

Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva^a

Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care

Acciones de enfermería antes y después protocolo preventivo de lesiones por presión en terapia intensiva

Josilene de Melo Buriti Vasconcelos¹

Maria Helena Larcher Caliri²

1. Universidade Federal Paraíba.

João Pessoa, PB, Brasil.

2. Universidade de São Paulo.

Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as ações dos profissionais de enfermagem, antes e após utilização de protocolo de prevenção de lesões por pressão, em Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizado em hospital de ensino, na Paraíba. Foram observadas as ações de enfermagem durante 38 banhos no leito antes e 44 depois do protocolo. **Resultados:** Após uso do protocolo, observou-se maior frequência das ações: avaliação do risco para lesões por pressão nos dias subsequentes à admissão ($p < 0,001$), observação de proeminências ósseas ($p < 0,001$) e aplicação de hidratante ($p < 0,001$), em todas as regiões corporais, elevação do paciente do leito na movimentação ($p < 0,001$), proteção de proeminências ósseas do joelho ($p = 0,015$) e elevação do calcâneo ($p < 0,005$). **Conclusão:** A maior frequência de ações preventivas após uso do protocolo demonstra a importância dessa ferramenta na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais.

Palavras-chave: Lesão por Pressão; Assistência de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the actions of nursing professionals before and after using a protocol for preventing pressure injuries in an intensive care unit. **Methods:** An observational, prospective, before and after comparative study, using a quantitative approach, was carried out in a teaching hospital in Paraíba. Nursing actions were observed during 38 bed baths before the protocol and 44 afterwards. **Results:** After using the protocol, a greater frequency of actions was noted: assessment of risk for pressure injuries on days following admission ($p < 0.001$), observation of bony prominences ($p < 0.001$) and application of moisturizer in all body regions ($p < 0.001$), lifting the patient from the bed during repositioning ($p < 0.001$), protection of knee bone prominences ($p = 0.015$), and elevation of the calcaneus ($p < 0.005$). **Conclusion:** The higher frequency of preventive actions after using the protocol demonstrates the importance of this tool in the adoption of evidence-based recommendations by professionals.

Keywords: Pressure Ulcers; Nursing Care; Intensive Care Units; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las acciones de profesionales de enfermería antes y después de utilización de protocolo preventivo de lesiones por presión, en Unidad de Terapia Intensiva. **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, comparativo, tipo antes y después, de abordaje cuantitativo, realizado en hospital de enseñanza de Paraíba. Se observaron acciones de enfermería durante 38 baños en lecho antes y 44 después del protocolo. **Resultados:** Después de aplicarse el protocolo, se observó mayor frecuencia de acciones: evaluación del riesgo de lesiones por presión en días siguientes a admisión ($p < 0,001$), observación de prominencias óseas ($p < 0,001$) y aplicación de hidratante ($p < 0,001$) en todas las regiones corporales, elevación del paciente del lecho en el movimiento ($p < 0,001$), protección de prominencias óseas de rodilla ($p = 0,015$) y elevación del talón ($p < 0,005$). **Conclusión:** La mayor frecuencia de acciones preventivas posteriores a uso del protocolo demuestra la importancia de la herramienta para que los profesionales adopten recomendaciones basadas en evidencias.

Palabras clave: Lesión por Presión; Atención de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del Paciente.

Autor correspondente:

Maria Helena Larcher Caliri.

E-mail: josilenedemelo@gmail.com

Recebido em 20/02/2016.

Aprovado em 01/10/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170001

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, em todo o mundo, a discussão sobre a segurança do paciente e a busca por qualidade na prestação dos cuidados à saúde tem recebido atenção especial. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde definiu segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde.¹ Nessa concepção, a lesão por pressão (LP), reconhecida como um evento adverso, se ocorrer após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, e como uma das cinco causas mais comuns de danos aos pacientes,² apresenta-se como importante desafio.

