



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
(DINTER EEAN – UNIR)**



**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR
PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA

Rio de Janeiro - RJ

Março, 2022

ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR
PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Relatório final de tese de doutorado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Celestino da Silva

Rio de Janeiro - RJ

Março, 2022

CIP - Catalogação na Publicação

A447r ALMEIDA, ROSA MARIA FERREIRA DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À
LESÃO POR PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM / ROSA
MARIA FERREIRA DE ALMEIDA. -- Rio de Janeiro, 2022.
209 f.

Orientador: RAFAEL CELESTINO DA SILVA.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

1. PSICOLOGIA SOCIAL. 2. SEGURANÇA DO PACIENTE.
3. LESÃO POR PRESSÃO. I. SILVA, RAFAEL CELESTINO DA
, orient. II. Título.

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR
PRESSÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Rosa Maria Ferreira de Almeida

Relatório final de tese de doutorado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Rafael Celestino da Silva – Presidente

Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura – 1º Examinador

Prof.^a Dr.^a – Paula Cristina Nogueira – 2º Examinador

Prof.^a Dr.^a – Priscilla Perez da Silva Pereira – 3º Examinador

Prof.^a Dr.^a Márcia de Assunção Ferreira – 4º Examinador

Prof.^a Dr.^a – Ana Beatriz de Azevedo Queiroz – 5º Examinador/Suplente

Prof.^a Dr.^a – Flávia Giron Camerini – 6º Examinador/Suplente

Rio de Janeiro

2022

Às três mulheres mais importantes da minha vida, Ana Cecília, minha filha, Josélia, minha mãe e Maria José *in memoriam*, minha avó materna, mulheres fortes que me inspiram e me fizeram forte.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

-Agradeço primeiramente à Deus, que por meio da fé me mostrou o quão longe eu posso ir e quão pequeno eu sou diante dos planos dele, e por me amparar nos momentos de dificuldade e não ter me deixado desistir me fazendo forte. A ele toda honra e Glória!

- À minha família:

Aos meus pais, que são meu alicerce e incentivo diário, obrigada por acreditarem mais em mim do que eu mesma, obrigada pelo dom da vida e por apoiar e se orgulhar de cada projeto meu, essa tese é para vocês e por vocês!

Ao meu esposo Nilo, obrigada por cuidar de mim e da nossa filha e por segurar minha mão nos momentos de desespero, mas principalmente por desculpar e entender minhas ausências, eu te amo, lindo.

À minha amada filha Ana Cecília, que é meu fôlego diário, filha o seu sorriso ilumina minha vida e fez mais alegre essa caminhada, mamãe ama você infinitamente!

Ao meu irmão, cunhadas, sogra e sogro, obrigada família por cada gesto de apoio e torcida emocionada pelas minhas conquistas. Eu nunca vou esquecer o que cada um fez e faz por mim para que eu pudesse finalizar o doutorado, essa tese tem muito de vocês, obrigada, amo vocês!

A todos os meus tios, tias, primos e primas que rezam e torcem pela minha vitória, em especial, as minhas outras duas mães, Tia Jura e Janda, saibam que mesmo distantes eu posso sentir o abraço em força de oração, amo vocês.

- Aos amigos:

Os amigos (“zamigos” e “TP”) de longa data e de sempre, não queria ousar escrever nomes, mas agradeço a cada um por ter entendido minhas ausências e em forma de carinho me agradado e sonhado comigo, e por terem vibrado junto a cada conquista minha, amo vocês! Como forma de gratidão, em especial, quero agradecer à minha amiga e comadre Aline e minha amiga de infância Suelen, por sempre terem me apoiado com suas atitudes e palavras, obrigada por tudo, eu amo vocês!

Os amigos de doutoramento, a Turma Dinter tão querida, com vocês a caminhada foi mais leve. Agradecimentos especiais às minhas amigas que estão com tudo, elas sabem o quanto são amadas, agradeço principalmente por terem me apoiado nos momentos mais difíceis. Agradecimento especial ao Cleson, líder da nossa turma, que não deixou a peteca de nenhum cair.

Às amigas poderosas da “tricotagem” e aos demais que a UniSL me deu, amo vocês.

Aos amigos da Agevisa e do Cematron, vocês que conviveram cotidianamente com minhas angústias e me deram força em todo processo, mil vezes obrigada, em especial à Vanessa, Leiliane, Juliana, Helaine, Sandra, Raquel, Karla, Iolanda, Claudia, Ana Teles, Lidiane, Cristiane, Dra Stella, Regivania, Cleumar. Meu muito obrigada a cada gesto de apoio, amor e carinho de vocês, que eu possa um dia retribuir. A todos vocês o meu amor em forma de gratidão.

- Ao Professor Doutor Rafael Celestino,

Prof, você de longe foi o melhor orientador que eu poderia ter, com o amadurecimento acadêmico proporcionado, posso afirmar que eu faria tudo novamente. Ainda lembro dos nossos primeiros encontros, dos desencontros, dos ‘pesquisandos’, da nossa viagem para Argentina, das nossas conversas aleatórias durante as refeições, dos passeios pelo Rio e até por Rondônia, da vontade de fazer o melhor, da força, dos puxões de orelha, dos ensinamentos, da consideração, do respeito, do carinho em cada gesto seu, de me botar lá em cima, de me fazer capaz. Eu nem consigo acreditar que estou finalizando uma tese com você como orientador, a primeira de muitas que estão por vir, pois o seu brilhantismo é reconhecido por cada professor e discente da EEAN. Muita coisa se passou nesses anos, uma pandemia inclusive, mas minhas conquistas profissionais e acadêmicas (Coordenação Estadual de Segurança do Paciente, trabalhos premiados e, por último, a aprovação no concurso da UNIR), são também mérito seu. Sou só gratidão pela confiança e energia que foram a mim depositadas, eu já te disse algumas vezes, mas quero lembrar-lhe o quão admiro você, você é e sempre será inspiração, principalmente para mim. Sou muito grata pela sua vida. Obrigada por tanta generosidade.

