápida identificação da alteração dos números de pacientes com escaras, através da mensuração de úlceras em estadiamentos iniciais. Outra vantagem é a intensificação das medidas de suporte com uma rápida resolução. Aqui, no caso, talvez a comparação entre carga de trabalho e equipe de enfermagem possa afetar a qualidade dos cuidados. Outro benefício identificado foi o provimento de dados mais reais do que as pesquisas de prevalência, o que permite aferir a eficiência por meio do monitoramento das escaras. As pesquisas de prevalência e incidência não mensuram há quanto tempo o paciente vem sofrendo.	
<b>Conclusão</b>	A mensuração da prevalência e da incidência de escaras tem se tornado um requerimento dos gerentes das unidades. Esses trabalhos são importantes para compreender quais informações devem ser coletadas para melhorar a qualidade dos cuidados.	

<b>Número: 33</b>	<b>Fonte:</b> Journal of Nursing Care Quality	Ano: 2003
<b>Autor(es): MULLER, C; KARON, S. L.</b>		
<b>Título:</b> ANA Indicadores de Qualidade sensíveis à enfermagem para as instalações de cuidado em longo prazo		
<b>Objetivo</b>	Avançar o trabalho dos Indicadores de Segurança e Qualidade (QIs) através da avaliação da pertinência e sensibilidade da enfermagem para o ANA ( <i>American Nurse Association's</i> ) QIs e as instalações da LTC (cuidados em longo prazo).	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Os Indicadores de Qualidade foram pesquisados por meio de um questionário aplicado para levantar, a longo prazo, a opinião dos enfermeiros, membros da Associação Nacional de Administração de Cuidados, e dos enfermeiros especialistas em geriatria, a respeito da relevância dos seguintes QIs: UP, queda de pacientes, satisfação do paciente com manejo do doente, satisfação do paciente com informação educacional, satisfação do paciente com cuidado de enfermagem, satisfação do paciente com todo o cuidado prestado, mix de horas registradas pela enfermagem e o total de horas de cuidados de enfermagem, total de horas de cuidados de enfermagem para cada dia de internação e satisfação da equipe de enfermagem.	
<b>Resultados</b>	106 questionários, portanto, foram analisados sobre a relevância dos indicadores pesquisados. Na opinião dos enfermeiros, os mais relevantes e palpáveis foram queda do paciente (87%) e UP (85%). Os profissionais relataram que a satisfação do cliente e a dor são difíceis de serem avaliados devido a seu quadro demencial. Além disso, observou-se que a média do total de horas de cuidados de enfermagem por dia foi 3,35, sendo discutido, no texto, que o aumento de horas de cuidado está associado a taxas menores de UP.	
<b>Conclusão</b>	Os enfermeiros acreditam que os IQs são relevantes, mas precisam ser mais bem definidos e discutidos.	



<b>Número: 34</b>	<b>Fonte:</b> Revista de Enfermagem da UERJ	<b>Ano:</b> 1993
<b>Autor(es):</b> FIGUEIREDO, N.M.A; MACHADO, W.C; PORTO, I.S.		
<b>Título:</b> O toque no corpo e a prevenção de escaras		
<b>Objetivo</b>	Identificar os quantitativos e qualitativos dos toques feitos para evitar escaras, descrever como o cuidado de enfermagem é feito e as respostas no da (o) enfermeira (o) e do cliente, analisar os dados encontrados a partir do referencial escolhido.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo de caso. Discutido à luz da “holoenergia”(saber, querer, amar, espírito) , modelo baseado na expansão da consciência, no amor e no poder derivado da escolha consciente de uma mudança. Amostra: 01 cliente com lesão neurológica admitido num centro de reabilitação. Cenário da pesquisa: instituto de reabilitação e cuidado domiciliar. Intervenções analisadas: tempo de cuidado de enfermagem, cuidados de enfermagem preventiva para UP e cuidados de higiene realizados por visitas de enfermeiros pesquisadores, incidência de UP. Tempo de segmento: 150 dias.	
<b>Resultados</b>	Durante os 150 dias de segmento (110 instituições de reabilitação e 40 visitas domiciliares). Desfecho principal: o paciente manteve a pele íntegra. Foi comparado com 16 pacientes admitidos na mesma época do estudo. Todos receberam os cuidados de rotina da instituição e todos desenvolveram UP. “Durante o tempo em que cuidamos, a atenção ao “todo” do cliente foi nossa meta. A higiene sempre pareceu ser uma atenção prestada que dá imenso prazer não só ao cliente como ao prestador . “ A preocupação da família e ...terapeutas do cuidados...que fosse assegurado a segurança de que estaríamos sempre próximas...” O medo de desenvolver escaras foi o sentimento que impulsionou a terapêutica. No âmbito institucional foram utilizados 15.000 ml de hidratante antisséptico para realizar massagens na região glútea e nos membros inferiores. Já para realizar os cuidados de higiene e prevenção de UP foram realizados 48.600 movimentos em 383 horas de cuidados durante as visitas de enfermagem.	
<b>Conclusão</b>	Os cuidados com o corpo (mente-físico- espírito) desenvolvidos pela enfermagem contribuem significativamente para a manutenção da pele íntegra. A resposta obtida é influenciada por trocas de energia- investimento de amor para curar e de compromisso para estar diariamente com o cliente.	

<b>Número: 35</b>	<b>Fonte:</b> The New England Journal of Medicine	<b>Ano:</b> 2002
<b>Autor(es):</b> NEEDLEMAN, J. et al.		
<b>Título:</b> Nível da equipe de enfermagem e a qualidade do cuidado em hospitais		
<b>Objetivo</b>	Examinar a relação entre as categorias profissionais da equipe de enfermagem com as taxas de resultados adversos em nível hospitalar	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	A amostra foi constituída por 799 hospitais dos EUA. Foram utilizados dados administrativos sobre 5,075,969 altas hospitalares de doentes clínicos e 1,104,659 altas de doentes cirúrgicos. A equipe de enfermagem foi classificada em enfermeiro cuidador, enfermeiro com licença para prática e enfermeiro supervisor. Foram controlados os vieses de porte hospitalar e escala de serviço de enfermagem. Os dados levantados e analisados demonstraram a incidência de 14 EA durante a hospitalização (11 para pacientes clínicos e cirúrgicos e 03 para pacientes cirúrgicos). Um desses 14 foi a UP.	
<b>Resultados</b>	A média do número de horas de cuidado de enfermagem por dia foi 7,8 hs para enfermeiros supervisores, 1,2 h entre os enfermeiros licenciados e 2,4 h para enfermeiros cuidadores. A UP foi o resultado adverso mais comum, com uma ocorrência de 7,2% em pacientes clínicos e 5,8% em pacientes cirúrgicos, enquanto a trombose venosa profunda teve uma baixa incidência de 0,4% em pacientes cirúrgicos e 0,5% em pacientes clínicos. Entre os pacientes clínicos, o aumento de horas de cuidados prestado por enfermeiros supervisores foi associado a um menor tempo de internação ( $P = 0,01$ e $P < 0,001$ , respectivamente) e taxas mais baixas de infecções do trato urinário ( $P < 0,001$ e $P = 0,003$ , respectivamente). O mesmo aconteceu com hemorragia digestiva alta ( $P = 0,03$ e $P = 0,007$ , respectivamente). O aumento da proporção de horas de cuidados prestados por enfermeiros supervisores foi associado a taxas menores de pneumonia ( $P = 0,001$ ), ou parada cardíaca ( $P = 0,007$ ), além de ressuscitação cardíaca. Entre os pacientes cirúrgicos, uma proporção maior de cuidados prestados pelos enfermeiros foi associada a menores taxas de infecções do trato urinário ( $P = 0,04$ ). O mesmo aumento de horas no cuidado diário prestado por enfermeiros foi associado a taxas menores de ressuscitação cardíaca ( $P = 0,008$ ). A relação entre UP e equipe de enfermagem não foi relatada nos resultados apresentados.	
<b>Conclusão</b>	A alta proporção de horas de enfermagem e de horas de cuidados diários prestados pelos enfermeiros supervisores está intimamente relacionada a melhora da qualidade do cuidado prestado.	

<b>Número: 36</b>	<b>Fonte:</b> The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	Ano: 2011
<b>Autor(es):</b> SOBAM, Lyan M. Et al.		
<b>Título:</b> Prevenindo úlceras por pressão em hospitais: uma revisão sistemática de enfermagem focada em intervenções para melhora da qualidade		
<b>Objetivo</b>	Descrever as estratégias de prevenção utilizadas, descrever os tipos de medidas de processo e resultados relatados, examinar os efeitos das intervenções dos resultados.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Critérios de inclusão: pesquisas experimentais publicadas em inglês após 1990; presença de dados sobre o processo de enfermagem ou medidas de resultados e testagem de intervenções para melhorar a qualidade designada; a troca da rotina de cuidado preventivo para UP.	
<b>Resultados</b>	O EUA foi o país com maior número de publicações (n = 27). Foram identificados os seguintes componentes presentes nos estudos de intervenção: desenvolvimento /implementação de protocolos, educação permanente, escalas de avaliação de risco, monitoramento do desempenho (coleção de dados de processos ou resultados dos últimos três períodos durante o curso da pesquisa), time de avaliação (planejamento das ações), superfícies de alívio/ camas, implementação de guidelines, feedback de informações. Dos 16 estudos que reportaram como resultado a incidência de UP, a diferença de risco foi 0,7(IC 95% , p<.0001), indicando que a incidência de UP diminuiu com a implementação de medidas preventivas.	
<b>Conclusão</b>	Às intervenções de enfermagem preventivas para UP foram associados resultados positivos. Os estudos incluídos, no entanto, foram realizados com o delineamento antes-depois. O fato de não serem ensaios clínicos controlados, além da heterogeneidade dos métodos empregados, impõe uma certa cautela, pois não é possível afirmar sua efetividade na prevenção como evidência científica.	

<b>Número: 37</b>	<b>Fonte:</b> Revista da Escola de Enfermagem	<b>Ano:</b> 2010
<b>Autor(es):</b> PAIVA, C.C.M; PAIVA, S.A.R; BERTI, H.W.		
<b>Título:</b> Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de Enfermagem		
<b>Objetivo</b>	Analisar a utilização do Boletim de Notificação de Eventos Adversos como meio de comunicação entre os profissionais de enfermagem e sua direção, e identificar a frequência, tipo, natureza e período dos eventos e incidentes.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Amostra: 826 boletins de notificação. Cenário: hospital universitário. Dados investigados: incidência de EA.	
<b>Resultados</b>	1.219 eventos adversos/incidentes foram registrados. A clínica médica teve o maior número de EA observados (12,8%). Nos dados referentes aos 65 eventos relacionados à integridade da pele observou-se a UP (69,2%), outras lesões (24,6%) e queimaduras (6,2%).	
<b>Conclusão</b>	A análise sistematizada e o acompanhamento dos eventos adversos associados aos recursos de comunicação mostraram-se fundamentais no processo de garantir segurança ao paciente.	