A LP é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea, ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, pode ser dolorosa, e ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.³

Trata-se de um problema frequente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde os pacientes são mais vulneráveis, principalmente, devido à alteração do nível de consciência, uso de sedativos, suporte ventilatório e drogas vasoativas, e pelas restrições de movimentos por período prolongado e instabilidade hemodinâmica.⁴

Nessas unidades, estudos internacionais mostram que a LP tende a surgir dentro de 72 horas após a internação⁵ e que as taxas de incidência e prevalência permanecem altas quando comparadas às taxas globais no contexto hospitalar.⁶ No Brasil, estudos revelam que a prevalência de LP na UTI variou entre 35,2%⁷ e 63,6%⁸ e a incidência entre 11,1%⁹ e 64,3%.¹⁰ Nos hospitais de ensino, a incidência de LP oscilou entre 23,1%⁸ e 62,5%.⁴

Desde a década de 90, há o reconhecimento da incidência de LP como indicador da qualidade da assistência nos serviços de saúde no cenário internacional¹¹ e nacional.¹² No Brasil, a UTI é considerada o setor referência para mensuração da incidência da LP no contexto hospitalar.¹²

Considerando a magnitude do problema da LP, a prevenção tem sido apontada como o melhor caminho para minimizar esse evento, com enfoque na utilização de diretrizes e protocolos clínicos. As diretrizes são declarações sistematicamente desenvolvidas de prática recomendada em uma área clínica específica, destinadas a fornecer orientações para os profissionais em sua prática, a partir de evidências atuais, visando, entre outros aspectos, reduzir a variabilidade nos cuidados, promover assistência segura e livre de danos e reduzir os custos com o cuidado.¹³ Os protocolos, por sua vez, devem ser construídos a partir das recomendações das diretrizes clínicas, para serem instrumentos que permitam estabelecer uma abordagem diagnóstica e terapêutica, numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar.¹⁴ Além disso, devem proporcionar uma situação favorável à coleta de dados no gerenciamento, diminuindo, assim, a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.¹⁴

Estudos publicados no Brasil têm mostrado a prática clínica dos profissionais e a incidência de LP em diversos contextos do ambiente hospitalar, porém, poucos^{8,15} têm investigado o uso de intervenções recomendadas nas diretrizes e apresentado o impacto do uso de protocolos de prevenção.

Autores argumentam que a implementação de recomendações provenientes de diretrizes para a prática clínica é reconhecida como um processo significativo de mudança para uma organização, principalmente, quando as práticas dos profissionais diferem do que é recomendado.¹⁶ Ressaltam que a adoção de novas práticas é mais provável com o envolvimento ativo dos participantes e com a integração das recomendações no processo de cuidar. E acrescentam ainda que a avaliação das mudanças ocorridas em uma instituição e do seu impacto, após a implementação de um protocolo, pode ser feita com enfoque no processo, que permite examinar se a prática recomendada está sendo realizada e se está seguindo as orientações adequadas. Também pode ser feita com base nos resultados do cuidado, que mostra se está havendo adesão às condutas indicadas pela mensuração da incidência do indicador.¹⁶

Literatura recente¹⁷ destaca que a prevenção da LP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidados. Para operacionalização dessa visão, tornam-se necessários: uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias que promovam o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com "expertise" sobre a temática. Assim, uma pesquisa foi realizada para investigar se um protocolo para a prevenção de LP, com embasamento em diretrizes para a prática clínica, construído pela pesquisadora com a colaboração dos profissionais de uma UTI, produziria mudanças na prática clínica e nos resultados da assistência.¹⁸

Neste artigo, são apresentados os resultados referentes a aspectos do cuidado com enfoque no processo, considerando a avaliação do risco do paciente para LP e o uso de medidas de prevenção ao longo da realização do banho no leito. Partiu-se do seguinte questionamento: as ações dos profissionais de enfermagem de uma UTI, para prevenção de LP, se modificariam após a construção e implementação de um protocolo numa parceria colaborativa entre a pesquisadora e os profissionais da equipe de saúde? Ante a essa indagação, o estudo foi realizado com o objetivo de avaliar as ações dos profissionais de enfermagem, antes e após utilização de protocolo de prevenção de lesões por pressão, em Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Estudo observacional, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, realizado entre setembro de 2011 e março de 2013, em UTI Geral Adulto de Hospital de Ensino, em João Pessoa, Paraíba. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob protocolo nº 451/11.

O estudo foi realizado em duas etapas: antes (fase pré-protocolo) e após (fase pós-protocolo) a intervenção para construção e implementação de um protocolo para a prevenção de LP na UTI. O desfecho do estudo (variável dependente) foi a realização de ações de prevenção de LP pelos profissionais de enfermagem, e a intervenção (variável independente) foi o protocolo de prevenção que foi implementado entre as duas fases.