AGRADECIMENTOS

-À Universidade Federal do Rio de Janeiro, à Escola de Enfermagem Anna Nery, ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem, ao Doutorado Interinstitucional em Enfermagem entre a EEAN e a Universidade Federal de Rondônia (DINTER EEAN – UNIR) pela oportunidade.

-À Coordenação do Programa de Pós-graduação na pessoa do Prof Drº Rafael Celestino e Prof Drª Ana Beatriz Queiroz, e às Coordenadoras do DINTER, Profª Drª Maria Aparecida Moura e Profª Drª Monica Cunha.

-Ao Professor Doutor Luiz Tura, por toda colaboração, generosidade e carinho, muito obrigada professor, você mora em meu coração, suas contribuições foram essenciais para o andamento desta pesquisa!

-A todos os docentes do doutorado. Em nome de duas docentes, gostaria de agradecê-los:

À Professora Dra. Márcia Assunção Ferreira, por sua generosidade, carinho e atenção, e por todas as contribuições, sou muita grata por tanto professora. Você é luz!

À Professora Dra. Maria Aparecida, sua fé e amor me emocionam, com certeza suas contribuições e orações fizeram essa tese acontecer. Muito obrigada professora. Sou muito grata a Deus por tudo que você fez!

-À contribuição do Caio e da Flávia nas transcrições das entrevistas.

-Ao Drº Rodrigo Nogueira, pela contribuição e aproximação no estudo das bases de dados e nas buscas pelas melhores referências.

-Aos professores componentes da banca pelas contribuições, mas principalmente pela generosidade.

-À Prof Draª Priscilla Perez, pelo incentivo constante, principalmente na etapa final.

-A todos os participantes da pesquisa, a participação de vocês foi muito importante, obrigada pela contribuição!

Se a sua vida for a melhor coisa que já te aconteceu, acredite, você tem mais sorte do que pode imaginar. Que você tenha fé e força para transformar todo choro em lágrimas de alegria. Com fé em Deus e determinação, todos os seus sonhos podem se tornar realidade.

Autor desconhecido.

RESUMO

ALMEIDA, Rosa Maria Ferreira de. Representações sociais de medidas preventivas à lesão por pressão pela equipe de enfermagem. Rio de Janeiro, 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021. Orientador: Prof.º Dr.º Rafael Celestino da Silva.

Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Trata-se de um problema de segurança do paciente e de saúde pública, uma vez que é um evento adverso que apresenta magnitude epidemiológica, relevância clínica e que onera os serviços de saúde, além de implicar em prejuízos emocionais e sociais aos pacientes. Em face desses impactos, a pesquisa teve como objetivo geral analisar as representações sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à lesão por pressão aplicadas em pacientes hospitalizados. Estudo de abordagem qualitativa, natureza explicativa, desenvolvido à luz do referencial da Teoria das Representações Sociais em suas vertentes estrutural e processual. A primeira fase foi realizada com 103 profissionais de enfermagem de um hospital especializado utilizando-se a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram submetidos ao software EVOC para análise prototípica, e posteriormente empregou-se três técnicas de confirmação da centralidade: o teste da dupla negação, o Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações e a análise de similitude. Para obtenção dos dados da segunda etapa, realizou-se entrevista semiestruturada com 28 profissionais da equipe de enfermagem dos setores de clínica médica da instituição e que participaram na primeira etapa. Esses dados foram submetidos inicialmente ao software Alceste, para análise lexicográfica. No segundo momento, a parte do corpus de entrevistas não processada pelo software foi submetida à análise de conteúdo temática, para aprofundamento analítico. O projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa sob número de parecer 4.323.665. Na abordagem estrutural os resultados evidenciaram que as evocações “cuidado” e “decúbito” compuseram o núcleo central da representação, que se estruturou com base na dimensão imagética da mudança do decúbito, a partir da qual ocorre uma hierarquização das medidas preventivas. O termo cuidado remeteu à dimensão normativa da representação, na compreensão de que o emprego das medidas preventivas é um cuidado de responsabilidade da enfermagem; e à dimensão prática, pelas ações de cuidado preventivo com o emprego de tecnologias. A massagem foi um termo relacionado à memória social da equipe de enfermagem. Quanto à abordagem processual, as representações foram elaboradas sustentadas por crenças que integraram a dimensão simbólica: na primeira delas, as medidas preventivas foram construídas a partir da ideia de que a lesão por pressão visibiliza um descuido da enfermagem. Logo, como tais medidas são consideradas como de responsabilidade da enfermagem, quando a lesão por pressão está presente remete à culpa dessa categoria profissional, sendo adjetivada como um “mal” que traz sentimentos de fracasso e frustração à equipe. Por outro lado, quando a pele do paciente está íntegra e não há lesão por pressão, considera-se que não há problema que demande ações a serem realizadas para a sua resolução. Nesse sentido, a representação foi construída a partir da ideia de invisibilidade dos resultados da prevenção. Essas construções simbólicas mobilizaram afetos positivos e negativos que orientaram as atitudes e práticas da equipe de enfermagem, com maior ou menor valoração e comprometimento com a aplicação das medidas preventivas no cotidiano assistencial. Assim, o conjunto dos dados oriundos da abordagem estrutural e processual das representações sociais, em triangulação, evidenciaram que as dimensões simbólica, imagética, normativa, afetiva, identitária, da atitude e da prática conformaram o

fenômeno das medidas preventivas à lesão por pressão aplicadas aos pacientes hospitalizados, orientando o pensamento e ação dos profissionais de enfermagem frente a esse objeto no cotidiano do cuidado. Essas representações sociais trazem, na dependência dos elementos psicossociais ativados, implicações à segurança do paciente. Diante disso, intervenções devem ser planejadas no nível individual, grupal e institucional para a reorganização dos elementos que estruturaram sentidos e práticas dos profissionais de enfermagem que trazem maior risco do paciente desenvolver a lesão por pressão enquanto evento adverso.

Descritores: Lesão por Pressão; Psicologia Social; Segurança do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

ALMEIDA, Rosa Maria Ferreira de. Social representations of preventive measures for pressure injuries by the nursing team. Rio de Janeiro, 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2021. Advisor: Prof.º Drº Rafael Celestino da Silva.