<b>Número: 38</b>	<b>Fonte:</b> Revista Einstein	<b>Ano:</b> 2008
<b>Autor(es):</b> LIMA, L.P.; LEVENTHAL, L.C.; FERNANDES, M.P.		
<b>Título:</b> IDENTIFICANDO OS RISCOS DO PACIENTE HOSPITALZADO		
<b>Objetivo</b>	Identificar os riscos notificados em uma instituição pública e conhecer os principais riscos dos pacientes na opinião dos enfermeiros.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Cenário: hospital-escola de grande porte. Coleta de dados: realizado por duas pesquisadoras através de um instrumento para coleta de eventos sentinelas registrados no período de julho de 2006 a julho de 2007. Aplicado um questionário a 65 enfermeiros da instituição. As variáveis analisadas foram as seguintes: tipos e a frequência dos eventos sentinelas notificados e os riscos relatados pelos enfermeiros.	
<b>Resultados</b>	O evento adverso mais notificado foi a queda do paciente (122 eventos, 27,7%), seguido de 104 eventos de UP (23,6%); 75 erros de medicação 75 (17%); 56 eventos de abrasão (12,7%); 45 episódios de falha de equipamento (10,2%); queimaduras(4,3%); hematoma (3,8%) e hemoderivados 0,7%. Os principais riscos relatados pelos enfermeiros foram: queda do paciente, 4%; erro de medicação, 18,1%; UP 11,2%; infecção hospitalar, 9,9%; suicídio, 9,5%,; identificação errada de paciente, 6,6%; fuga 5,6%; falha de equipamento, 4,9%; barotrauma, 4,9%; hemoderivados, 3,3%; erro de sítio cirúrgico, 3%; queimadura, 2,3%; material cirúrgico contaminado, 2,0% e perda de anátomo, 0,3%.	
<b>Conclusão</b>	Oito (8) tipos de eventos foram identificado nos registros de notificação. Já nos questionários foram identificados 14 tipos de EA. Percebe-se que os enfermeiros observam muito mais os fatos do que os registram.	

<b>Número: 39</b>	<b>Fonte:</b> Revista da Escola de Enfermagem	<b>Ano:</b> 2009
<b>Autor(es):</b> SANTOS, J. C; CEOLIM, M.F.		
<b>Título:</b> IATROGENIAS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS		
<b>Objetivo</b>	Identificar as principais iatrogenias de enfermagem em idosos	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Cenário: enfermarias de emergência clínica e cirurgia do trauma num hospital universitário. Amostra: 100 prontuários (50 homens e 50 mulheres) randomização por sorteio. Variáveis de interesse: características sócio-demográficas, iatrogenias ocorridas, características dos profissionais que cometem a iatrogenia, medidas de tratamento das consequências e média das providências tomadas para prevenir sua recorrência.	
<b>Resultados</b>	A idade média dos pacientes foi 72 anos. O tempo médio de internação foi de 8 a 9 dias. A iatrogenia foi identificada em 26 prontuários. Foram encontrados problemas como acesso venoso periférico (14 prontuários), UP (08 prontuários) e queda (2 prontuários). Não foi observada diferença significativa entre a idade dos pacientes e os relatos de iatrogenias. Encontrou-se, no entanto, diferença significativa entre o tempo de internação e a ocorrência de iatrogenia (nesta caso destaca-se a ocorrência de UP). Nos 26 prontuários com iatrogenias, 76,9% não tinham anotações detalhadas sobre a sua ocorrência e 100% não identificavam o que as teria desencadeado. Em 34,6% dos prontuários havia relatos de medidas terapêuticas: curativo com ácidos graxos essenciais ou papaína em UP (30,8%) e curativo com soro fisiológico nas lesões por contenção (3,8%). Em 100% dos prontuários não havia registros de medidas preventivas.	
<b>Conclusão</b>	Os dados levantados sinalizam a necessidade de implantação de um sistema que estimule a notificação dos EA e os registros dos cuidados preventivos realizados pela Enfermagem.	

<b>Número: 40</b>	<b>Fonte:</b> Cuidarte Enfermagem	<b>Ano:</b> 2010
<b>Autor(es):</b> FRANÇOLIN, L. et al.		
<b>Título:</b> Eventos Adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial de enfermagem		
<b>Objetivo</b>	Discutir os EAs ocorridos com pacientes durante a internação hospitalar quanto à sua natureza e frequência, registradas no cotidiano da assistência de enfermagem, por meio de notificação espontânea, em um hospital geral de médio porte.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Cenário: hospital de médio porte. Variáveis de interesse: incidência dos seguintes EA: administração de medicamentos, queda do paciente, UP, extubação acidental, perda de sondas endonasais ou nasogástricas, perda de cateter venoso central. Coleta de dados: busca em prontuário e notificações registradas pelo Escritório de Qualidade. Período de coleta de dados: janeiro a junho 2010.	
<b>Resultados</b>	Amostra: 3.220 pacientes hospitalizados, 246 notificações. (6% delas relacionadas à EA). As demais notificações foram de natureza administrativa. Entre as notificações dos EAs, o mais frequente foi erro de medicação (59%), seguido de UP (15%). Os demais ficaram abaixo de 6%. Medidas preventivas adotadas pela instituição: avaliação precoce do risco de queda, avaliação do risco de desenvolvimento de UP. Essas providências foram adotadas por meio de um escore de gravidade do paciente sinalizado no prontuário por cores.	
<b>Conclusão</b>	A segurança dos pacientes é uma prioridade na gestão da qualidade e prestação de cuidados à saúde. Por isso, a notificação espontânea vem a ser uma importante fonte de informação e alerta para a promoção da segurança no ambiente hospitalar. A notificação em tempo hábil, então, evidencia a magnitude do problema relacionado aos EA, de maneira não só a evitá-los, mas promover ações que garantam uma prática mais segura.	

<b>Número: 41</b>	<b>Fonte:</b> Enfermeira Intensiva	<b>Ano:</b> 2008
<b>Autor(es):</b> ESPEÓN GUIMILL, J.A. et al.		
<b>Título:</b> Sondas endonasais como causa de UP em paciente crítico.		
<b>Objetivo</b>	Avaliar a proporção de pacientes com UP nasais e estudar tanto os fatores de risco quanto as variáveis preditivas.	
<b>Detalhamento Metodológico</b>	Estudo observacional, prospectivo. Período de Coleta de dados: seis meses. Cenário: UTI adulto. Critérios de inclusão: portadores de sondas endonasais por mais de 24 horas. Co- variáveis: dados demográficos, uso de sedativos e aminas vasoativas, em ventilação mecânica,. Outros motivos de internação são o tempo de desenvolvimento da 1º lesão, estadiamento da lesão e localização.	
<b>Resultados</b>	Amostra: 48 pacientes. 73% homens e 27% mulheres. Idade média 54,6 anos. Tempo de permanência na UTI; 18, 2 dias. A incidência de UP nasal foi da ordem de 29,2%. A ala nasal direita teve uma maior incidência (53%) e 55% das lesões foram classificadas como estágio II. O tempo médio de dias do surgimento da 1º lesão foi 11,4 dias. O tempo de internação foi semelhante nos pacientes que não desenvolveram UP. O tempo de uso de sonda endonasal foi estatisticamente significativo p 0,03; odds ratio 1,047.	
<b>Conclusão</b>	O tempo que o paciente permanece com sonda endonasal influenciou o desenvolvimento de UP nessa região anatômica. O estudo sugere a inclusão de medidas preventivas como uso de ácidos graxos essenciais e hidroclóide para proteção da pele.	



## QUADRO RECORTE E COLAGEM DO DETALHAMENTO METODOLÓGICO

Nº	Detalhamento metodológico
01	<p>Foram utilizados dois bancos de dados: <i>Dados Financeiros Hospitalares</i>, produzido por Serviço da Califórnia em Planejamento e desenvolvimento de Saúde (OSHPD) e <i>Banco de dados de internação</i> (SID) realizado pela Agência de pesquisa e qualidade de cuidados de saúde (AHRQ). O ano de 1997 foi utilizado para extração dos dados. Amostra: <b>232; 124 hospitais e 204 clientes</b>. Variáveis analisadas: características do hospital, características da equipe de enfermagem (médico/cirúrgica, enfermaria clínica, médico/cirúrgica em terapia intensiva, unidade coronariana; <i>All hours</i> = número total de <b>horas produzidas trabalhadas por todos da equipe de enfermagem</b>, <i>RN hours</i> = total de <b>horas registradas pela enfermagem de cada plantão</b> e, <i>RN proportion</i> = mix de <b>habilidades, calculado</b> pelo RN hours dividido por All hours), <b>características dos clientes, eventos adversos</b> (queda/injúria, úlcera por pressão, <b>evento adverso: medicamentoso, pneumonia, infecção urinária, infecção de ferida e sepse</b>), <b>mortalidade</b> (morte durante a internação), <b>morbidade</b> (impacto no tempo de internação) e custo (custo total = total de despesa operacional total dividido <b>pela cobrança bruta de</b> cada cliente e <b>custo individual</b> = cobranças multiplicado pela receita específica de cada hospital)</p>
02	<p><b>Cenário: dois hospitais de grande porte da Holanda.</b> Critérios de inclusão: <b>clientes com até 48 horas de internação</b> sem UP nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica, geriatria e neurologia. Período de coleta de dados: jan.1999 a jun. 2000. Coleta de dados: Enfermeiros pesquisadores realizaram a 1ª visita até 48 hs após internação e, posteriormente, uma vez por semana até o desenvolvimento de UP ou alta hospitalar. Após a 1ª visita pesquisou-se também, por 12 semanas subsequentes, inspeção da pele e observação de medidas preventivas. <b>Variáveis analisadas: fatores de risco das três escalas (Norton, Waterlow, Braden)</b>, presença de medidas preventivas (uso de colchão para redução da pressão e mudança de decúbito), <b>presença de UP, estadiamento da UP desenvolvida. Clientes com risco de desenvolver UP</b> foram considerados com escore abaixo da área da curvatura do gráfico das escalas analisadas.</p>
03	<p>Participantes: <b>clientes internados em hospitais gerais da Holanda.</b> Critérios de <b>inclusão foram maiores de 18 anos</b>, com pele íntegra, tempo de internação menor que três meses. Instrumento de coleta de dados: três questionários elaborados pelo LPZ (Base de dados de um programa para levantamento da prevalência nacional holandesa de problemas de atendimento-LPZ). <b>Variáveis analisadas: prevalência de UP, características dos clientes</b> (idade, sexo, doenças, tempo de cirurgia, tempo de internação), score da escala de Braden, medidas preventivas (superfícies de suporte, mudança de decúbito, nutrição); <b>indicadores de qualidade estrutural</b> (enfermeiro especialista, consulta multidisciplinar ou única, utilização de guidelines, avaliação de arquivos do cliente, disponibilidade de documentação para prevenção e tratamento de UP e disponibilidade de colchão de redistribuição de pressão). Indicadores de qualidade a nível hospitalar (comissão de prevenção e orientação para tratamento de UP, monitoramento pelo staff de enfermagem da realização das medidas de prevenção de acordo com guideline, central de comunicação de UP, central de gerenciamento de materiais para UP, curso de atualização e folhetos explicativos). Coleta de dados foi realizada por um time de enfermeiros através de inspeções hospitalares.</p>
04	<p><b>Base de dados pesquisados:</b> MEDLINE, EMBASE, CINAL, COCHRANE. Amostra: ensaios clínicos randomizados (RTC) sobre medidas preventivas para UP. Termos usados para busca: úlcera por pressão, decúbito, escara, prevenção, profilaxia, redução, randomizado, redução e ensaio clínico. Os trabalhos foram analisados quanto à qualidade metodológica e organizados em três categorias: mobilidade, nutrição e hidratação cutânea.</p>