A construção e implementação do protocolo de prevenção aconteceu durante um período de cinco meses.¹⁸ Para a construção do protocolo, utilizou-se a estratégia do grupo focal, num processo de interação e parceria entre a pesquisadora e 55 profissionais de saúde de diversas especialidades que atuavam na UTI. Inicialmente, os resultados obtidos na fase pré-protocolo foram divulgados junto aos profissionais para sensibilizá-los sobre os problemas da prática e persuadi-los sobre a necessidade de mudanças. Em seguida, as ações para a prevenção da LP propostas nas diretrizes do *European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Ulcer Advisory Panel*¹⁹ e da *Wound Ostomy and Continence Nurses Society*²⁰ foram apresentadas aos profissionais, reunidas em pequenos grupos. Concomitante a apresentação, discutia-se sobre a adequação das ações às necessidades da clientela e à realidade do serviço. Após as discussões, elaborou-se uma síntese das recomendações que comporiam o protocolo a ser utilizado na UTI, a qual foi submetida à avaliação da concordância de todos os profissionais, com obtenção de elevados índices de aceitação (mínimo: 87,3%; máximo: 100%).

O modelo final do protocolo contém 74 recomendações que incluem ações para: avaliar o risco para LP (4), avaliar a pele (8), controlar a umidade (5), otimizar o estado nutricional e hidratação (6), minimizar o comprometimento da percepção sensorial, mobilidade e atividade (15), minimizar a fricção e cisalhamento (4), educar e supervisionar (11), documentar as ações (5), orientar o processo de trabalho da equipe (16).¹⁸

Para a implementação do protocolo¹⁸ foram desenvolvidas ações educativas que incluíram: curso que abordou a fisiopatologia, fatores de risco, classificação da LP e medidas recomendadas para a prevenção, disponibilização dos slides do curso nos computadores da UTI, distribuição de guia instrucional sobre prevenção de LP, fixação do algoritmo de prevenção nas paredes próximas às unidades dos pacientes, e a pesquisadora permaneceu na UTI por duas semanas para acompanhamento do início da operacionalização do protocolo. Ao término das atividades educativas, a pesquisadora afastou-se do campo por um período de três semanas e retornou para coletar os dados da fase pós-protocolo.

Para coletar os dados, realizou-se observação das ações dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem durante 38 procedimentos de banho no leito dos pacientes antes da intervenção e 44 após, além de consultar as informações dos registros de seus prontuários. A amostragem se deu por conveniência, adotando-se como critério que o procedimento do banho corporal fosse o primeiro realizado no paciente, num período máximo de 24 horas, após a sua internação na UTI.

Utilizou-se um instrumento validado¹⁵ e adaptado para o estudo, como roteiro para coleta e registro das informações que incluiu variáveis referentes às ações recomendadas para a prevenção da LP.^{19,20} Foram colhidas nos prontuários: informações registradas sobre a avaliação do risco do paciente para LP na admissão e nos dias de internação subsequentes, o uso da escala de Braden e sobre a inspeção da pele na admissão. A observação da execução do banho no leito avaliou, durante o procedimento, a realização ou não de ações para higiene e hidratação da pele nos diferentes segmentos corporais, a inspeção das condições da pele, além de um conjunto de ações para reposicionamento e mobilização do paciente. A maioria dessas ações para prevenção da LP deve ser realizada durante o banho no leito, portanto, esse momento foi considerado oportuno para a coleta de dados, pela possibilidade de se observar o comportamento dos profissionais durante os passos dessa conduta.

A primeira fase da pesquisa, pré-protocolo, permitiu o conhecimento da realidade referente às condutas preventivas para LP adotadas pelos profissionais de enfermagem, antes da intervenção para construção e implementação do protocolo na UTI. A segunda fase, pós-protocolo, permitiu verificar as mudanças nas ações dos profissionais, após a utilização do protocolo.

Para análise dos dados, foi utilizado o Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 16.0. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva para determinação das frequências e percentuais. Posteriormente, foram utilizados o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para investigar se a diferença na frequência de ações realizadas antes e após a intervenção foi estatisticamente significativa. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Na análise dos prontuários, identificou-se que o registro da avaliação do risco para LP, na admissão, foi realizado para 22 (57,9%) dos 38 pacientes na fase antes do protocolo e para 34 (77,3%) dos 44 da fase depois ($p = 0,06$). Em todas as avaliações, foi utilizada a Escala de Braden. Considerando os dias subsequentes à admissão, os dados obtidos nos prontuários revelaram que a avaliação do risco não foi registrada para nenhum paciente na fase antes do protocolo, porém, na fase após, foi registrada para 28 (63,6%), evidenciando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na adoção da recomendação pelos enfermeiros.

No que diz respeito a ação para avaliação das condições da pele, pelos enfermeiros, foram identificados registros em 32 (84,2%) prontuários na fase antes e em 37 (84,1%) depois do protocolo.