Pressure injury is localized damage to the skin and/or underlying soft tissue, usually over a bony prominence, or related to the use of a medical device or other artifact. It is a patient safety and public health problem, since it is an adverse event that has an epidemiological magnitude, clinical relevance and burdens health services, in addition to implying emotional and social harm to patients. In view of these impacts, the general objective of the research was to analyze the social representations of the nursing team on preventive measures against pressure injuries applied to hospitalized patients. Study with a qualitative approach, explanatory nature, developed in the light of the referential of the Theory of Social Representations in its structural and procedural aspects. The first was carried out with 103 nursing professionals from a specialized hospital using the Free Word Association Technique. The data were submitted to the EVOC software for prototypical analysis, and then three techniques were used to confirm centrality: the double negation test, the Index of Centrality of Social Representations from Evocations and the analysis of similitude. To obtain data from the second stage, a semi-structured interview was carried out with 28 professionals from the nursing team from the medical clinic sectors of the institution and who participated in the first stage. These data were initially submitted to the Alceste software for lexicographical analysis. In the second moment, the part of the corpus of interviews not processed by the software was submitted to thematic content analysis, for analytical deepening. The project was approved by the Research Ethics Committee under opinion number 4,323,665. In the structural approach, the results showed that the evocations “care” and “decubitus” made up the central core of the representation, which was structured based on the imagery dimension of changing the position, from which a hierarchy of preventive measures occurs. The term care referred to the normative dimension of representation, in the understanding that the use of preventive measures is a care that is the responsibility of nursing; and the practical dimension, through preventive care actions with the use of technologies. Massage was a term related to the social memory of the nursing team. As for the procedural approach, the representations were elaborated supported by beliefs that integrated the symbolic dimension: in the first of them, the preventive measures were built from the idea that the pressure injury visualizes a carelessness of nursing. Therefore, as such measures are considered the responsibility of nursing, when pressure injuries are present, it refers to the guilt of this professional category, being described as an “evil” that brings feelings of failure and frustration to the team. On the other hand, when the patient's skin is intact and there is no pressure injury, it is considered that there is no problem that requires actions to be taken to resolve it. In this sense, the representation is built from the idea of invisibility of prevention results. These symbolic constructions mobilize positive and negative affects that guide the attitudes and practices of the nursing team, with greater or lesser appreciation and commitment to the application of preventive measures in daily care. Thus, the set of data from the structural and procedural approach of social representations, in triangulation, support the thesis that the symbolic, imagery, normative, affective, identity, attitude and practice dimensions shape the phenomenon of preventive measures to injury by pressure applied to hospitalized patients, guiding the thinking and action of nursing professionals in relation to this object in the daily care. These social representations bring, depending on the psychosocial elements activated,

implications for patient safety. Given this, interventions must be planned at the individual, group and institutional level to reorganize the elements that structured the meanings and practices of nursing professionals that pose a greater risk for the patient to develop pressure injuries as an adverse event.

Keywords: Pressure Injury; Social Psychology; Patient safety; Nursing.

RESUMEN

ALMEIDA, Rosa Maria Ferreira de. Representaciones sociales sobre medidas preventivas contra lesiones de presión por parte del personal enfermo. Río de Janeiro, 2021. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, 2021. Asesor: Prof.º Drº Rafael Celestino da Silva.

La lesión por presión es un daño localizado en la piel y/o el tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado con el uso de un dispositivo médico u otro artefacto. Es un problema de seguridad del paciente y de salud pública, ya que es un evento adverso que tiene magnitud epidemiológica, relevancia clínica y sobrecarga a los servicios de salud, además de implicar daños emocionales y sociales a los pacientes. Frente a estos impactos, el objetivo general de la investigación fue analizar las representaciones sociales del equipo de enfermería sobre las medidas preventivas contra las lesiones por presión aplicadas a pacientes hospitalizados. Estudio con enfoque cualitativo, de carácter explicativo, desarrollado a la luz del referencial de la Teoría de las Representaciones Sociales en sus aspectos estructurales y procedimentales. El primero se realizó con 103 profesionales de enfermería de un hospital especializado utilizando la Técnica de Asociación de Palabras Libres. Los datos fueron sometidos al software EVOC para el análisis prototípico, y luego fueron utilizadas tres técnicas para confirmar la centralidad: la prueba de doble negación, el Índice de Centralidad de las Representaciones Sociales a partir de Evocaciones y el análisis de similitud. Para la obtención de datos de la segunda etapa, se realizó una entrevista semiestructurada a 28 profesionales del equipo de enfermería de los sectores de clínica médica de la institución y que participaron de la primera etapa. Estos datos fueron inicialmente enviados al software Alceste para su análisis lexicográfico. En el segundo momento, la parte del corpus de entrevistas no procesadas por el software fue sometida al análisis de contenido temático, para profundización analítica. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el dictamen número 4.323.665. En el abordaje estructural, los resultados mostraron que las evocaciones “cuidado” y “decúbito” constituyeron el núcleo central de la representación, la cual fue estructurada a partir de la dimensión imaginaria del cambio de posición, a partir de la cual se da una jerarquía de medidas preventivas. El término cuidado se refiere a la dimensión normativa de la representación, en el entendido de que el uso de medidas preventivas es un cuidado que compete a la enfermería; y la dimensión práctica, a través de acciones de cuidado preventivo con el uso de tecnologías. Masaje era un término relacionado con la memoria social del equipo de enfermería. En cuanto al abordaje procedimental, las representaciones fueron elaboradas sustentadas en creencias que integraron la dimensión simbólica: en la primera de ellas, las medidas preventivas fueron construidas a partir de la idea de que la lesión por presión visualiza un descuido de enfermería. Por lo tanto, como tales medidas son consideradas responsabilidad de enfermería, cuando las lesiones por presión están presentes, se refiere a la culpa de esta categoría profesional, siendo descrita como un “mal” que trae sentimientos de fracaso y frustración al equipo. Por el contrario, cuando la piel del paciente está intacta y no existe lesión por presión, se considera que no existe ningún problema que requiera acciones para solucionarlo. En este sentido, la representación se construye a partir de la idea de invisibilidad de los resultados de la prevención. Esas construcciones simbólicas movilizan afectos positivos y negativos que orientan las actitudes y prácticas del equipo de enfermería, con mayor o menor valorización y compromiso con la aplicación de medidas preventivas en el cotidiano del cuidado. Así, el conjunto de datos del abordaje estructural y procedimental de las representaciones sociales, en triangulación, sustentan la tesis de que las