05	Foram realizadas buscas nas seguintes <b>bases de dados</b> : Pubmed, Cinahl, Embase, Medline, Central para identificar estudos publicados no período de janeiro de 1980 a setembro de 2006. As palavras - chaves foram combinadas com os descritores que as relacionaram a <b>ulcera por pressão, colchão de ar e prevenção. Foram incluídos artigos que comparassem o colchão com</b> alternância de ar com o estático ou diferentes tipos de colchões de alternância de ar nas línguas inglesa, francesa, alemã e holandesa. Três resultados foram analisados: incidência de UP, pressão de contato e perfusão sanguínea e o conforto.
06	Cenário: <b>Três hospitais de referência</b> do sul da Austrália. População: <b>enfermeiros e médicos</b> . Instrumento de coleta de dados: questionário sobre se conhecem como utilizar o sistema de comunicação, como acessar e qual é a maneira de utilizá-lo de forma completa. Para <b>mensurar a prática foram questionados a estimar</b> quantas vezes eles comunicaram um dos <b>11 incidentes</b> (queda, erro de medicação, falha de equipamento, tratamento ou procedimento errado, cliente não recebeu tratamento necessário, dados confidenciais revelados, infecção hospitalar, trombose venosa profunda durante o pós-operatório, quase erro de medicação, UP). Aferiu-se ainda como eles acreditam que esses eventos devem ser comunicados (sempre, $\geq 50\%$ das ocasiões, $\leq 50\%$ das ocasiões, nunca). Dezenove (19) potenciais motivos foram sugeridos para determinar as barreiras de comunicação.
07	Foram realizadas <b>buscas nas seguintes bases de dados</b> : Pubmed, Cinahl, Embase, Medline, Central para identificar estudos publicados no período de janeiro 1980 a setembro de 2006. As palavras - chaves foram combinadas com os descritores relacionadas a <b>ulcera por pressão, colchão de ar e prevenção</b> . Foram incluídos artigos que comparasse o colchão com alternância de ar com o estático ou diferentes tipos de colchões de alternância de ar nas línguas inglesa, francesa, alemã e holandesa. Tres resultados foram analisados: incidência de UP, pressão de contato e perfusão sanguínea e o conforto.
08	Auditoria em registro de clientes por enfermeiros e médicos treinados para detectar os EA. A extensão do evento foi caracterizado como dano, morte ou incapacidade. Foram consideradas pessoas idosas maiores de 75 anos de idade. A amostra foi constituída de 1.006 clientes, dos quais apenas 332 eram maiores de 75 anos.
10	Cenário: hospitais dos EUA. Base de dados: NIS – projeto de utilização e custo da assistência de saúde. Período analisado: <b>2002 a 2007</b> . Critério de inclusão: dados pós alta hospitalar de clientes <b>maiores de 18 anos</b> com e sem diagnóstico primário de esquizofrenia. Variáveis analisadas: incidência de EA (UP, infecção relacionada à assistência de saúde, perfuração ou <b>laceração acidental</b> , pneumotórax acidental, insuficiência ventilatória pós operatório, sepse pós operatório, TVP pós operatório, hemorragia ou hematoma pós-operatório), características demográficas, co-morbidades, tipo de hospitalização(eletiva ou emergencial), características das instituições hospitalares (porte, região, hospital de ensino ou não)
11	Critérios de <b>inclusão</b> : clientes com fratura de quadril, idade superior a 65 anos, admitidos sem UP. Cenário: Clínica ortopédica de um hospital universitário na Suécia. Intervenções: avaliação de risco, classificação do estadiamento das UPs, medidas preventivas ( <b>Alívio da pressão, mudança de decúbito</b> , cabeceira elevada a 30°, hidratação da pele, redução do cisalhamento e fricção). Coleta de dados foi feita através da auditoria em prontuário <b>sobre os registros de enfermagem</b> . Além disso, <b>um grupo focal multiprofissional</b> foi formado para discutir as possíveis alterações das rotinas de enfermagem para o cuidado relacionado à prevenção de UP. Os dados foram comparados com os grupos experimentais dos dois anos: 1997 e 1999.
12	A Organização de Melhoria de Qualidade elaborou e implementou um sistema de <b>vigilância nacional de segurança do cliente</b> . A partir <b>do banco de dados Histórico Nacional</b> - que colheu reivindicações da assistência de saúde em 50 estados – os hospitais foram randomizados e os dados extraídos. Foram consideradas todas as altas hospitalares de brancos não hispânicos e negros - <b>clientes entre 01 de janeiro</b> de 2004 e 31 de dezembro de 2007 - para avaliar a frequência de eventos de <b>segurança do cliente</b>

	em 4 domínios: geral (úlceras de pressão e quedas), infecções nosocomiais, complicações do quadro clínico <b>relacionado a</b> eventos adversos e estes relacionados a medicamentos devido a anticoagulantes e hipoglicemiantes. Foi comparada a taxa de EA entre o grupo de clientes negros e brancos.
13	A Organização de Melhoria de Qualidade elaborou e implementou um sistema de vigilância nacional de segurança do cliente. A partir do banco de dados Histórico nacional de reivindicações da assistência de saúde implementado em 50 estados, hospitais foram randomizados e os dados extraídos. Foram consideradas todas as altas hospitalares de brancos não hispânicos e negros. Cliente entre 01 de janeiro de 2004 e <b>31 de dezembro de 2007 para avaliar a frequência de eventos de segurança</b> do cliente em 4 domínios: geral (úlceras de pressão e quedas), infecções nosocomiais, complicações do quadro clínico relacionado a eventos adversos e eventos adversos a medicamentos devido a anticoagulantes e hipoglicemiantes. Foi <b>comparada a taxa de EA entre o grupo de clientes negros e brancos.</b>
14	No período de setembro de <b>2005 a julho de 2006</b> foi desenvolvido um programa de segurança de cliente denominado “Safety or Sorry” com o objetivo de prevenir UP, infecção urinária e queda. <b>Amostra:</b> clientes com idade $\geq 18$ anos, com expectativa de internação superior a cinco dias. Intervenções operacionais implementadas: <b>Educação</b> (Aulas em grupo nas enfermarias para todos os enfermeiros, Cd room com material educativo e um teste de conhecimentos ( <b>Discussões de casos</b> em cada ala). Envolvimento do cliente (Materiais de informação para a prevenção de úlceras de pressão, infecção urinária e quedas, separadamente. Usou-se a <b>informação oral por enfermeiros aos clientes</b> e o <b>Feedback</b> (registro de cuidados diários prestados ao cliente e a presença ou não de um AE por meio de um sistema de registro computadorizado). Este programa digital gera um feedback por meio de gráficos que ilustram o processo e os indicadores de resultados). <b>Variáveis analisadas: incidência dos eventos adversos, porcentagem de clientes que receberam os cuidados preventivos e conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção dos eventos adversos. Grupo de controle:</b> receberam os cuidados como de costume. Tempo de segmento foi de nove meses consecutivos. Coleta de dados: <b>1ª coleta</b> , de setembro a dezembro de 2006, antes da implementação do programa. A <b>2ª coleta</b> ocorreu em 2008. Foram considerados cuidados de enfermagem preventivos para UP, a elevação dos calcâneos e o uso de dispositivo de alívio de pressão.
15	<b>Revisão integrativa.</b> Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: PUBMED, Cochrane Center, Jonna Briggs Institute, Sigma Theta Tau International, National Guideline Clearinghouse, Agency for Health Research and Quality.
16	Estudo de caso. Cenário: <b>dois hospitais terciários</b> da Inglaterra. Dados foram obtidos a partir do Sistema de Administração Hospitalar. (PAS). Cada episódio foi codificado utilizando-se a <b>Classificação Internacional de Doenças (CID)</b> e problema encontrado foi devidamente registrado. Os <b>setores hospitalares foram</b> classificados em baixa (enfermarias) e alta (UTI) dependência. Os dados da equipe de enfermagem foram: <b>número de horas trabalhadas por unidade/enfermaria</b> , equipe com contrato de trabalho temporário estatutário. Resultados investigados: UP, queda de cliente, pneumonia, sepses, trombose venosa profunda, hemorragia gastrointestinal. Buscou – se investigar se os resultados pesquisados foram <b>afetados pelas horas de enfermagem, e pelas características da equipe</b> de enfermagem. Período de coleta de dados: ano 2008.
17	Dados: Utilizou-se as informações do ano de 2003 da base de dados MedCare, que contém informações de <b>altas hospitalares</b> e os dados da pesquisa anual do programa American Hospital Association. Foram incluídos na amostra clientes maiores de 65 anos admitidos em hospitais clínicos e cirúrgicos dos EUA. <b>O ajuste dos fatores de risco foi analisado pela presença</b> ou ausência de 30 comorbidades definidas pelo AHRQ. Através do software da AHRQ foram investigados 4 PSIs: baixa taxa de mortalidade, UP, ressuscitação cardíaca, infecção nosocomial. Foi avaliada também a relação entre o desempenho <b>hospitalar nos PSIs</b> e seu desempenho em medidas de qualidade HQA, coletados entre julho de 2005 a junho de 2006. <b>Liderados pelo CMS, HQA</b> é uma

	organização colaboradora que fiscaliza e publica relatórios de dados de desempenho. CMS <b>recolhe medidas de processo</b> e impõe sanções financeiras a hospitais não participantes. Esses dados foram examinados em três condições médicas: infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e pneumonia. Verificou-se se os hospitais de cirurgias cardíaca e pulmonar <b>selecionados tiveram o mesmo desempenho dos 50 hospitais</b> com melhores índices de PSI. A seleção levou em conta os seguintes aspectos: reputação entre os especialistas; características estruturais tais como a disponibilidade de tecnologias de saúde e as taxas de risco de mortalidade. As associações entre hospitais e PSIs foram categorizadas de acordo com o PSI investigado. Infecção e taxa de mortalidade foram classificados como com EA e sem EA. Já para UP e ressuscitação cardíaca foram classificados em quartis.
18	Busca <b>em base de dados</b> : CINAHL, PUBMED, OVID. <b>Termos utilizados</b> : UP, equipe de enfermagem, resultados assistenciais e envolvimento com o trabalho. A análise dos estudos foi realizada de acordo com a frequência do EA, ajustada às características dos clientes e porte hospitalar.
19	Dados foram obtidos através de um programa de registro de complicações implementado em hospital da Holanda em 1992. A base de dados <b>era alimentada por médicos</b> após sessões diárias de discussão de casos clínicos. Eram registradas a causa e as <b>consequências das complicações identificadas</b> .
20	A amostra foi constituída por 103 hospitais (n = 21 378 clientes) e <b>129 asilos</b> (n = 15 residentes 579). Os dados extraídos foram analisados usando-se modelos aleatórios <b>para calcular as diferenças de prevalência nacional dentro de lares de idosos</b> e hospitais, ajustados para o <b>risco pessoal para úlcera de pressão</b> e indicadores de qualidade.
21	Estudo multicêntrico de corte, os dados foram obtidos através de registros médicos. A amostra foi identificada pelo Histórico Nacional de Registros de Assistência de Saúde. Os critérios de inclusão foram: <b>clientes com 65 anos</b> ou mais, alta dos hospitais de cuidados clínicos após o tratamento para pneumonia, doença cerebrovascular ou insuficiência cardíaca congestiva. As variáveis analisadas foram características demográficas e seis indicadores do processo de cuidado para a prevenção de úlceras de pressão: uso da avaliação diária da pele, uso de um dispositivo de redução da pressão; documentação comprobatória de risco; reposicionamento para um mínimo de duas horas, consulta nutricional e estadiamento de úlcera de pressão. As associações entre os processos de cuidado e incidência de úlcera de pressão foram determinados com análises de Kaplan-Meier. A coleta de dados foi realizada por <b>médicos através de um instrumento eletrônico</b> .
22	Cenário: Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Bonsucesso. Variáveis analisadas: incidência de UP e <b>intervenções de enfermagem</b> (higiene corporal, aplicar hidratante, aplicar pomada na região genital, manter pele seca, massagem de conforto, manter lençóis limpos e esticados, utilizar lençol móvel, utilizar <b>fralda descartável</b> , <b>mudar</b> de decúbito a cada duas horas, <b>inspecionar</b> a pele duas <b>vezes ao dia</b> , <b>utilizar filmes transparentes</b> , <b>posicionar adequadamente/evitar arrastar</b> cliente no leito, acolchoar proeminências ósseas, usar coxim, utilizar colchão caixa de ovo, manter cabeceira a 30° e <b>manter suporte nutricional prescrito</b> . Critérios de inclusão: pele íntegra ou com UP, estágio I, internação na UTI por até 48 h antes da coleta. Coleta de dados: <b>início com processo admissional do cliente</b> na UTI ou até 24 hs após sua admissão. O processo repetiu-se a cada 12 horas por três meses consecutivos.
23	Estudo de corte. <b>Adultos maiores de 65 anos internados</b> no Hospital da Universidade de Chicago foram avaliados como vulneráveis por uma ferramenta validada chamada <i>Vulnerable Elder Survey-13</i> (VES-13). A ferramenta é baseada na idade, auto-referencia do estado de saúde e capacidade funcional. Após serem considerados como idosos <b>vulneráveis</b> , um <b>questionário foi aplicado por médico e enfermeiros com a inclusão de questões sobre capacidade funcional</b> , atividades de vida diária e auto-referência das limitações dos clientes. Para avaliar a estado cognitivo foi aplicada a Escala de <b>Avaliação Mini-Mental</b> . A coleta de dados foi realizada no período de maio a novembro de 2004 por um grupo de médicos pesquisadores treinados. Na ocasião,