A Tabela 1 apresenta os resultados considerando as ações realizadas pelos profissionais durante o banho no leito para higienização, hidratação da pele e inspeção em proeminências ósseas nas regiões da cabeça, tronco anterior e posterior. Os resultados mostram que na fase pós-protocolo, houve diminuição na adoção da conduta de higienização da cabeça e aumento

estatisticamente significativa ($p < 0,001$) da inspeção da pele nas proeminências ósseas dessa região. Em relação ao tronco anterior e posterior, houve maior adesão à conduta de higienização e mudança estatisticamente significativa no uso do hidratante ($p < 0,001$) e observação das proeminências ósseas ($p < 0,001$).

As ações realizadas ao longo do banho nos membros superiores e inferiores são apresentados na Tabela 2.

Os dados da tabela 2 revelam aumento no número de ações preventivas na fase pós-protocolo em todas as variáveis observadas. Diferenças, estatisticamente significantes, foram encontradas em relação ao uso de hidratante ($p < 0,001$) e à observação das proeminências ósseas ($p < 0,001$) nos membros superiores e inferiores. Houve aumento na frequência de higienização da parte posterior dos membros superiores e inferiores,

Tabela 1. Distribuição dos pacientes, segundo a frequência de higienização, hidratação da pele e inspeção em proeminências ósseas, na cabeça, tronco anterior e posterior, durante o banho no leito, e fases da pesquisa. João Pessoa, PB, Brasil, 2013

Região corporal	Pré-protocolo (n = 38)		Pós-protocolo (n = 44)		Valor de p^*
	n	%	n	%	
Cabeça					
Higieniza					
Sim	20	52,6	20	45,5	$p = 0,517$
Não	18	47,4	24	54,5	
Observa proeminências ósseas					
Sim	1	2,6	18	40,9	$p < 0,001$
Não	37	97,4	26	59,1	
Tronco anterior					
Higieniza					
Sim	37	97,4	44	100,0	$p = 0,463$
Não	1	2,6	0,0	0,0	
Aplica hidratante					
Sim	7	18,4	35	79,5	$p < 0,001$
Não	31	81,6	8	18,2	
Não se aplica (lesões de pele)	0,0	0,0	1	2,3	
Observa proeminências ósseas					
Sim	2	5,3	38	86,4	$p < 0,001$
Não	36	94,7	6	13,6	
Tronco posterior					
Higieniza					
Sim	36	94,7	44	100,0	$p = 0,212$
Não	2	5,3	0,0	0,0	
Aplica hidratante					
Sim	10	26,3	41	93,2	$p < 0,001$
Não	28	73,7	2	4,5	
Não se aplica (lesões de pele)	0,0	0,0	1	2,3	
Observa proeminências ósseas					
Sim	21	55,3	44	100,0	$p < 0,001$
Não	17	44,7	0,0	0,0	

Fonte: Dados da pesquisa. * Para cálculo dos testes de associação, não foram considerados os valores referentes ao item não se aplica.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes, segundo a frequência de higienização, hidratação da pele e inspeção de proeminências ósseas, nos membros superiores e inferiores, durante o banho no leito, e fases da pesquisa. João Pessoa, PB, Brasil, 2013

Região corporal	Pré-protocolo (n = 38)		Pós-protocolo (n = 44)		Valor de <i>p</i> *
	n	%	n	%	
Membros superiores					
Higieniza parte anterior					
Sim	34	89,5	43	97,7	<i>p</i> = 0,327
Não	3	7,9	1	2,3	
Não se aplica (lesões de pele com membro enfaixado)	1	2,6	0,0	0,0	
Higieniza parte posterior					
Sim	24	63,2	36	81,8	<i>p</i> = 0,083
Não	13	34,2	8	18,2	
Não se aplica (lesões de pele com membro enfaixado)	1	2,6	0,0	0,0	
Aplica hidratante					
Sim	7	18,4	30	68,2	<i>p</i> < 0,001
Não	30	78,9	13	29,5	
Não se aplica (lesões de pele)	1	2,6	1	2,3	
Observa proeminências ósseas					
Sim	2	5,3	21	47,7	<i>p</i> < 0,001
Não	36	94,7	23	52,3	
Membros inferiores					
Higieniza parte anterior					
Sim	34	89,5	44	100,0	<i>p</i> = 0,042
Não	4	10,5	0,0	0,0	
Higieniza parte posterior					
Sim	25	65,8	42	95,5	<i>p</i> = 0,001
Não	13	34,2	2	4,5	
Aplica hidratante					
Sim	6	15,8	35	79,5	<i>p</i> < 0,001
Não	31	81,6	6	13,6	
Não se aplica (lesões de pele)	1	2,6	3	6,8	
Observa proeminências ósseas					
Sim	5	13,2	42	95,5	<i>p</i> < 0,001
Não	33	86,8	2	4,5	

Fonte: Dados da pesquisa. * Para cálculo dos testes de associação, não foram considerados valores referentes ao item não se aplica.

entretanto, a diferença foi, estatisticamente significativa, somente em relação aos membros inferiores (*p* = 0,042).