dimensiones simbólica, imaginaria, normativa, afectiva, identitaria, actitudinal y práctica configuran el fenómeno de las medidas preventivas del daño por presión aplicadas a pacientes hospitalizados, orientando el pensamiento y la acción de los profesionales de enfermería en relación a ese objeto en el cotidiano del cuidado. Estas representaciones sociales traen, dependiendo de los elementos psicosociales activados, implicaciones para la seguridad del paciente. Ante esto, se deben planificar intervenciones a nivel individual, grupal e institucional para reorganizar los elementos que estructuraron los significados y prácticas de los profesionales de enfermería que plantean un mayor riesgo para el paciente de desarrollar lesiones por presión como evento adverso.

Descriptor: Lesión por Presión; Psicología Social; Seguridad del paciente; Enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEMETRON	Centro de Medicina Tropical de Rondônia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
EA	Evento Adverso
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICPS	International Classification for Patient Safety
IOM	Institute of Medicine
JCAHAO	Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization
JCI	Joint Commission International
LPP	Lesão por Pressão
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPGMAD	Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Administração
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
RS	Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIR	Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO 01: ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	22
1.1 Trajetória profissional e nexos com a proposta de pesquisa.....	23
1.2 Lesão por pressão como um evento adverso na perspectiva da segurança do paciente .	24
1.3 Lesão por pressão: definição, epidemiologia e prevenção.....	27
1.4 Medidas preventivas à lesão por pressão: focalizando o objeto da pesquisa e de representação social	33
1.5 Objetivos	37
1.6 Justificativa, Relevância e Contribuições	38
2 CAPÍTULO 02: BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	44
2.1 Cuidado de enfermagem na manutenção da integridade da pele em pacientes hospitalizados.....	45
2.1.1 Fatores relacionados à prevenção da LPP: conhecimento, atitude e barreiras ao cuidado dos profissionais de enfermagem	54
2.1.2 Prática da equipe de enfermagem na prevenção à LPP: qualidade, impactos clínicos e facilitadores/dificultadores.....	59
2.1.3 Tecnologias para o cuidado preventivo em relação à LPP	64
2.2 Teoria das representações sociais e seus nexos com o fenômeno de investigação.....	70
3 CAPÍTULO 03: MÉTODO	77
3.1 Tipologia do estudo	78
3.2 Campo da pesquisa	79
3.3 Participantes.....	81
3.4 Técnicas e instrumentos para produção dos dados	84
3.4.1 1ª fase: Técnica de evocação de palavras e técnica de confirmação da centralidade ..	84
3.4.2 2ª fase: Entrevista em profundidade	86

3.5 Análise dos dados	87
3.6 Considerações éticas	93

4 CAPÍTULO 04: ABORDAGEM ESTRUTURAL	95
--	-----------

4. RESULTADOS ABORDAGEM ESTRUTURAL.....	96
4.1 DISCUSSÃO	101

5 CAPÍTULO 05: ABORDAGEM PROCESSUAL.....	114
---	------------

5 RESULTADOS ABORDAGEM PROCESSUAL.....	115
5.1 – Características sócio demográficas dos entrevistados	115
5.2 ANÁLISE TEXTUAL ATRAVÉS DO SOFTWARE ALCESTE.....	119
5.2.1 Classe 1 – Tipos de medidas preventivas à LPP aplicadas pela equipe de enfermagem no cotidiano assistencial	123
5.2.2 Classe 02 – Implementação versus não implementação das medidas preventivas: motivações, benefícios e malefícios	129
5.2.3 Classe 03: Gestão do enfermeiro nos cuidados de prevenção à LPP.....	135
5.2.4 Classe 04: Contexto de realização da prevenção da LPP e as implicações à segurança do paciente	141
5.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO	147
5.3.1 Crenças sobre a prevenção: (in)visibilidade dos seus resultados	147
5.3.2 Prevenção da lesão por pressão: imagens e afetos negativos	150
5.3.3 Infraestrutura dos cenários assistenciais: a Clínica e a UTI	152
5.4 DISCUSSÃO	158

6 CAPÍTULO 06: CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
--	------------

REFERÊNCIAS	181
--------------------------	------------

APÊNDICES	196
------------------------	------------

APÊNDICE A - PROTOCOLO DE LEITURA DOS TEXTOS DA AMOSTRA DA REVISÃO INTEGRATIVA	197
APÊNDICE B – COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES DE PALAVRAS	199
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	200
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE	201
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	202