	<p>promoveu-se a extração dos dados do questionário. Foram pesquisados, com base no ACOVE, os seguintes indicadores de qualidade relacionados às condições de saúde: UP, demência e delírio, taxas de aderência calculadas para cada tipo de processo de cuidado (triagem, diagnóstico e tratamento) e qual profissional proveu o cuidado (médico ou enfermeiro). Os clientes ou familiares eram convidados a participar do estudo de forma voluntária, segundo os <b>preceitos éticos</b>.</p>
24	<p><b>Pesquisa descritiva</b>, observacional e transversal, conduzida através de respostas de enfermeiros que trabalham em enfermarias cirúrgicas ou clínicas em cinco hospitais regionais do Kuwait. Foi <b>considerado como evento adverso qualquer</b> episódio inesperado percebido pela <b>enfermagem durante o cuidado</b> assistencial, causado por processo de cuidado que tenha afetado a saúde do cliente. O <b>instrumento para</b> coleta de dados foi um questionário com três seções distintas: a 1ª relacionada às características dos participantes; a 2ª relacionada à percepção da carga de trabalho e a última contendo doze perguntas sobre os eventos adversos identificados. Os <b>enfermeiros gerentes</b> foram <b>excluídos da pesquisa por não estarem</b> diretamente envolvidos com os cuidados de enfermagem.</p>
25	<p>O programa de prevenção de eventos adversos foi implantado e acompanhado por nove meses em <b>10 enfermarias de 04 hospitais e 10 enfermarias de 06 asilos</b>. Os critérios de inclusão foram: clientes com idade superior a <b>18 anos com tempo</b> de internação maior que cinco dias. Três guidelines foram implementados para direcionar a prevenção de três EAs: úlcera por pressão, infecção urinária e queda. A coleta de dados foi realizada por pesquisadores treinados através de visitas semanais e também por observação. Foram considerados cuidados adequados para prevenção de UP os seguintes procedimentos: avaliação do risco para UP através da Escala de Braden; elevação dos calcâneos, associada ao reposicionamento, a cada duas horas, sem uso de colchão para redução da pressão ou reposicionamento a cada 4 horas + colchão de redução de pressão, ou colchão de alternância de pressão. Os dados foram analisados comparando-se o grupo de intervenção com as do grupo controle (cuidados usuais).</p>
26	<p>Estudo <b>descritivo, transversal</b> e de prevalência. O cenário foi um hospital terciário. A coleta de dados foi realizada por 10 enfermeiros e 04 coordenadores, todos do grupo de prevenção de UP, no período de 11 a 15 de maio de 2009, através de uma ficha, elaborada e baseada com as recomendações da GENUAP e por exame físico. Para avaliar o risco de desenvolvimento de UP <b>foi aplicada a escala de Gosnell modificada</b>. As variáveis analisadas foram: dados demográficos, número de <b>lesões</b>, estadiamento das lesões, localização anatômica, fatores causais, origem das lesões, uso de <b>superfícies de alívio de pressão</b>.</p>
27	<p>Estudo descritivo, <b>transversal e com análise</b> quali-quantitativa. Os participantes foram enfermeiros da Jordânia que tinham um ano ou mais de experiência profissional em hospitais do país supracitado. O instrumento para coleta de dados foi um questionário com duas partes, uma qualitativa e outra quantitativa, distribuído por e-mail. Na parte qualitativa, foram questionados os principais tipos e quais as principais causas de EA em hospitais da Jordânia. A investigação foi baseada na experiência profissional. Na parte quantitativa, os participantes foram questionados sobre as características do hospital, unidade hospitalar na qual atua, tempo de atuação em hospitais da Jordânia e de outros países e o nível de escolaridade. Foram convidados a participar do estudo <b>255 enfermeiros</b>.</p>
28	<p>Participaram do estudo <b>25 UTIs de oito hospitais</b>. Os dados foram coletados dos participantes de cada hospital avaliado pelo coordenador do estudo. As variáveis analisadas foram: <b>resultados assistenciais (prevalência de UP</b> em estágio II ou acima deste, infecção sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central e pneumonia adquirida por uso de ventilação mecânica); características do hospital e das unidades (hospital pequeno – médio porte: 164 a 384 leitos, hospital grande porte: 601 a 785 leitos, UTI Geral: (médico-cirúrgica, UTI cirúrgica, UTI clínica). O controle das variáveis foi realizado por meio do ajuste da severidade do quadro de saúde pelo APACHE III; a rotatividade de clientes foi utilizada para ajustar o tempo de horas de</p>

	cuidado de enfermagem provido.
29	Amostra: clientes internados na UTI de um hospital universitário da Bolívia. Os critérios de inclusão foram: clientes intubados, em ventilação mecânica e em uso de aminas vasotensoras. Critérios de exclusão: clientes com UP. Período de coleta de dados: setembro a agosto de 2006. <b>Enfermeiros plantonistas</b> foram responsáveis pela coleta dos dados. Intervenção realizada: medidas preventivas para UP (nutrição adequada, mudança de decúbito a cada 2 ou 4 horas, uso de superfícies de alívio de pressão, hidratação cutânea). Variáveis analisadas: perfis sócio-demográficos, diagnóstico principal e motivo para internação na UTI, nível de risco da Escala de Braden, nível de sedação pela Escala de Ramsay, diagnóstico de base, IMC, APACHE II Principal desfecho analisado: incidência de UP estágio II.
30	<b>Meta-análise de estudos publicados</b> examinando caminhos clínicos para fratura de quadril, identificada através de pesquisas sistemáticas das bases de dados eletrônicas (MEDLINE, EMBASE, CINAHL e Cochrane Central Register of Controlled Trials) e revistas manuais de bibliografias e artigos selecionados. <b>Foram selecionados estudos observacionais e de intervenção</b> das vias clínicas para fratura de quadril, examinar as taxas de trombose venosa profunda, úlcera de pressão, infecção de sítio cirúrgico, infecção do trato urinário, pneumonia, internação e de mortalidade ou de 30 dias.
31	Revisão sistemática bibliográfica foi realizada com base em uma pesquisa de <b>14 bases</b> de dados em quatro idiomas. Utilizou-se a <b>úlcera de pressão</b> como palavra-chave, ou pressão ferida ou úlcera de decúbito de avaliação e risco. Reports of clinical trials or prospective studies of validation were included in the review. Relatórios de ensaios clínicos ou estudos prospectivos de validação foram incluídos na revisão.
32	<b>Revisão bibliográfica</b>
33	<b>Os Indicadores de qualidade foram</b> pesquisados através de um questionário sobre a opinião dos enfermeiros membros da Associação Nacional de Administração de Cuidados, a longo prazo, e enfermeiros especialistas em geriatria, em relação a relevância dos seguintes QIs: UP, queda de clientes, satisfação do cliente com manejo do doente, satisfação do cliente com informação educacional, satisfação do cliente com cuidado de <b>enfermagem, satisfação do cliente com todo</b> o cuidado prestado, mix de horas registradas pela enfermagem e o total de horas de cuidados de enfermagem. Considerou-se ainda o total de horas de cuidados de enfermagem para cada dia de internação e satisfação da equipe de enfermagem.
34	Estudo de caso. Discutido à luz da “holoenergia”(saber, querer, amar, espírito), o modelo baseado na expansão da consciência, no amor e no poder derivado da escolha consciente de uma mudança. Amostra: 01 cliente com lesão neurológica admitido num centro de reabilitação. Cenário da pesquisa: instituto de reabilitação e cuidado domiciliar. Intervenções analisadas: <b>tempo de cuidado de enfermagem, cuidados de enfermagem preventivos para UP e cuidados de higiene</b> realizados por visitas de enfermeiros pesquisadores, incidência de UP. Tempo de segmento: 150 dias
35	A amostra foi constituída por <b>799 hospitais</b> dos EUA. Foram utilizados dados administrativos sobre 5,075,969 de altas hospitalares de doentes clínicos e 1,104,659 de altas de doentes cirúrgicos. A equipe de enfermagem foi classificada em enfermeiro cuidador, enfermeiro com licença para prática, enfermeiro supervisor. Foram controlados os vieses de porte hospitalar e escala de serviço de enfermagem. O desfecho analisado registrou a incidência de <b>14 EA</b> durante a hospitalização (11 para clientes clínicos e cirúrgicos e 03 para clientes cirúrgicos). Um deles foi a UP.
36	Critérios de inclusão: <b>pesquisas experimentais publicadas</b> em inglês após 1990, presença de dados sobre o processo de enfermagem ou medidas de resultados e testagem de intervenções para melhora da qualidade. Foi designada a troca da rotina de cuidado preventivo para UP.
37	Amostra: <b>826</b> boletins de notificação. Cenário: hospital universitário. Dados investigados: incidência de EA.
38	Cenário: hospital-escola de grande porte. Coleta de dados: realizada por duas

	pesquisadoras através de um instrumento para coleta de eventos sentinelas registrados no período de julho de 2006 a julho de 2007. Aplicado um questionário a <b>65</b> enfermeiros da instituição. As variáveis analisadas foram a frequência dos eventos sentinelas notificados e os riscos relatados pelos enfermeiros.
39	Cenário: enfermarias de emergência clínica e cirúrgica do trauma num hospital universitário. Amostra: 100 prontuários (50 homens e 50 mulheres); randomização por sorteio. Variáveis de interesse: características sociodemográficas, iatrogenias ocorridas, características dos profissionais que cometem a iatrogenia, medidas de tratamento das consequências e medidas tomadas para prevenir sua recorrência.
40	Cenário: hospital de médio porte. Variáveis de interesse: incidência dos seguintes EA: administração de medicamentos, queda do cliente, UP, extubação acidental, perda de sondas endonasais ou nasogástricas, perda de cateter venoso central. Coleta de dados: busca em prontuário e notificações registradas pelo Escritório de Qualidade. Período de coleta de dados: janeiro a junho de 2010.
41	Estudo observacional, prospectivo. Período de Coleta de dados: seis meses. Cenário: UTI adulto. Critérios de inclusão: portadores de sondas endonasais por mais de 24 horas. Co- variáveis: dados demográficos, uso de sedativos e aminas vasoativas, em ventilação mecânica, motivo de internação, tempo de desenvolvimento da 1º lesão, estadiamento da lesão e localização.