Também foi observado o posicionamento corporal ao final do banho, constatando-se que nas duas fases da pesquisa a maioria dos pacientes foi mantida na mesma posição de decúbito dorsal em que se encontravam no início do procedimento. O reposicionamento corporal ao final do banho foi realizado em

cinco (13,1%) pacientes na fase antes e em 19(43,2%) na fase após o protocolo, sendo a diferença entre essas estatisticamente significativa (*p* < 0,001).

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes a outras medidas para posicionamento e mobilização, realizadas pelos profissionais durante o banho. Mediante os dados expostos observa-se mudança de comportamento dos profissionais em

todas as variáveis estudadas, com diferença estatisticamente significativa quanto ao uso das recomendações para elevação do paciente do leito na movimentação ($p < 0,001$), proteção de proeminências ósseas/joelho ($p = 0,015$) e elevação do calcâneo ($p = 0,005$).

DISCUSSÃO

Embora se reconheça a multicausalidade da LP e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, é fato que a equipe de enfermagem é responsável pela assistência direta e contínua aos pacientes, o que lhe confere papel de destaque na prevenção desse problema. Destarte, com base no conhecimento atual, é notória a necessidade de uma prática baseada em evidências, a fim de assegurar uma assistência de qualidade ao paciente.

A literatura destaca que a implementação sistemática das melhores práticas, recomendadas nas diretrizes para a prática clínica tem sido um desafio para muitas instituições.²¹ Para enfrentar o problema, ao invés de implementar ações para a prevenção ou recomendações de forma isolada, as instituições tem estabelecido programas de prevenção com o agrupamento de várias recomendações, apresentando-as em forma de um "pacote".²¹ A aplicação desse conjunto de ações ou conjunto de boas práticas de forma combinada apresenta mais resultados positivos do que a realização isolada de uma delas.

Neste estudo, foi constatado que a construção e a implementação de um protocolo com um conjunto de recomendações para a prevenção de LP influenciou a prática dos profissionais de enfermagem de uma UTI, pois, na fase após a utilização do protocolo, as ações preventivas foram realizadas com maior

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo o uso de medidas preventivas para posicionamento e mobilização, durante o procedimento de banho no leito, e fases da pesquisa. João Pessoa, PB, Brasil, 2013

Posicionamento e Mobilização do Paciente	Pré-protocolo (n = 38)		Pós-protocolo (n = 44)		Valor de p^*
	n	%	n	%	
Posicionamento da cabeceira em ângulo de 30 graus ou menor					
Sim	27	71,1	36	81,8	$p = 0,340$
Não	10	26,3	8	18,2	
Não se aplica (paciente em posição de Fowler devido à condição clínica)	1	2,6	0,0	0,0	
Elevação do paciente do leito na movimentação					
Sim	18	47,4	38	86,4	$p < 0,001$
Não	16	42,1	3	6,8	
Não se aplica (paciente auxiliava na movimentação)	4	10,5	3	6,8	
Lateralização do corpo em ângulo de 30 graus					
Sim	4	10,5	12	27,3	$p = 0,294$
Não	1	2,6	0,0	0,0	
Não se aplica (paciente em decúbito dorsal)	33	86,8	32	72,7	
Utilização de apoio para diminuir a pressão na região dorsal					
Sim	4	10,5	12	27,3	$p = 0,294$
Não	1	2,6	0,0	0,0	
Não se aplica (paciente em decúbito dorsal)	33	86,8	32	72,7	
Proteção de proeminências ósseas-jelho					
Sim	2	5,3	12	27,3	$p = 0,015$
Não	3	7,9	0,0	0,0	
Não se aplica (paciente em decúbito dorsal)	33	86,8	32	72,7	
Elevação do calcâneo					
Sim	0,0	0,0	7	15,9	$p = 0,005$
Não	33	86,8	25	56,8	
Não se aplica (paciente em decúbito lateral)	5	13,2	12	27,3	

Fonte: Dados da pesquisa. * Para cálculo dos testes de associação, não foram considerados os valores referentes ao item não se aplica.

frequência. Mudanças de comportamento dos profissionais de enfermagem foram observadas tanto nas práticas relacionadas à avaliação dos pacientes quanto ao risco e condições da integridade da pele como nas intervenções, durante o banho no leito, recomendadas para controle dos fatores de risco.