ANEXO.....	204
-------------------	------------

ANEXO ÚNICO – PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP	205
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Definições utilizadas pelo ICPS/ OMS	26
Quadro 02 – Classificação de Lesão por Pressão da NPUAP, 2016	29
Quadro 03 – Estratégias de busca nas bases de dados.....	50
Quadro 04 – Quadro sinóptico dos estudos incluídos na unidade de evidência 2.1.1.....	54
Quadro 05 – Quadro sinóptico dos estudos incluídos na unidade de evidência 2.1.2.....	60
Quadro 06 – Quadro sinóptico dos estudos incluídos na unidade de evidência 2.1.3	64
Quadro 07 – Definição das funções da RS segundo Abric.....	69
Quadro 08 – Organização dos Códigos das linhas de comando. Rio de Janeiro, 2021.....	90
Quadro 09 – Quadro de quatro casas ao termo indutor “medidas preventivas à LPP”	96
Quadro 10 – Caracterização dos participantes segundo variáveis psicossociais e demográficas.....	116
Quadro 11 – Classe 1 - Classificação Hierárquica Descendente.....	122
Quadro 12 – Classe 2 - Classificação Hierárquica Descendente.....	128
Quadro 13 – Classe 3 - Classificação Hierárquica Descendente.....	132
Quadro 14 – Classe 4 - Classificação Hierárquica Descendente.....	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Teste de Centralidade dos Elementos do Núcleo Central das RS das medidas preventivas à LPP para profissionais de enfermagem.....	98
Tabela 02 – Teste de dupla negação do núcleo central das RS sobre as medidas preventivas à LPP. Porto Velho, RO, Brasil, 2019.....	99
Tabela 03 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes entrevistados.....	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Fluxograma do processo de seleção de artigos da revisão integrativa.....	51
Figura 02 – Árvore máxima de similitude das evocações dos profissionais de enfermagem sobre as medidas preventivas à LP	99
Figura 03 – Esquema demonstrativo do Núcleo Central da Representação Social das Medidas preventivas à LPP	112
Figura 04 – Formação da classificação hierárquica descendente.....	119
Figura 05 – Repartição das classes e número de palavras analisáveis, por classe	119
Figura 06 – Classificação hierárquica descendente.....	120
Figura 07 – Classificação hierárquica ascendente (CHA) – classe 1.....	121
Figura 08 – Classificação hierárquica ascendente (CHA) – classe 2.....	127
Figura 09 – Classificação hierárquica ascendente (CHA) – classe 3.....	133
Figura 10 – Classificação hierárquica ascendente (CHA) – classe 4.....	140
Figura 11 – Esquema explicativo da RS das medidas preventivas	169



CAPÍTULO 01

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Trajetória profissional e nexos com a proposta de pesquisa

A inquietação que orientou a definição do objeto deste estudo emergiu da trajetória acadêmica da pesquisadora desde a graduação em enfermagem na Universidade Federal de Rondônia, período no qual, inserida em campos de estágio curricular percebia a dicotomia entre o preconizado e o realizado pela equipe de enfermagem, ou seja, o distanciamento existente entre a teoria e a prática.

Essa percepção de dicotomia se ampliou durante a atuação profissional, primeiramente, na assistência direta ao paciente em unidade hospitalar especializada em doenças infectocontagiosas e tropicais. Nesse cenário a pesquisadora exerceu suas atividades por cerca de 10 anos, a partir das quais suas percepções se ampliaram e geraram o interesse pelo campo da pesquisa, principalmente por investigações que articulassem as atividades administrativas, como planejamento e auditoria, com questões oriundas das situações clínicas da assistência ao paciente.

Tal motivação possibilitou o desenvolvimento da pesquisa de Mestrado em Administração sobre o planejamento estratégico na gestão municipal de saúde e suas implicações para a qualidade assistencial, dissertação finalizada no ano de 2013 na Universidade Federal de Rondônia – Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Administração – PPGMAD.

Após alguns anos, passou a atuar na gestão do Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, inserção profissional que permitiu a participação em atividades científicas nacionais e internacionais que oportunizaram conhecer outras experiências de serviços públicos e privados em relação à segurança do paciente, bem como vivenciar práticas com profissionais *experts* nesse campo.

Atualmente, a pesquisadora trabalha como gestora na Coordenação Estadual de Segurança do Paciente do Estado de Rondônia. As oportunidades de desenvolvimento profissional brevemente apresentadas contribuíram para a observação da assistência ao paciente com maior profundidade e abrangência no que tange à segurança dos processos assistenciais nas instituições de saúde estaduais.

A partir dessas observações emergiram inquietações sobre a aplicabilidade das medidas preventivas à Lesão por Pressão (LPP) pelos profissionais de enfermagem, suas motivações e as repercussões na segurança do paciente. Com isso, levantou-se a hipótese da existência de falhas durante a assistência de enfermagem relacionadas à aplicabilidade das medidas preventivas à LPP em pacientes hospitalizados, o que se configurou como ponto de partida para esta proposta de tese de doutorado.

1.2 Lesão por pressão como um evento adverso na perspectiva da segurança do paciente

Historicamente, alguns nomes já demonstravam preocupações com a segurança: Hipócrates (460 a 370 a.C., considerado pai da medicina) com a frase célebre: “Primeiro não cause dano”; o médico e cirurgião Ignaz Philip Semmelweis (1846), que associou a higienização das mãos à prevenção de infecção hospitalar; além de Florence Nightingale (1899), precursora da enfermagem moderna, que trouxe princípios de qualidade à assistência aos feridos na Guerra da Criméia. Esses personagens contribuíram com seus estudos e achados para a evolução da qualidade dos serviços de saúde (GAITA; FONTANA, 2018; BRASIL, 2016).

No contexto atual, a segurança do paciente é considerada como uma “nova ciência” que emergiu dos problemas e necessidades de saúde de uma população cada vez mais exigente por qualidade, somados ao cenário de crise socioeconômica nacional e internacional, que levou os serviços de saúde a reduzirem os seus gastos financeiros (GUERRA et. al., 2019; SLAWOMIRSKI; AURAAE; KLAZINGA, 2017).

O *Institute of Medicine* – IOM (Instituto Norte Americano de Medicina), ainda em 2000, apresentou como definição de segurança do paciente a busca pela prevenção de lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021), a segurança do paciente corresponde a uma série de estruturas organizadas que culminam na criação de processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e na ampliação da cultura segura em ambientes de cuidado em saúde, reduzindo significativamente a ocorrência de danos evitáveis.

A segurança do paciente vem ganhando notoriedade com o aumento de publicações sobre o tema, entretanto, a compreensão desses trabalhos tem sido comprometida pelo uso

incoerente da linguagem adotada. Assim, com o intuito de uniformizar essa linguagem, a OMS criou em 2004 uma classificação oportunizada pelo lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Essa Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) foi desenvolvida por um grupo de trabalho que se orientou por um referencial explicativo e que apresentou ao final os termos principais e suas definições, conforme exposto no Quadro 01. A tradução para o português foi realizada em 2010 pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) (BRASIL, 2016). Os conceitos de segurança do paciente e de evento adverso (EA) utilizados neste estudo são baseados nessa classificação.