## QUADRO RECORTE E COLAGEM DOS RESULTADOS

Nº	Resultados
01	A média foi de 8,9 hs All hours e 6,3 hs RN hours por dia de internação. 93,2% dos clientes não sofreram nenhum EA, 5,6% <b>sofreram um (01) EA</b> e 1,2% <b>tiveram mais de um EA</b> . A pneumonia foi EA mais frequente (2,3%) e <b>a queda foi o evento menos comum</b> . <b>A idade e o sexo feminino</b> , portanto, tiveram peso estatístico com a <b>ocorrência dos eventos</b> . Em relação ao diagnóstico médico, os clientes com amputação por <b>insuficiência vascular tiveram maior incidência de UP</b> . <b>EAs foram mais comuns em hospitais de grande porte</b> ( grande porte- <b>104</b> eventos, médio porte - <b>38</b> eventos) . Todos os <b>EAs aumentaram o tempo de internação</b> : UP foi o evento de maior impacto com <b>acréscimo</b> de 6,2 <b>dias de internação</b> e a <b>mortalidade</b> (Odds ration sepsis 7,40; PNM 3,39; infecção ferida 1,29; UP 1,26, queda 0,8). A <b>correlação entre as horas de enfermagem e a ocorrência de EA</b> foi o aumento de 1 RN hours, que reduziu 8,9% odds para pneumonia.
02	<b>135 (11%) clientes desenvolveram UP</b> . <b>129 (95,5%)</b> das lesões se desenvolveram nas quatro primeiras semanas de internação. O tempo máximo de segmento foi de 12 visitas. <b>A incidência semanal esteve em torno de 6,2%</b> . <b>Um total de 57 clientes recebeu medidas preventivas por 101 semanas de internação no total</b> . Os clientes que <b>receberam as medidas preventivas eram mais idosos</b> do que os que foram observados e não receberam cuidados preventivos. A maior parte dos clientes <b>com risco de desenvolver UP de acordo com as Escalas</b> avaliativas não receberam cuidados preventivos. Já outros, sem risco, recebem. Foram consideradas <b>como medidas preventivas o uso de colchão especial e mudança de decúbito</b> . <b>A efetividade das escalas em prever o desenvolvimento foi limitada</b> , principalmente para os clientes cirúrgicos.
03	A amostra foi constituída de 63,336 participantes de <b>414 hospitais gerais</b> . Em 2001, a prevalência de UP era de 8,5%. Em 2004, caiu para 5% e em 2008 para 3,4%. Comparando os dados de 2001-2004 com 2005-2008, observou-se um número menor de participantes com hemiparesia(OR 0,48),doença infecciosa (OR 0,86), tempo cirúrgico acima de 2 horas (OR 0,63), score Braden $\leq 20$ (OR 0,84) e mais clientes com diabetes

	mellitus (OR 1,63). <b>Todos os cuidados preventivos foram realizados com mais frequência no período 2005/2008.</b> Houve também <b>aumento no número de enfermeiros especialistas (OR 2,4)</b> , de consultoria única e multidisciplinar, <b>prevenção baseada em guideline (OR 4.6) e panfletos informativos (OR 5.8)</b>
04	A amostra foi constituída de <b>59 estudos (51 mobilidade, 5 nutrição e 03 hidratação cutânea)</b> . Em relação à <b>mobilidade</b> , 48 artigos avaliaram o papel das superfícies de suporte: 16 estudos analisaram superfícies estáticas, oito estudos mostram redução da incidência de UP quando comparada às superfícies padrão; 14 trabalhos comparam superfícies dinâmicas com superfícies estáticas. Apenas três estudos encontraram resultados melhores em superfícies dinâmicas, porém sem associação estatística significativa para redução da incidência. Três estudos comparam <b>camas padrão com camas giratórias. As camas giratórias não mostram benefícios</b> na redução de incidência. Em relação às superfícies estáticas, o uso de sobreposições <b>de pele de carneiro em mesas cirúrgicas reduziu a incidência</b> de UP no período pós operatório. Já em relação ao uso de coxim, <b>um estudo comparou espumas especiais com gel + espuma especial e o último foi significativamente mais efetivo.</b> Dois estudos <b>avaliaram a mudança de decúbito como medida preventiva.</b> Um RTC comparou mudança de decúbito a cada 4 horas, associada ao uso de colchão com espuma especializada, com a mudança de decúbito a cada duas horas e colchão com espuma padrão. Observou-se que o primeiro grupo teve uma redução da incidência de UP (porém, o estudo apresenta vários vieses de seleção e randomização). O outro trabalho foi realizado com uma amostra de 46 clientes. Essa investigação comparou a cabeceira elevada a 30° e 90° e não houve diferença entre os dois grupos. As cinco pesquisas avaliaram a suplementação alimentar, apesar de um delineamento pobre. Apenas um estudo, que avaliou a <b>suplementação alimentar em 672 clientes por 15 dias</b> , apresentou redução da incidência de UP. Dos três trabalhos relacionados à hidratação da pele, dois estudos (ácido graxo hiperoxigenado vs placebo e hexaclorofeno, esqualeno e alantoína vs placebo) apresentaram redução da incidência de UP. O estudo que utilizou a nicotinamida não apresentou redução da incidência quando comparado com hexaclorofeno, esqualeno e alantoína.
<b>Obs:</b> Apesar da fragilidade metodológica dos estudos, o uso de medidas preventivas como superfícies de suporte, mudança de decúbito, nutrição adequada e hidratação da pele podem ser consideradas como estratégias de prevenção. Além disso, observa-se a necessidade de investigar as intervenções realizadas pela enfermagem para que se possa determinar, baseado em evidências, qual a ação mais apropriada para as situações encontradas diariamente.	
05	Trinta e cinco estudos foram selecionados: 20 ensaios clínicos randomizados e controlados (n=aproximado 4526 pacientes), 13 estudos experimentais (n=258 clientes), 01 estudo prospectivo e 01 estudo retrospectivo. <b>Um ECR comparou um colchão de alternância de ar e colchão padrão.</b> O colchão de ar foi uma medida mais eficaz de prevenção. ECRs quando comparados a tipos de colchões de alternância de ar constante resultaram em evidências conflitantes. Todos os ECRs tinham falhas metodológicas. <b>O uso de pressão de contato da interface e medições de perfusão sanguínea para avaliar a eficácia dos colchões apresentam resultados que sugerem uma melhoria hipotética sobre o colchão padrão.</b> <b>Conforto</b> foi o desfecho primário em apenas quatro estudos, por se tratar de <b>um dado subjetivo.</b> Diversos delineamentos foram utilizados e, por isso, acredita-se que <b>o colchão de ar é mais desconfortável.</b>
06	Amostra foi constituída de 186 médicos (70,7% questionários) e <b>587 enfermeiros (73,5% questionários)</b> . Enfermeiros <b>foram mais conscientes do que os médicos quando o tema é conhecer ou saber como acessar</b> uma comunicação ( 88.3% vs 43.0%), como comunica-la de forma completa (89% vs 64%) e o que fazer com uma comunicação de incidente( 81.9% vs 49.7%). Médicos <b>com mais de cinco anos de experiência profissional tinham menos conhecimento para realizar a comunicação de forma completa do que os médicos com menos experiência (58% vs 79%).</b> Já na enfermagem a relação foi inversa (82% vs 50%). Mais de 90% dos enfermeiros e 75% dos <b>médicos responderam que sempre comunicariam uma queda</b> , enquanto que



	menos de 20% dos médicos e enfermeiros <b>sempre comunicam a UP como um incidente</b> . Os dois grupos, médicos e enfermeiros, apontaram a lacuna no feedback como a principal barreira para a comunicação(57,7% e 61.8%).
07	52 ensaios clínicos foram incluídos. 30 ensaios incluíram participantes sem pré-existentes úlceras de pressão (pele saudável), 04 incluíram clientes com úlceras de grau maior que um (1), cinco incluíram participantes com e sem úlcera e em 13 ensaios a condição da pele do valor inicial dos participantes era incerto. Em relação ao âmbito obteve-se os seguintes resultados: <b>05 áreas da mesa de operação, 08 UTI, 08 clientes ortopédicos</b> e 01 contexto de serviços de emergência como hospitais. Os demais estudos examinaram uma variedade de clientes. Quanto às intervenções, cinco avaliaram almofadas, três avaliaram o uso de pele de carneiro e três as camas ortopédicas / terapia cinética. Os demais estudos avaliaram diferentes colchões, coberturas e camas. Estudos que comparam colchão padrão com colchão com espuma especiais: <b>a espuma alternativa pode reduzir a incidência de UP em clientes com alto risco e com fratura de quadril</b> . Os benefícios relativos de dispositivos de baixa pressão, pressão constante e alternada, e os diferentes dispositivos de pressão alternada para a prevenção de úlcera de pressão não são claras. Um estudo de alta qualidade não encontrou <b>nenhuma diferença significativa entre coberturas de pressão alternada com colchão de alternância de pressão</b> . No entanto, colchões PA foram associados com uma probabilidade de 80% de redução dos custos, devido ao maior tempo para desenvolver a ulcera por pressão e <b>redução do tempo de internação</b> . Tem sido demonstrado que o uso de sobreposições de alívio de pressão na mesa de cirurgia e no pós-operatório reduz a incidência de úlceras de pressão após a cirurgia. Não há evidências suficientes para concluir sobre a utilidade de assentos, vários dispositivos de baixa pressão constante e capas para macas nos serviços de emergência como estratégias para a prevenção de úlceras de pressão.
08	Dos 332 clientes, 45 (13,5%) sofreram um EA. Quando se analisou os dados restritos a idade base de 65 anos observou-se um aumento de 3% odds <b>para ocorrência de EA para cada ano de idade a mais</b> . Sete (7) EA (15,5%) podiam ter sido evitados quando comparados com 20 (47,6%) dos 42 EA ocorridos entre os clientes com idade inferior a 75 anos. Nove deles (20%), com idade superior a 75 anos, e outros quatorze (33%), com idade inferior a <b>75 anos, apresentaram EAs que acarretaram incapacidades por até 6 meses ou contribuíram com sua morte. Queda do cliente e infecção (18%) foram os EA mais frequentes em clientes idosos</b> . A UP acometeu 9,3% dos clientes idosos e 3,8% dos clientes não idosos.
10	Dos 332 clientes, 45 (13,5%) sofreram um EA. Quando se analisou os dados com a idade base de 65 anos foi possível observar um aumento de 3% odds para ocorrência de EA para cada ano de idade a mais. 07 (15,5%) EA foram considerados como episódios possíveis de prevenção quando comparados com 20 (47,6%) dos 42 EA ocorridos com os clientes com idade inferior a 75 anos. Nove (20%) dos clientes com idade superior a 75 anos e 14 (33%) dos clientes com idade inferior a 75 anos tiveram EAs que acarretaram incapacidades por até 6 meses ou contribuíram com sua morte. Queda do cliente e infecção (18%) foram os EA mais frequentes em clientes idosos, a UP ocorreu 9,3% dos clientes idosos e 3,8% dos clientes não idosos.
<b>Obs:</b> Estudo aponta que os clientes portadores de esquizofrenia estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de UP, o que talvez possa estar associado com as morbidades existentes.	
11	Houve redução significativa da incidência de UP entre 1997 e 1999, de 55% para 29%. O número de úlceras de calcâneos diminuiu de 27% para 6%. As lesões desenvolvidas tiveram menor gravidade, de acordo com o estadiamento $\geq$ II de 24 para 12%, e houve também redução de úlceras nas regiões sacra, glúteos e escapular, de 38% para 25%. <b>Não houve diferença entre os períodos quanto ao tempo de espera para cirurgia, tempo de cirurgia e tempo de internação</b> . Em relação aos <b>registros de enfermagem</b> houve uma melhora significativa na <b>qualidade das informações</b> . Destaque-se ainda, no grupo focal, uma <b>conscientização maior sobre os cuidados preventivos ao longo do</b>