Com relação à avaliação do risco para o desenvolvimento de LP, apesar de ter sido constatada mudança no comportamento dos profissionais, com maior frequência de registros em prontuários na fase pós-protocolo, identificou-se que existe necessidade de incrementar a adoção dessa prática tanto no dia da admissão do paciente, quanto nos dias subsequentes. A partir dessa avaliação inicial e frequente é que o enfermeiro, por meio do raciocínio clínico, pode estabelecer as condutas para individualizar a assistência centrada no paciente, com a colaboração deste, de sua família e dos profissionais de saúde.²²

As escalas de avaliação do risco para LP combinadas com o raciocínio clínico podem auxiliar os profissionais a estabelecerem as intervenções mais adequadas para o paciente.^{5,19,20,22} Para pacientes em UTI, a avaliação deve ser realizada na admissão, assim que possível e repetida quando houver alterações no estado do paciente ou ainda se a condição de saúde do paciente se deteriorar.^{19,20} A Escala de Braden é uma das escalas mais utilizadas no mundo e foi validada, no Brasil, para a língua portuguesa e tem seu uso divulgado em contextos da prática^{1,8,9} e pesquisas.^{8,9,15}

No estudo foi constatado que o registro em prontuário da avaliação das condições da pele na admissão já ocorria antes da intervenção e a mesma percentagem foi mantida após a implementação. Esse achado pode ser consequência do fato que essa avaliação já fazia parte das intervenções de enfermagem estabelecidas no formulário do histórico de enfermagem, tipo *check list*, da instituição. Entretanto, a falta de registro em 15% dos prontuários em cada fase do estudo, além de dificultar a comunicação entre os membros da equipe sobre a condição do paciente em relação à integridade da pele, pode trazer implicações éticas e legais para os profissionais e para a instituição.²³

O momento da higiene do paciente apresenta-se como uma ocasião propícia para o exame sistemático das condições da sua pele e para a implementação de cuidados essenciais à prevenção da LP. As lacunas identificadas neste estudo, em relação às ações para a higienização e observação das regiões de proeminências ósseas da cabeça dos pacientes, também foram encontradas em estudo já citado, realizado em UTI de hospital de ensino, em São Paulo, antes e após a realização de intervenções educativas.¹⁵ Porém, a falta dessa avaliação é uma barreira para a identificação de lesões por pressão na região occipital que ocorrem em pacientes mantidos em repouso na posição dorsal ou supina.^{19,20}

A aplicação do hidratante corporal nas diferentes regiões corporais foi mais frequente na fase após a utilização do protocolo, demonstrando, portanto, que os profissionais modificaram a prática no cuidado da pele dos pacientes. O uso do hidratante é recomendado após o banho e quando a pele do paciente estiver seca.²⁰ Embora o produto mais apropriado ainda não tenha sido encontrado, existem resultados promissores em relação aos ácidos graxos hiperoxigenados.¹⁹

As recomendações das diretrizes referentes à mobilização e reposicionamento frequente do paciente em risco para LP são fundamentadas nas teorias que explicam os mecanismos de formação da lesão e o papel exercido pela intensidade e duração da pressão no desenvolvimento da isquemia tissular e, em ensaios clínicos controlados e randomizados realizados em instituições de longa permanência para idosos.¹⁹ Assim, para diminuir a ocorrência da LP, é necessário reduzir o tempo e a quantidade de pressão a que o paciente está exposto, com mudanças de posição em horários programados para indivíduos acamados ou em cadeiras. Todavia, a frequência deve levar em consideração a condição do paciente (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição médica geral, objetivos globais do tratamento e avaliações do estado da pele) e a superfície de apoio em uso.^{19,20}

O resultado encontrado neste estudo indicou que o reposicionamento corporal do paciente, na maioria das vezes, não foi realizado ao término do procedimento de banho no leito, de forma similar aos achados de estudo já citado.¹⁵ A justificativa apresentada pelos profissionais para que o paciente não seja mudado de posição é que, devido à complexidade do quadro clínico e a instabilidade hemodinâmica a movimentação, pode causar complicações ao paciente.^{15,18}