Quadro 01 – Definições utilizadas pelo ICPS/ OMS

Domínio	Definição ICPS / OMS
Segurança	Reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Erro	Falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Erros são, por definição, não-intencionais.
Violação	Aplicação de um plano/ação/cuidado em saúde incorreto intencionalmente. Embora raramente maliciosas, podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos.
Incidente	É um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem dano	Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
Incidente com dano (evento adverso)	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: Adaptação da *International Classification for Patient Safety – ICPS* (2010).

Destaca-se como marco global que impulsionou o movimento mundial para a segurança do paciente a publicação do relatório “*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*” (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) pelo IOM (2000), que apresentou ao mundo as altas taxas de morbimortalidade nos hospitais dos Estados Unidos decorrentes de eventos adversos evitáveis. O relatório foi baseado em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos com revisões retrospectivas de

prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. O dado alarmante que esse relatório apontou foi de que cerca de 98 mil pessoas morriam anualmente por eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde.

A partir desse estudo pioneiro outros países também realizaram pesquisas com método semelhante, como: Austrália, Brasil, Canadá, Dinamarca, Espanha, França, Holanda, Inglaterra, Nova Zelândia, Portugal, Suécia e Turquia, constatando uma incidência elevada de eventos adversos. Em média, cerca de 10% dos pacientes que são hospitalizados sofrem algum tipo de EA e, 50% desses, são considerados evitáveis (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015a).

Segundo as evidências científicas até o momento disseminadas, as tipologias de eventos adversos mais frequentes são as relacionadas com: medicamentos, cirurgias, infecções, quedas, lesão por pressão – LPP e falhas referentes a diagnóstico e tratamento. Ressalta-se que os estudos que abordam a frequência, tipologia ou impacto dos EA nos cuidados em saúde, de forma geral, têm sido incipientes, com exceção dos investimentos feitos pelos países da Europa, que sempre dedicaram particular atenção a essa área (DUARTE et. al., 2015).

A LPP, interesse desta investigação, é uma das consequências mais comuns da longa permanência e hospitalização. É ainda mais prevalente quando se combina com a presença de outros fatores de risco, dentre eles, a idade avançada e restrição ao leito, a cronicidade da patologia, entre outros (COX, 2017). Alguns fatores para seu desenvolvimento se destacam na literatura, quais sejam: pressão não aliviada, fluxo sanguíneo, cisalhamento e fricção, oclusão capilar, áreas de saliências ósseas do corpo, idade, pele fina e menos elástica, alimentação, hidratação (VIEIRA, et. al., 2016; TORRA-BOU, 2016).

Para fins de definição, é importante pontuar que a palavra ferida classicamente é empregada às lesões de causas exógenas, enquanto o termo úlcera é usado para lesões de causas endógenas, porém na literatura essas terminologias são utilizadas como sinônimos. Neste estudo utiliza-se o termo já atualizado: lesão por pressão – LPP, lesão essa que pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e dolorosa, ocorrendo como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento, entendida como um evento adverso à luz do referencial de segurança do paciente (CHEEVER; HINKLE, 2020).

Diante da relevância das LPP, em 1987 a *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization* (JCAHAO), atualmente denominada *Joint Commission International* (JCI) – órgão criado pelo governo norte-americano para avaliar e credenciar os serviços de saúde do ponto de vista da qualidade – estabeleceu a incidência de LPP como um dos indicadores para a acreditação das unidades de saúde. Ainda no ano anterior foi criado nos Estados Unidos o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), organização sem fins lucrativos dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão. O grupo dispõe de autoridade para emitir recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisa, visando a melhoria dos resultados na prevenção e tratamento das lesões por pressão (RABEH, et. al., 2017).

No Brasil, em face da magnitude dos dados de incidência e prevalência, o Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou em 2013 no âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) o Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão, cujo objetivo além da prevenção é uniformizar a aplicação das medidas preventivas (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015b).

Portanto, várias estratégias vêm sendo adotadas em diferentes países a fim de garantir a segurança nos cuidados em saúde e reduzir a ocorrência dos eventos adversos, em particular, a LPP. A LPP é assim um dos indicadores que vêm sendo monitorados nas instituições de saúde nos programas com foco na melhoria da qualidade e segurança.

1.3 Lesão por pressão: definição, epidemiologia e prevenção

A Lesão por pressão (LPP) é 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 (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019). A nomenclatura LPP, a sua definição e a classificação de seus estágios/categorias foi atualizada pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 2016 por meio de consenso que, posteriormente, foi traduzido/adaptado culturalmente para o português com o apoio dos especialistas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE), como apresentado no Quadro 02.

Em 2019 o *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) junto com a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA) publicaram a última versão das Diretrizes de Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão, adotada por muitos países de acordo com cada realidade.

Quadro 02 – Classificação de Lesão por Pressão da NPUAP, 2016

Estágio 1:	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida.
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epibole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.
Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.
Tissular Profunda	Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.
Relacionada a Dispositivo Médico	Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos.
Em Membranas Mucosas	Lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Fonte: Consenso NPUAP – Classificação das Lesões por Pressão adaptado culturalmente para o Brasil (2016).

A magnitude das LPP é verificada por diferentes indicadores, clínicos, econômicos e sociais, que as categorizam como um problema de saúde pública mundial. Do ponto de vista clínico e econômico as LPP são responsáveis por altas taxas de complicações e mortalidade, além de representar gastos onerosos para os sistemas de saúde. Dados estimam que, nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de dois milhões e meio de pessoas as desenvolvem, gerando custo estimado de até 18 bilhões de dólares por ano. Além disso, aproximadamente 60 mil pacientes em hospitais evoluem a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias a esta lesão (KHOJASTEHFAR et al., 2020; SENGUL et al., 2020).

Os efeitos clínicos da LPP representam gastos onerosos para os sistemas de saúde. Esses custos financeiros e as graves complicações em decorrência das LPP são acrescidos do sofrimento físico e emocional, que podem gerar maior agravamento do estado geral do

paciente além do aumento de sua dependência, prolongando a cura e o tratamento (KHOJASTEHFAR et al., 2020; SENGUL et al., 2020).