	<b>tempo.</b>
12	A amostra foi constituída de 102,511 internações, em 3.648 hospitais, nos quais 84,4% dos clientes eram brancos e 10,5% negros. Os <b>negros tiveram maior risco do que os brancos em relação a infecções nosocomiais</b> (Odd ratios 1,34, 95% intervalo de confiança, 1,17-1,55, P <0,001). Após o ajuste de fatores de riscos hospitalares e individuais, os hospitais com maiores percentuais de clientes negros registraram aumento do risco para ocorrência de infecção nosocomial (1,9% vs 1,5%, P <0,001) e eventos adversos relacionados a medicamentos (8,7% vs 7,8%, P <0,01). Em relação a <b>UP não houve diferença</b> estatisticamente significativa entre os dois grupos. Hospitais com maior número de clientes negros internados tiveram aumento do risco em geral: 14,3% para ocorrência de EAs relacionados à infecção nosocomial e 15,9% para EA relacionados à medicação.
13	A amostra foi constituída de 102,511 internações em 3.648 hospitais, onde 84,4% eram clientes da raça branca e 10,5% de negros. Os negros tiveram maior risco do que os brancos em relação a infecções nosocomiais (Odd ratios 1,34, 95% intervalo de confiança, 1,17-1,55, P <0,001). Após o ajuste de fatores de risco hospitalares e individuais, os hospitais com maiores percentuais de clientes negros tiveram aumento do risco para ocorrência de infecção nosocomial (1,9% vs 1,5%, P <0,001) e eventos adversos relacionados a medicamentos (8,7% vs 7,8%, P <0,01). Em relação a UP não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Hospitais com maior números de clientes negros internados tiveram aumento do risco em geral 14,3% para ocorrência de EA relacionados a infecção nosocomial e 15,9% para EA relacionados a medicação.
14	A amostra foi constituída de 10 unidades hospitalares e 10 asilos. A incidência de UP foi 10% no grupo hospitalar. Foi assumido como objetivo reduzir a ocorrência desse evento em 50%. Para tanto, 1250 clientes devem ser incluídos no estudo e acompanhados. Os resultados da implementação seriam divulgados numa publicação subsequente. Em relação à construção do programa foram levantadas pelos autores algumas dificuldades. Entre elas a tarefa trabalhosa de tradução dos guidelines, assim como a síntese das principais diretrizes, a implementação do registro de enfermagem informatizado devido às limitações dos enfermeiros com a informática. Além do aumento do tempo para realizar os registros, <u>já que o prontuário eletrônico não é uma realidade na Holanda.</u>
15	Foram analisados diversos estudos relatando a incidência de UP, que varia de 2,7% a até 29,5% dos clientes hospitalizados. A etiologia é multifatorial. Foram analisados 43 estudos. As melhores práticas para doentes queimados foram sumarizadas em: avaliar o risco de desenvolver UP na admissão, semanalmente e sempre que necessário; uso de dispositivos para alívio da pressão, limpar a pele delicadamente, utilizar hidratantes e produtos de barreira para pele, evitar massagens rigorosas, registrar sinais de irritabilidade cutânea por uso de fralda, inspecionar diariamente a pele, principalmente em áreas de proeminência óssea e considerar um programa de excreção urinário e fecal.
16	Durante o ano de estudo 23.192 clientes adultos e 2.315 children foram internados em hospitais. O risco relativo de quedas (0,448), sangramento GI (0,952), sepse (0,507) e TVP (0,610) foram reduzidas quando o número de horas de enfermagem por dia/cliente aumentou. Mas nenhum desses teve importância estatística. As taxas de úlceras de pressão (3,787) e choque (3,481) triplicou o número de horas de enfermagem por dia. Em relação aos tipos de unidades, apenas as unidades com alta dependência apresentaram redução do risco relativo para sepses quando houve aumento de horas de enfermagem.
17	As associações foram inconsistentes e, geralmente, pobres entre os PSIs e medidas de qualidade. A exceção foi a ressuscitação cardíaca, que foi consistentemente associada ao melhor desempenho em todas as medidas de qualidade testadas. Os hospitais no quartil superior de falha, para resgatar o desempenho, tiveram uma pontuação 0,9% melhor no resumo de infarto agudo do miocárdio (IAM), processos e uma taxa de mortalidade de 22%, menor quando comparado com hospitais IAM, no quartil inferior de ressuscitação cardíaca (p < 0,01 para ambas as comparações). A taxa de mortalidade, UP e infecção

	devida a cuidados médicos em geral tinham relacionamentos pobres ou, muitas vezes, inversos com as medidas de outra qualidade.
18	A amostra foi constituída por onze artigos. Sete pesquisas analisaram a relação entre equipe de enfermagem e úlcera por pressão. Já a queda do leito ou cadeira de rodas foi resultado final de oito estudos. Todos os cinco estudos sobre porte hospitalar e UP a identificaram como diagnóstico secundário. Além disso, foram utilizados, principalmente, dados administrativos em detrimento dos dados observacionais. Dois estudos não reportaram qual código de diagnóstico médico foi utilizado, o que tornou inconclusivo o volume de taxas de UP. Já com relação aos estudos de tempo e UP, seis deles correlacionaram o total de horas de enfermagem com UP, dois tiveram resultado positivo, dois negativos e dois não tiveram associação significativa. Os resultados positivos refletem o aumento de número de horas de enfermagem ocasionado provavelmente a um nível mais complexo dos clientes. Os estudos que analisam horas por cada dia não encontraram dados estatisticamente significativos.
19	Durante o período de estudo, de 9 anos, 275 úlceras de pressão foram registradas (5,8% do total registro de complicações). Idade e sexo feminino foram fatores de risco independentes para o desenvolvimento de úlceras de pressão. A classificação de úlcera de pressão foi a seguinte: leve (53,3%), moderada (35,6%), grave (9,5%) e danos irreversíveis (1,5%). Clientes submetidos à cirurgia de quadril e amputação de membros importantes estavam em risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (10,4%) e 8,8%, respectivamente. Na maioria dos clientes (89,5%), úlceras por pressão não levaram a outras consequências que a terapia local das feridas. Em 12 clientes (4,4%), a ulceração da pressão levou a alteração na medicação; em 15 clientes (5,5%), o tempo de permanência hospitalar foi prolongado; e quatro clientes (0,4%) sofreram danos irreversíveis.
20	A prevalência de úlceras de pressão entre o grupo de risco (Braden score $\leq 20$ ) em casas de repouso foi de 30,8% e 8,3%, respectivamente na Holanda e na Alemanha [OR: 4,9 (IC 95%: 4,2-5,7)]. Nos hospitais, a prevalência entre o grupo de risco foi de 26,1% nos Países Baixos e 21,2% na Alemanha [OR: 1,3 (IC 95%: 1,2-1,5)]. Após o ajuste para fatores de riscos individuais (idade, sexo, Braden score), bem como para as estruturas de qualidade (uso de protocolos de prevenção e tratamento, grupos de peritos, folhetos de informação, formação de enfermeiros, estatísticas centrais, úlcera de pressão e atualização periódica dos protocolos), a chance de desenvolvimento de uma úlcera de pressão foi de 6,05% maior (IC 95%: 4,0-9,2), quando comparados a um asilo holandês com um lar de idosos alemães. Dentro dos hospitais, o OR para clientes holandeses foi 2,03 (IC 95%: 1,4-3,0).
21	A amostra do estudo foi composta por 1.803 clientes. A maioria dos clientes tinha um diagnóstico principal de pneumonia (n = 1029) ou acidente vascular cerebral (n = 582). O tempo médio de permanência dos clientes foi de 10,2 dias (intervalo, 5-66 dias). 63,8% dos clientes eram provenientes de residência, 58,1% mulheres e 83,6 da raça branca. A idade média da amostra foi de 79,8 anos. Em relação à alta hospitalar, a maioria dos clientes teve alta para residência (n = 924), instituições de cuidados especializados ou intermediários (n = 581), e outras instituições de longa permanência (n = 150). Para clientes de alto risco (> 3 fatores de risco), mortalidade intra-hospitalar foi de 8,1% (n = 146) da amostra. A principal característica clínica dos clientes foi a condição de acamado, com 66,9% da amostra. 160 clientes foram admitidos com UP estágio I, dos quais 32 (19,5%) evoluíram para estágio II. 317 clientes desenvolveram UP durante a internação no hospital. O cumprimento variou dependendo do indicador de qualidade. A adesão foi de 94,0% na avaliação da pele por dia, 7,5% deles utilizaram um dispositivo de redução de pressão, 22,6% documentação de estar em risco, 66,2% reposicionamento, 34,3% consulta de nutrição, 20,2% estadiamento de úlcera estágio I e 30,9% estadiamento de úlcera estágio 2. Clientes que tiveram taxas maiores de adesão das medidas preventivas - uso de dispositivo de redução de pressão, documentação do risco, reposicionamento a cada 2 horas - tiveram incidência maior de UP. Já a realização da consulta nutricional indicou uma incidência

	menor e estatisticamente insignificante.
22	A amostra foi constituída de 41 clientes. A incidência de UP foi de 26,83% do universo pesquisado. O estágio I foi predominante com 57,1%, seguido do estágio II com 35,7% e estágio III com 7,2%. Não houve lesão com estágio IV. As regiões anatômicas onde houve maior incidência foram: sacrococcígea (60%), glúteo (28,6%) e calcâneo (27,1%). Todos os clientes que desenvolveram UP tinham alto risco de desenvolver UP, segundo aplicação da escala de Braden. Dos onze (11) clientes com UP, 09 evoluíram para óbito e 02 tiveram alta. O total de cuidados realizados em clientes sem UP foi de 3.823 e o dos com UP 2.847. Os cuidados de enfermagem, quando condensados em forma de densidade, indicaram que os clientes que desenvolveram UP tiveram um quantitativo de 20,1412. Os que não desenvolveram UP atingiram o montante de 47,1212.
23	845 clientes aceitaram participar do estudo. Destes, 349 (58%) foram considerados como vulneráveis. IQ para a médica geral e cuidados foram atendidas, como a taxa para cuidados com úlcera por pressão (81,5%, intervalo de confiança de 95% (CI) 579,3-83,7% vs 75,8%, 95% CI570.5-81,1%, P5.04) e para delírio e demência (81,5%, 95% CI579.3-83,7 vs 31,4% 95% CI527.5-35,2%, P=0.01). De acordo com as avaliações, os enfermeiros foram responsáveis pelas altas taxas de adesão aos indicadores de triagem, quais sejam dor, nutrição, estado funcional e o risco de úlcera de pressão. Quando comparado com os médicos, embora em clientes com limitações funcionais, as avaliações de enfermeiros na admissão não estavam de acordo com as relatadas pelos clientes .
24	A amostra foi constituída por 780 participantes. 417 (53,4%) eram enfermeiros de enfermarias de clínica médica e 343 (44%) de enfermarias cirúrgicas. 72,7% eram mulheres e 27,3% eram homens,. A idade média foi 29,9 anos e o tempo de experiência profissional 5.9 anos no Kuwait e 5.1 anos em outros países. A capacidade de leitos das enfermarias variou entre 26-30 leitos com 85% de ocupação. Os três principais EAs relatados pelos enfermeiros durante seus últimos plantões foram: queixas de clientes e familiares (2%), erro de medicação (1,8%) e UP (1,5%). O aumento da carga de trabalho por altas taxas de ocupação, instabilidade clínica, suporte avançado de vida e tarefas estranhas ao exercício da enfermagem tiveram valores significativos com a ocorrência dos EA. A ocorrência de UP foi associada com a carga de trabalho ( $r = 0,08$ , $p = 0.04$ ), e com a taxa de ocupação de leito ( $r = 0,13$ , $p = 0.0001$ ).
25	Em relação aos dados de prevenção de UP em clientes hospitalizados, 49% dos clientes do grupo de intervenção e 52% do grupo de controle foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de UP. Em ambos os grupos, 27% dos clientes com risco receberam cuidados adequados. Não houve diferença estatística significativa entre a realização dos cuidados preventivos com os grupos analisados (estimativa=6%, IC: - 7 -19). Em relação à infecção urinária houve associação estatística significativa entre a implementação do programa e a redução de sua incidência(estmativa 19%, IC: 17 – 21). Em relação a queda não houve diferença entre os dois grupos. A incidência dos eventos adversos foi relatada em outro artigo: Parte I.
26	A amostra foi composta por 682 clientes, dos quais 10,3% apresentaram pelo menos uma lesão. A ocorrência de lesões foi mais frequente em clientes com nível de risco elevado (OR: 6,26 IC 95% 3,54 – 11,08; $p < 0,001$ ) . A maior parte das lesões foi classificada como estadiamento I (39,1%) e estágio II (35,2%), localizadas principalmente na região do calcâneo (32%) e sacrococcígea (41%). 83,8% das lesões tiveram origem intra-hospitalar. No que diz respeito ao uso de colchão de ar alternado com capa viscoelástica, 12,1% dos clientes dispunham deste produto nas unidades críticas para queimados. Aqui, no caso, 28,13% dos clientes que estavam utilizando alguma superfície de alívio de pressão usavam colchões TEMPUR®.
27	A amostra foi constituída de 75 questionários completos. 66 (88%)enfermeiros eram assistenciais, 08 eram gerentes e um era coordenador. A maior parte declarou ter experiência profissional em Hospital Universitário(41,3%), seguido de hospitais do ministério da saúde (33.3%) e hospitais privados (18,7%). Setenta e três por cento,