Sobre esse aspecto, em recente revisão da literatura,²⁴ autores encontraram estudos que contradizem essa preocupação dos profissionais quanto ao risco de alterações hemodinâmicas e de complicações relacionadas à movimentação, reposicionamento ou mobilidade progressiva dos pacientes críticos. Quanto às mudanças na saturação de oxigênio em sangue venoso e frequência cardíaca, após a movimentação para decúbito lateral em pacientes de UTI, constataram que era transitória e antecipada pelos enfermeiros e que a maioria dos pacientes retornava aos parâmetros basais dentro de cinco minutos após a movimentação. Em outro estudo, encontraram que a percepção dos profissionais sobre a instabilidade hemodinâmica dos pacientes críticos pode ser importante barreira para início ou progressão de um protocolo de mobilização.

Todas as medidas recomendadas nas diretrizes de prevenção da LP, para o reposicionamento dos pacientes e para reduzir o efeito da pressão e das forças de cisalhamento, estabelecidas no protocolo implementado na UTI, foram realizadas com maior frequência pelos profissionais na fase pós-protocolo. No entanto, ações realizadas com menor frequência podem ser compreendidas e analisadas de forma mais ampla, utilizando o paradigma da prática baseada em evidências e da segurança do paciente. Por exemplo, a recomendação para posicionamento da cabeceira do leito em ângulo igual ou menor a 30 graus precisa ser avaliada se o paciente tem risco para pneumonia associada à ventilação mecânica. Para prevenção desse agravo, é recomendado que a cabeceira do leito seja mantida entre 30 e 45 graus.²⁵ Cabe ao enfermeiro, juntamente com outros membros da equipe multidisciplinar, estabelecer qual a conduta mais adequada em relação à altura da cabeceira do leito e utilizar outras medidas para prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que a intervenção para construção e implementação do protocolo de prevenção de LP, com parceria da pesquisadora e profissionais, influenciou a adesão ao uso das recomendações baseadas em evidências científicas, pelos profissionais de enfermagem na UTI estudada.

Apesar dos resultados positivos encontrados na pesquisa, estes precisam ser interpretados com precauções. Inicialmente, em estudos observacionais com desenho antes e depois da intervenção, nos quais não há randomização da intervenção e nem grupo controle, a força de evidência obtida é fraca. Porém, esse tipo de estudo é o mais frequentemente utilizado em pesquisas que visam provocar melhorias institucionais, principalmente, no que se refere à qualidade da assistência com enfoque em mudanças nos processos e resultados da assistência.

Outra limitação deste estudo diz respeito ao curto intervalo de tempo entre as atividades de implementação do protocolo e a coleta de dados da segunda fase da pesquisa, que pode ter influenciado os resultados. Assim, para identificar se os resultados obtidos neste estudo estão sendo mantidos, recomenda-se que novas pesquisas sejam feitas na instituição. Entretanto, ressalta-se que, para a manutenção das mudanças, é necessário o suporte da administração da instituição, no fornecimento dos recursos materiais e humanos, e no ativo envolvimento dos profissionais da equipe de saúde, destacando-se os de enfermagem.