Do ponto de vista epidemiológico, as LPP apresentam elevadas taxas de incidência e mortalidade. Revisão sistemática de estudos publicados entre 2008-2018 quantificou a prevalência, a incidência e a taxa de lesões por pressão adquiridas no hospital em pacientes adultos hospitalizados e identificou as que ocorrem com maior frequência, estágio(s) e localização anatômica mais afetada (LI et al., 2020).

Foram incluídos na revisão sistemática 42 estudos e 39 deles foram elegíveis para metanálise, com uma amostra total de 2.579.049 pacientes. A prevalência combinada de 1.366.848 pacientes foi de 12,8%; a taxa de incidência combinada de 681.885 pacientes foi de 5,4 por 10.000 pacientes-dia; e a taxa de lesões por pressão adquiridas no hospital de 1.893.593 pacientes foi de 8,4%. Os estágios foram relatados em 16 estudos, sendo os mais frequentes o estágio 1 (43,5%) e o 2 (28,0%). Os locais do corpo mais afetados foram sacro, calcânhares e quadril. Os resultados da revisão sugeriram que a carga de lesões por pressão permanece substancial, afetando mais de um em cada dez pacientes adultos admitidos em hospitais (LI et al., 2020).

Apesar da oscilação da incidência conforme o país, estudos também veiculam que, em cenários de terapia intensiva, as LPP são mais frequentes. Em revisão sistemática de Chaboyer et. al. (2018) que avaliou 22 estudos sobre a incidência e prevalência de lesões por pressão em pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e os locais de maior ocorrência, a incidência e prevalência cumulativas foram de 10,0–25,9% e 16,9–23,8%, respectivamente; quanto aos locais de ocorrência, foram mais frequentes na região do sacro 26,9-48,0% e nádegas 4,1-46,4%.

Outro estudo que avaliou a incidência das LPP em um hospital geral de 800 leitos na Austrália, especificamente as causadas por dispositivos médico-hospitalares, mostrou que a incidência geral de lesões por pressão relacionadas a tais dispositivos foi de 27,9%, com a maioria (68%) ocorrendo em terapia intensiva (BARAKAT-JOHNSON et al., 2017).

No Brasil, estudo realizado na cidade de São Paulo estimou a incidência de LPP e seus fatores de risco em cinco hospitais (três privados e dois públicos). Dos 1.937 pacientes que foram acompanhados prospectivamente, 633 (32%) apresentaram risco para LPP. A taxa de

incidência foi de 9,9% nos hospitais públicos e 4,1% nos privados, sendo maior no contexto das UTI em comparação com as unidades de internação (RODRIGUES et al., 2020).

Em face desse panorama epidemiológico, e considerando que as LPP são, em sua grande maioria, evitáveis, promover medidas preventivas é responsabilidade de gestores e profissionais assistenciais que compõem as equipes multidisciplinares, desde a atenção primária até os níveis mais complexos do sistema de saúde. Entre as principais medidas preventivas às LPP destacam-se: avaliação diária da integridade da pele com a utilização de escalas específicas; proteção da pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento; manejo do estado nutricional; manutenção da hidratação da pele; redistribuição da pressão, por meio da mudança de decúbito, por exemplo; incentivo à mobilização precoce, respeitando as condições clínicas do paciente e; utilização de dispositivos apropriados para alívio da pressão, entre outras (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019; BRASIL, 2017).

No Norte do Brasil, região onde esta pesquisa foi desenvolvida, os dados divulgados pela ANVISA em 2020 apontaram que dentre os incidentes notificados pelos 48 Núcleos de Segurança do Estado entre julho de 2019 a junho de 2020, a LPP foi o incidente notificado com maior frequência. Em relação aos *never events*, aqueles que nunca deveriam ocorrer, foram notificados 18, sendo 17 LPP de Categoria/Estágio 3 e um óbito (ANVISA, 2020).

Diante desse cenário, entende-se que o emprego de medidas preventivas ainda é a mais eficaz proposta de intervenção. A manutenção da integridade da pele dos pacientes internados tem por base o conhecimento de que medidas de cuidado relativamente simples podem garantir que a pele do paciente se mantenha íntegra durante o seu período de internação. A maioria das recomendações acerca das medidas preventivas pode ser utilizada de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de LPP, como para quaisquer outras alterações da pele.

Quando essas medidas de prevenção são implementadas, até 95% das LPP são consideradas evitáveis. Embora tais medidas preventivas não evitem a ocorrência de LPP em sua totalidade, podem dificultar seu desenvolvimento principalmente em estágios mais avançados (COYER et al., 2017).

Apesar das medidas preventivas à LPP existirem há algumas décadas, para a sua implementação nos serviços de saúde é necessário que haja liderança e trabalho em equipe

interdisciplinar, com integração dos aspectos clínicos, educacionais e gerenciais (ANVISA, 2017). Nesse sentido, ganham destaque os serviços de enfermagem, uma vez que essa equipe permanece junto ao paciente o maior período de tempo e o emprego de medidas preventivas é feito, em sua maioria, por esses profissionais (PACHA, 2018).

Olkoski e Assis (2016, p. 366) afirmam que: “a equipe de enfermagem tem grande responsabilidade na assistência direta e contínua na prevenção e tratamento da LPP”. Entretanto, alguns autores evidenciam que as medidas preventivas não têm sido incorporadas à prática assistencial de enfermagem como de fato deveriam ser (GETIE et al., 2020; BERIHU et al., 2020; JIANG et al., 2020; LIMA; SILVA; CALIRI, 2020).

Em pesquisa que analisou as ações de enfermagem para a prevenção da LPP em Centros de Terapia Intensiva de duas instituições, verificou-se que a ocorrência de LPP foi de 49% entre os pacientes participantes, principalmente nas áreas de proeminências ósseas. As medidas preventivas implementadas pela equipe de enfermagem se associaram significativamente com a redução/ausência de LPP, todavia, os cuidados de enfermagem foram prescritos de maneira aleatória e não atenderam às necessidades individuais (integralidade) dos pacientes, considerando que houve fragilidades na avaliação de risco da LPP (MENDONÇA, 2018).