	durante a coleta de dados, trabalhavam na Jordânia, 22,7% trabalhavam em outro país e três não estavam trabalhando. A idade dos participantes variou entre 21 e 48 anos e o tempo de experiência em hospitais da Jordânia foi de 1 a 18 anos, média de 4,5 anos. Tipos de EA relatados foram: erro de medicação (56%), diagnóstico errado (21,3%), infecções (21,3%), escaras (16%) e queda (8%). Outros tipos também foram apontados: erros em transfusão, identificação de erros e morte. Os tipos de causas apontadas foram categorizadas da seguinte forma: carga de trabalho e equipe inadequada, habilidade técnica, negligência e ética insatisfatória, gerenciamento insatisfatório, demanda psicológica, dificuldades relacionadas aos guidelines escritos. De acordo com a amostra, os EA ocorrem em 28% de todas as admissões hospitalares.
28	Hospitais de grande porte tiveram associação significativa com a prevalência de UP (OR 15%), com aumento de 1,4 úlceras por pressão por cada 1000 dias de internação. Em relação às horas de enfermagem por dia, grandes hospitais foram associados a aumento de 1,8 horas em casos de UP por 1000 dias de internação. O tipo de UTI foi associado a altas taxas de PAV. As UTIs cirúrgicas, por exemplo, tiveram OR 47, enquanto que o porte hospitalar também foi relacionado ao aumento de infecção por cateter.
29	Amostra foi constituída de 150 clientes. A incidência de UP foi 26,7%. Dessas feridas, somente 1,3% foram classificadas com estágio III. As demais foram todas em estágio II. A idade média foi 54 anos $\pm$ 18 anos, e o principal motivo de internação foi sepse 22%. As variáveis estiveram associadas de forma significativa ao desenvolvimento de UP: infecção (OR= 2,89; IC 95% , 1,16 -7,22; p= 0,023), a pontuação de APACHE II elevada (OR= 1,06; IC 95% 1-1,12 p= 0,44) e tempo de internação em UTI ( OR = 1,13 IC 95% 1,06 – 1,22 p= 0,002). As outras variáveis, tais como idade, peso, uso de aminas vasopressoras e pontuação da Escala de Braden, não tiveram relação estatística significativa.
30	Meta-análise de nove estudos (4.637 clientes) demonstraram menor chance de trombose venosa profunda (odds ratio (OR) = 0,33, IC95% = 0,14-0,75), úlcera de pressão (OR = 0,48, IC95% = 0,30-0,75), infecção de sítio cirúrgico (OR = 0,48, IC95% = 0,25-0,89), e infecção do trato urinário (OR = 0,71, IC95% = 0,52-0,98). Essas variáveis foram encontradas em clientes tratados de acordo com percursos clínicos. O mesmo fenômeno não foi identificado entre aqueles que receberam cuidados de costume. Diferenças estatisticamente significativas não foram observadas na probabilidade de pneumonia (OR = 1,01, IC95% = 0,67-1,53) ou em um resultado combinado de mortalidade intra-hospitalar ou 30 dias (OR = 0,86, IC95% = 0,66-1,13 ).
31	Trinta e três estudos foram incluídos na revisão: três sobre a eficácia clínica e o resto em validação da escala. Não há uma diminuição na incidência de úlcera de pressão que possa ser atribuída ao uso de uma escala de avaliação. No entanto, o uso de escalas aumenta a intensidade e a eficácia das intervenções de prevenção. A Escala de Braden mostra validação ótima e melhor equilíbrio de sensibilidade / especificidade (57,1% / 67,5%, respectivamente). E sua pontuação permite uma boa previsão de risco de úlcera de pressão (odds ratio = 4,08, IC95% = 2,56-6,48). A Escala de Norton tem pontuação razoável para a sensibilidade (46,8%), especificidade (61,8%) e predição de risco (OR = 2,16, IC95% = 1,03-4,54). A escala de Waterlow oferece uma pontuação de alta sensibilidade (82,4%), mas baixa especificidade (27,4%), com uma boa pontuação de previsão de risco (OR = 2,05, IC95% = 1,11-3,76). O julgamento clínico dos enfermeiros (apenas considerada em três estudos) dá pontuações de sensibilidade moderada (50,6%) e especificidade (60,1%), mas não é um bom termômetro de risco de úlcera de pressão (OR = 1,69, IC95% = 0,76-3,75).
32	Os benefícios das pesquisas de prevalência são os seguintes: mensurar o número de clientes com UP; identificar o quantitativo de clientes admitidos com UP; prover informações sobre o estadiamento e localização das escaras, indicando os fatores causais; listar os tratamentos que estão sendo utilizados para escaras e ter uma visão da efetividade do cuidado com feridas; identificar o risco de UP com o intuito de planejar as estratégias preventivas; identificar ainda a efetividade das estratégias preventivas

	durante o período. Os benefícios das taxas de incidência são os seguintes: mensurar o número de clientes que desenvolveram escaras no hospital, rápida identificação da alteração do número de clientes com escaras, através da mensuração de úlceras em estadiamentos iniciais e a consequente intensificação das medidas de suporte e uma rápida resolução; a comparação entre carga de trabalho e equipe de enfermagem e sua relação com a qualidade dos cuidados; prover dados mais reais do que pesquisas de prevalência; permitir a eficiência através do monitoramento de escaras, já que as pesquisas de prevalência e incidência não mensuram há quanto tempo o cliente vem sofrendo.
33	106 questionários foram analisados, sobre a relevância dos indicadores pesquisados. Os enfermeiros indicaram, como mais relevantes, a queda do cliente (87%) e UP (85%). Relataram ainda que esses dados são mais concretos. Por outro lado, a satisfação do cliente e a dor são difíceis de serem avaliadas devido ao quadro demencial dos clientes. Além disso, foi observado que a média do total de horas de cuidados de enfermagem por dia foi de 3,35. Discutiu-se também, no texto, que o aumento de horas de cuidado está associado a taxas menores de UP.
34	Durante os 150 dias de segmento (110 instituições de reabilitação e 40 visitas domiciliares). Desfecho principal: o cliente manteve a pele íntegra. O resultado foi comparado com 16 clientes admitidos na mesma época do estudo. Todos receberam os cuidados de rotina da instituição e todos desenvolveram UP. Depoimentos colhidos: “Durante o tempo em que cuidamos, a atenção ao “todo” do cliente foi nossa meta. A higiene sempre pareceu que era uma ação que lhe dava, e a nós também, um imenso prazer”: “ a preocupação da família e ...terapeutas do cuidados...que fosse assegurado a segurança de que estaríamos sempre próximas...” O medo foi o sentimento que impulsionou a terapêutica, o medo de desenvolver escaras. No âmbito institucional foram utilizados 15.000 ml de hidratante anti-séptico para realizar massagens na região glútea e nos membros inferiores. E para realizar os cuidados de higiene e prevenção de UP foram realizados 48.600 movimentos em 383 horas de cuidados durante as visitas de enfermagem.
35	A média do número de horas de cuidado de enfermagem por dia foi de 7,8 hs para enfermeiros supervisores, 1,2 hs para enfermeiros licenciados e 2,4 h para enfermeiros cuidadores. A UP foi o resultado adverso mais comum, com uma ocorrência de 7,2% em clientes clínicos e 5,8% em clientes cirúrgicos. Enquanto isso, a trombose venosa profunda teve uma baixa incidência da ordem de 0,4% em clientes cirúrgicos e 0,5% em clientes clínicos. Entre os clientes clínicos, o aumento de horas de cuidados prestado por enfermeiros supervisores foi associado a um menor tempo de internação ( $P = 0,01$ e $P < 0,001$ , respectivamente), às taxas mais baixas de infecções do trato urinário ( $P < 0,001$ e $P = 0,003$ , respectivamente) e hemorragia digestiva alta ( $P = 0,03$ e $P = 0,007$ , respectivamente). O aumento da proporção de horas de cuidados prestados por enfermeiro supervisores foi associado a taxas menores de pneumonia ( $P = 0,001$ ), ou parada cardíaca ( $P = 0,007$ ), e ressuscitação cardíaca. Entre os clientes cirúrgicos, uma maior proporção dos cuidados prestados pelos enfermeiros foi associada a menores taxas de infecções do trato urinário ( $P = 0,04$ ). Já um número mais elevado de horas de cuidados diários prestados por enfermeiros foi associado a taxas menores de ressuscitação cardíaca ( $P = 0,008$ ). A relação entre UP e equipe de enfermagem não foi relatada nos resultados apresentados.
36	O EUA foi o país com maior número de publicações ( $n = 27$ ). Foram identificados os seguintes componentes presentes nos estudos de intervenção: desenvolvimento /implementação de protocolos, educação permanente, escalas de avaliação de risco, monitoramento da performance (coleção de dados de processos ou resultados dos últimos três períodos durante o curso da pesquisa), time de avaliação (planejamento das ações), superfícies de alívio/ camas, implementação de guidelines, feedback de informações. Dos 16 estudos que reportaram como resultado a incidência de UP, a diferença de risco foi 0,7(IC 95% , $p < .0001$ ), indicando que a incidência de UP foi reduzida com a implementação de medidas preventivas.

37	1.219 eventos adversos/incidentes foram registrados. A clínica médica teve o maior número de EA observados (12,8%). Nos dados referentes aos 65 eventos relacionados a integridade da pele, constatou-se a ocorrência de UP (69,2%), outras lesões (24,6%) e queimaduras (6,2%).
38	O evento adverso mais notificado foi a queda do cliente (122 eventos, 27,7%), seguido de UP, com 104 eventos (23,6%), erros de medicação, 75 eventos (17%), abrasão 56 eventos (12,7%), falha de equipamento 45 eventos (10,2%), queimaduras 4,3%, hematoma 3,8% e hemoderivados 0,7%. Os principais riscos relatados pelos enfermeiros foram: 18 quedas do cliente (4%); erro de medicação (18,1%); UP (11,2%); infecção hospitalar (9,9%); suicídio (9,5%); identificação errada de cliente (6,6%); fuga (5,6%); falha de equipamento (4,9%); barotrauma (4,9%), hemoderivados (3,3%); erro de sítio cirúrgico (3%); queimadura (2,3%); material cirúrgico contaminado (2,0%) e perda de anátomo 0,3%.
39	A idade média dos clientes foi de 72 anos. O tempo médio de internação alcançou 8,9 dias. Iatrogenias foram identificadas em 26 prontuários: problemas com acesso venoso periférico (14 prontuários), UP (08 prontuários) e queda (2 prontuários) Não foi observada diferença significativa entre idade dos clientes e os relatos de iatrogenias. Identificou-se diferença significativa entre o tempo de internação e a ocorrência de iatrogenia, destacando-se, entre eles, a UP. Nos 26 prontuários com iatrogenias, 76,9% não tinham anotações detalhadas sobre sua ocorrência e 100% não identificavam o que as desencadeou. 34,6% dos prontuários continham relatos de medidas terapêuticas: curativo com ácidos graxos essenciais ou papaína em UP (30,8%) e curativo com soro fisiológico nas lesões por contenção (3,8%). Em 100% dos prontuários não havia registro de medidas preventivas.
40	Amostra de 3.220 clientes hospitalizados, 246 notificações.( 6%) relacionadas a EA. As demais notificações foram de natureza administrativa. Entre as notificações de EA, a mais frequente foi erro de medicação (59%), seguido de UP (15%). As demais ficaram abaixo de 6%. Medidas preventivas adotadas pela instituição: avaliação precoce do risco de queda, avaliação do risco de desenvolvimento de UP, por meio de um escore de gravidade do cliente sinalizado no prontuário por cores.
41	Amostra: 48 clientes. 73% homens e 27% mulheres. Idade média de 54,6 anos. Tempo de permanência na UTI; 18, 2 dias. A incidência de UP nasal foi de 29,2%. A ala nasal direita teve uma maior incidência (53%) e 55% das lesões foram classificadas como estágio II. O tempo médio de dias do surgimento da 1ª lesão foi de 11,4 dia. O tempo de internação foi semelhante nos clientes que não desenvolveram UP. O tempo de uso de sonda endonasal foi estatisticamente significativo: p 0,03; odds ratio 1,047.