As atividades e estratégias utilizadas para a construção e implementação do protocolo de prevenção de LP na UTI, podem ser utilizadas como parte de iniciativas para educação e capacitação de profissionais nesta e em outras instituições. Desse modo, sugere-se que iniciativas semelhantes, envolvendo docentes/pesquisadores de instituições de ensino superior de enfermagem e os profissionais do serviço, sejam realizadas no sentido de contribuir para incorporação das evidências científicas no campo da prática.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. [Internet]. Geneva (SU): World Health Organization; 2009 [cited 2013 Jul 5]. 154 p. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Elliott R, McKinley S, Fox V. Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. *Am J Crit Care* [Internet]. 2008 Jul; [cited 2016 Jun 29];17(4):328-37. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/17/4/328.full.pdf>
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. [Internet]. 2016 Abr 13; [cited 2016 Jun 29]. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
4. Fernandes LM, Caliri MHL. Using the Braden and Glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2008 Nov-Dez [cited 2016 Jun 29]; 16(6):973-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600006. ISSN 1518-8345. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600006>
5. Stechmiller JK, Cowan L, Whitney JD, Phillips L, Aslam R, Barbul A, et al. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Rep Reg* [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 29];16(2):151-68. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-475X.2008.00356.x/epdf>. ISSN 1524-475X
6. Vangilder C, Amlung S, Harrison P, Meyer S. Results of the 2008 - 2009 international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2009 Nov [cited 2016 Jun 29];55(11):39-45. Available from: <http://www.o-wm.com/content/results-2008-%E2%80%932009-international-pressure-ulcer-prevalence%E2%84%A2-survey-and-a-3-year-acute-care->. ISSN 1943-2720
7. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Factors associated with pressure ulcers in patients in adult intensive care units. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2010 Dez; [cited 2016 Jun 29]; 44(4):1070-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_31.pdf. ISSN 0080-6234. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400031>
8. Rogenski NMB, Kurcgart P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 Mai-Abr; [cited 2016 Jun 29];20(2):333-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200016. ISSN 1518-8345. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>
9. Serpa LF, Santos VL, Campanili TC, Queiroz M. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 Jan-Fev [cited 2016 Jun 29]; 19(1):50-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/08.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100008>
10. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Risk factors and predisposing conditions to pressure ulcers in intensive care unit patients. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2008 Set [cited 2016 Jun 29]; 10(3):733-46. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf
11. The Joint Commission. The History of the Joint Commission [Internet]; 2013 [cited 2016 Aug 29]. Available from: http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx
12. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2ª ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012 [cited 2014 jan 22]. 220 p. Available from: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125
13. Registered Nurses Association of Ontario. Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines. Guideline supplement. Toronto (CAN): RN Ass of Ontario; 2012 Set [cited 2016 Jul 27]. 151 p. Available from: http://nao.ca/sites/mao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
14. Domansky RC. Elaboração de protocolos. In: Domansky RC, Borges EL, editores. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Rubio; 2012. Cap. 7, p. 187-223.
15. Fernandes LM. Effects of educational interventions on nursing professionals' knowledge and practice and on the incidence of pressure ulcer at an Intensive Therapy Center [Dissertation]. Ribeirão Preto (SP): Ribeirão Preto College of Nursing/USP; 2006. 215p.
16. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-based nursing: a guide to clinical practice. St Louis (EUA): Elsevier, Mosby; 2005. Chap 10, Moving from Evidence to Action Using Clinical Practice Guidelines; p. 154-71.
17. Dan Berlowitz D, VanDeusen LC, Niederhauser A, Jason S, Caroline L, Ayello E, et al. Preventing pressure ulcers in hospitals: a toolkit for improving quality of care. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]; [s.d.] [cited 2014 Aug 16]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/pressure-ulcers/pressureulcertoolkit/putoolkit.pdf>

18. Vasconcelos JMB. Construction, use and assessment of the effects of a pressure ulcer prevention protocol at an Intensive Care Unit [Dissertation] [Internet]. Ribeirão Preto (SP): Ribeirão Preto College of Nursing/USP; 2014 [cited 2016 Jun 29]. 342 p. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-21052014-192211/>
19. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide [Internet]. Washington, DC (EUA): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [cited 2010 Jul 19]. 24 p. Available from: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf
20. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Monte Laurel (EUA): WOCN; 2010. 96 p.
21. Niedershauser A, VanDeusen LC, Victoria P, Ayello EA, Zulkowski K, Berlowitz D. Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: a review of the literature. *Advances in Skin & Wound Care* [Internet]. 2012 Abr; 25(4):167-88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441049>. ISSN 1527-7941. DOI: 10.1097/01.ASW.0000413598.97566.d7
22. Registered Nurses Association of Ontario. Risk assessment and prevention of pressure ulcer: guideline supplement [Internet]. Toronto (CAN): RN Assoc Ont; 2011 Set [cited 2011 Jan 24]. 45 p. Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/7749_PRESSURE-ULCERS_Supplement_2011.pdf
23. Sampaio LABN. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta de gestão. In: Harada MJ, Kowal IC, editores. *Gestão em enfermagem: ferramenta para uma prática segura*. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2011. Cap. 14, p.125-32.
24. Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, Currie L, Chadwick D, Falls P, et al. Turning and repositioning the critically ill patient with hemodynamic instability: a literature review and consensus recommendations. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2013 May-Jun; [cited 2016 Jun 29]; 40(3):254-67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23652698>. DOI: 10.1097/WON.0b013e318290448f
25. Pedreira, MLG, Kusahara, DM. Enfermagem baseada em evidências. In: Harada MJ, Kowal I, editores. *Gestão em enfermagem: ferramenta para uma prática segura*. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2011. p.133-44.

^a Extraído da tese de doutorado “Construção, utilização e avaliação dos efeitos de protocolo de prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva”, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil, no ano de 2014.