#### QUADRO RECORTE E COLAGEM DAS CONCLUSÕES

Nº	Conclusões
01	O declínio da prevalência de UP nos hospitais alemães após 2004 pode ser explicado pelas diferenças das características dos clientes, melhora na implementação dos indicadores de qualidade e melhora na prevenção de UP.
02	A efetividade das escalas de risco para avaliar o risco é limitada.
03	Pacientes sofreram EA durante a hospitalização. Faz-se necessária a implementação de sistemas de cuidado para redução dos EA e suas consequências.
04	Dadas as evidências, o uso de superfícies de suporte, reposicionamento dos pacientes, otimização nutricional e hidratação da área da pele na região sacra são estratégias apropriadas para prevenção de UP.
05	Tendo em conta as questões metodológicas, concluiu-se que os colchões de ar tendem a ser mais eficazes do que colchões padrão. Pressão de contato e perfusão sanguínea

	sugerem apenas uma conclusão hipotética sobre sua eficácia. Percebe-se a necessidade de estudos adicionais como ensaios clínicos randomizados.
06	Para pessoas com alto risco de desenvolvimento de UP deve-se considerar o uso de colchões especiais enquanto medida voltada para a prevenção..
07	Em pessoas com alto risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão deve-se considerar o uso de espuma de colchões no lugar dos usados em hospital padrão. Os méritos relativos de pressão alternada e de baixa pressão constante de alta tecnologia para a prevenção não são claros, mas os colchões de pressão alternada podem ter uma relação custo benefício melhor do que a simples alternância das camadas de pressão. As coberturas com pele de ovelhas estão associadas com a diminuição na incidência de úlceras de pressão. As organizações podem considerar o uso de algumas formas de alívio de pressão para clientes de alto risco. Almofadas de assento e sobreposições para uso no contexto dos serviços de emergência não foram adequadamente avaliados.
08	Em pessoas com alto risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão deve-se considerar o uso de espuma de colchões da mais alta especificação em vez dos usados em hospital padrão. Os méritos relativos de pressão alternada e de baixa pressão constante de alta tecnologia para a prevenção não são claras, mas os colchões de pressão alternada podem ter uma melhor relação custo benefício do que alternando camadas de pressão. As coberturas com pele de ovelhas estão associadas com uma diminuição na incidência de úlceras de pressão. As organizações podem considerar o uso de algumas formas de alívio de pressão para clientes de alto risco. Almofadas de assento e sobreposições para uso no contexto dos serviços de emergência não foram adequadamente avaliados.
09	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para a ocorrência de EA que podem ser prevenidos. A idade influenciou a ocorrência de EA em pessoas hospitalizadas.
10	Pacientes com diagnóstico secundário de esquizofrenia apresentaram taxas mais altas de co-morbidades e risco aumentado de OR 1,43 para o desenvolvimento de UP quando comparados com pacientes sem diagnóstico secundário de esquizofrenia
11	No âmbito de um projeto de melhoria da qualidade, onde as atividades de pesquisa foram integradas como processo de trabalho, a incidência de úlceras de pressão foi reduzida significativamente em clientes com fraturas de quadril. O principal fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão foi o aumento da idade.
12	No âmbito de um projeto de melhoria da qualidade, onde as atividades de pesquisa foram integradas como processo de trabalho, a incidência de úlceras de pressão foi reduzida significativamente em clientes com fraturas de quadril. O principal fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão foi o aumento da idade.
13	Negros hospitalizados têm risco mais elevado para alguns eventos adversos. Os hospitais que atendem a clientes negros, em sua maioria, convivem com um risco maior de ter o número de EAs elevado.
14	A Análise de um estudo clínico randomizado é complexo. Este trabalho buscou analisar os efeitos das intervenções propostas.
15	Não foi possível descrever uma conclusão.
16	O estudo demonstrou a possibilidade de utilizar os dados dos hospitais existentes para examinar a relação entre a equipe de enfermagem e os resultados dos clientes. As informações, no entanto, não são conclusivas.
17	<b>Deve-se ter cautela no uso de PSIs para apresentação de relatórios públicos sobre a qualidade para o pagamento. Líderes</b> políticos, agências de classificação e financeiras deveriam ter uma pausa antes de estender o uso de PSIs como uma classificação ou uma ferramenta para estipular o valor de financiamento hospitalar, até que esta ferramenta tenha sido mais bem validada.
18	Diferentes delineamentos metodológicos não permitiram evidenciar a correlação entre



	equipe de enfermagem e queda do leito.
19	A incidência de úlceras de pressão é fortemente correlacionada com sexo, idade e indicação de internação. A maioria das úlceras foi classificada como leve e não teve consequências. O insight obtido em incidência, causas e consequências das úlceras de pressão pode ser usado como um indicador da qualidade dos cuidados prestados, desde que ajustada para a multiplicidade de caso e indicação da operação.
20	Uma variação notável nacional existe na prevalência de úlceras de pressão e da prática de enfermagem. Nem a vulnerabilidade das populações às úlceras de pressão e tampouco a gestão de úlceras de pressão, medidas neste estudo, poderiam explicar essa variação nacional. Portanto, outros fatores de risco devem ser levados em consideração. Além disso, é possível que os indicadores de qualidade sejam implementados de diferentes maneiras com diferentes níveis de eficácia. Portanto, mais pesquisas são necessárias para analisar prospectivamente e com mais detalhes a realidade dos cuidados dentro das instalações nos dois países.
21	Estes resultados sugerem que os hospitais dos EUA e os médicos têm inúmeras oportunidades para melhorar os cuidados relacionados com a prevenção de úlceras por pressão.
22	A evidência dos cuidados de enfermagem foi demonstrada pela densidade 47,12% para clientes com UP. A incidência de UP foi menor do que as encontradas em outras UTIs. Os cuidados de enfermagem preventivos reduzem as UPs
23	Sem
24	Este estudo sugere que a qualidade do cuidado e a segurança do cliente são relacionadas com a carga de trabalho e o número adequado de profissionais das equipes de enfermagem.
25	O programa “Safe or Sorry” e o aumento de cuidados preventivos providos aos clientes com risco não demonstraram eficiência na redução efetiva do número de EA. Esses resultados mostram as dificuldades de mensurar o cumprimento de guidelines. Mais pesquisas devem explorar e mensurar a implementação de múltiplos guidelines
26	A maior parte das lesões não foi proveniente de feridas graves. Deve-se identificar e aplicar medidas preventivas precocemente em clientes com maior risco.
27	Enfermeiros e administradores hospitalares recomendam desenvolver e instituir estratégias e políticas efetivas para a prevenção ou minimizar a ocorrência de EA.
28	Os achados mostraram que o tipo de unidade influenciou a incidência de PAV, enquanto a infecção relacionada a cateter vascular e a UP foi influenciada pelo porte hospitalar. Porém, essas afirmativas ainda são prematuras. Os elementos estruturais vêm sendo percebidos como um conjunto de tijolos e cimentos, mas talvez possam se tornar construções socialmente mais amenas.
29	As UPs em clientes internados em terapia intensiva, e especialmente os clientes com fatores de risco específicos, têm uma alta incidência. Os fatores de risco encontrados neste estudo são significativos para outros autores e, provavelmente, estratégias para prever e prevenir as UPs devem ser desenvolvidas.
30	Foi observada uma associação entre o uso da cama clínica e a diminuição da incidência de quatro complicações comuns na hospitalização após a fratura de quadril. Constatou-se apenas uma associação pequena, estatisticamente insignificante, entre o uso de vias e mudanças de curto prazo. Isso sugere que as avaliações sobre a qualidade do hospital, com base em taxas de mortalidade, podem não refletir melhorias importantes na evolução do cliente. Os hospitais, portanto, podem não atingir esses objetivos trilhando caminhos clínicos.
31	Não há nenhuma evidência de que o uso de escalas de avaliação de risco diminui a incidência de úlceras de pressão. A Escala de Braden oferece o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade e a melhor estimativa de risco. Tanto as Escalas de Norton e Braden são mais precisas do que o julgamento clínico do enfermeiro quando

	este último avalia riscos e faz a previsão de úlceras de pressão
32	A mensuração da prevalência e da incidência de escaras tem se tornado um requerimento dos gerentes das unidades. Esses trabalhos são importantes para compreender quais informações devem ser coletadas para melhorar a qualidade dos cuidados.
33	Os enfermeiros acreditam que os IQs são relevantes, mas eles precisam ser definidos de maneira mais clara.
34	Os cuidados com o corpo (mente-físico-espírito) desenvolvidos pela enfermagem contribuem significativamente para a manutenção da pele íntegra. Uma resposta é influenciada por trocas de energia-investimento de amor para curar e de firmar o compromisso de estar diariamente com o cliente.
35	A alta proporção de horas de enfermagem e de horas de cuidados diários prestados pelos enfermeiros supervisores está diretamente associada a melhora da qualidade do cuidado prestado.
36	As intervenções de enfermagem preventivas para UP foram associadas a resultados positivos. Os estudos incluídos, no entanto, foram realizados com o delineamento antes-depois e não foram ensaios clínicos controlados. Além disso, a heterogeneidade dos métodos empregados sugere cautela quanto à sua eficácia na prevenção, quando questionamos seu embasamento científico.
37	A análise sistematizada e o acompanhamento dos eventos adversos associados aos recursos de comunicação mostraram-se fundamentais para a segurança do cliente.
38	Oito tipos de eventos foram identificados nos registros de notificação, enquanto nos questionário foram identificados 14 tipos de EA. Percebe-se que os enfermeiros observam muito mais os fatos do que os registram.
39	Os achados indicam a necessidade de um sistema que estimule a notificação dos EA e os registros dos cuidados preventivos realizados pela Enfermagem.
40	A segurança dos clientes é uma prioridade na gestão da qualidade e da prestação de cuidados à saúde. Por isso, a notificação espontânea vem a ser uma importante fonte de informação e alerta para a promoção da segurança no ambiente hospitalar. Ela(a notificação) evidencia a magnitude do problema relacionado aos EA, afim de evitá-los e promover ações que garantem uma prática mais segura.
41	O tempo que o cliente permanece com sonda endonasal influencia o desenvolvimento de UP nessa região anatômica. O estudo sugere a inclusão de medidas preventivas como uso de ácidos graxos essenciais e hidroclóide para proteção da pele