Sobre essa avaliação, pesquisa que verificou as ações dos profissionais de enfermagem antes e após a utilização de protocolo de prevenção da LPP em UTI também demonstrou a existência de falhas nas medidas preventivas. Isso porque, na avaliação do risco para LPP na admissão, constatou-se que essa tinha sido realizada em 22 (57,9%) dos 38 pacientes antes da implementação do protocolo e em 34 (77,3%) dos 44 da fase pós-implementação. A avaliação do risco após a admissão não foi registrada para nenhum paciente na fase antes do protocolo, enquanto na segunda fase essa taxa passou para 28 (63,6%) (VASCONCELOS; CALIRI 2017).

Outro aspecto é que alguns estudos têm apontado que o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre a prevenção da LPP encontra-se insuficiente para a promoção de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade (FULBROOK et al., 2019).

Partindo da ideia de que o enfermeiro deve ter conhecimento adequado sobre as intervenções e práticas utilizadas para prevenir a LPP, pesquisadores turcos desenvolveram uma investigação para mensurar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre intervenções

preventivas para LPP, com base na versão turca do Instrumento de Avaliação de Conhecimento sobre Prevenção da Úlcera por Pressão (PUPKAI-T) (SENGUL et al., 2020).

Das 471 enfermeiras das áreas de clínica médica, cirurgia e outras enfermarias clínico-cirúrgicas que participaram do estudo, com experiência média de sete anos de trabalho, 17 (3,6%) pontuaram igual ou superior ao valor de corte de 60% e 454 (96,4%) pontuaram menos de 60%. O nível médio de conhecimento sobre LPP foi calculado em $11,1 \pm 2,659$ (variação: 1-18) em 26 questões. Os resultados do estudo mostraram que o nível geral de conhecimento dos enfermeiros na prevenção foi insuficiente (SENGUL et al., 2020).

Nacionalmente, pesquisadores também analisaram o conhecimento da equipe de enfermagem acerca das medidas de prevenção para LPP. A conclusão foi a de que os profissionais têm conhecimento sobre técnicas como: mudança de decúbito; hidratação da pele com óleos; colchão caixa de ovo; uso de coxins e massagem; uso de luvas com água para hidratação. Apesar disso, foi evidenciado que muitas medidas se encontravam ultrapassadas, outras não condizentes com a literatura, demonstrando a necessidade de educação permanente com o intuito de incorporar novos conhecimentos, tecnologias e alternativas disponíveis para utilização em suas práticas profissionais (MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010).

Portanto, no contexto da prevenção, ressalta-se a responsabilidade de cada profissional frente ao cuidado do paciente com risco de desenvolvimento da LPP com base nas melhores evidências. Isso inclui a realização de atualizações, novas pesquisas, utilização de protocolos sistematizados para prevenção de LPP, dentre outras possibilidades de intervenções no campo da atuação da enfermagem, envolvendo tanto os pesquisadores e docentes de instituições de ensino superior de enfermagem quanto os próprios profissionais do serviço, visando a contribuição na incorporação das evidências científicas na prática (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

1.4 Medidas preventivas à lesão por pressão: focalizando o objeto da pesquisa e de representação social

Partindo da observação da realidade assistencial de uma unidade especializada em Doenças Infectocontagiosas e Tropicais da Amazônia Ocidental, detectou-se, por meio do monitoramento institucional dos casos de LPP, indicativos de falhas na aplicação de medidas preventivas durante a prestação de cuidados pela equipe de enfermagem aos pacientes hospitalizados com risco de LPP. Um desses indicativos foi a oscilação do número de casos, com um aumento progressivo em relação ao primeiro ano de análise dos dados.

No ano de 2015, por exemplo, foram notificados na instituição cinco casos de LPP; já no ano de 2016, 21, o que representou um relevante aumento percentual. Em 2017 e 2018 foram notificadas 12 LPP em cada ano, um aumento dos casos em comparação ao primeiro ano de notificação (2015) e uma redução se comparados com o ano de 2016. No ano de 2019 foram notificadas sete LPP e, em 2020, 15, havendo, portanto, o aumento proporcional do indicador. Esses dados refletem a necessidade de compreensão dos fatores que influenciam na ocorrência da LPP, na tentativa de pensar estratégias que vislumbrem a mitigação desse evento adverso.

Destaca-se, que os usuários que compõem a clientela desta instituição são, principalmente, portadores de doenças infecciosas como Aids, Hepatite B e C, Tuberculose entre outras, cujo período de internação médio varia de sete a 15 dias. Na instituição em tela, as medidas preventivas estabelecidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente encontram-se acessíveis para a equipe lotada nas clínicas de internação no Procedimento Operacional Padrão (POP) - Medidas Preventivas à Lesão por Pressão – POP/LPP, o qual foi validado por toda a equipe durante treinamento em serviço no ano de 2019.

Entre as medidas preventivas que constam no POP estão: o emprego da Escala de *Braden* na admissão e diariamente com ênfase nos pacientes em risco; a avaliação da pele; a adoção de sinalização de risco no prontuário por meio da anotação de enfermagem e fixação de um adesivo específico para maior atenção da equipe; a sinalização do risco em placa beira leito e fixação de relógio de mudança de decúbito, quando recomendado, após a avaliação do paciente, com a aplicação dessa medida nos intervalos estabelecidos; a utilização de coxins e

colchão caixa de ovo; a hidratação da pele com produtos de escolha para cada caso; e a utilização de coberturas quando o risco está aumentado. Esse protocolo inclui ainda a adoção de medidas nutricionais por parte da equipe de nutrição e a avaliação da equipe médica e de tratamento de feridas, com ênfase na individualização da assistência.

O aumento da incidência das LPP identificado na instituição em análise vai ao encontro das observações da assistência de enfermagem feitas pela pesquisadora durante a sua atuação como membro do Núcleo de Segurança do Paciente. Nesse período, nas rondas de segurança bem como nas visitas aos pacientes nas enfermarias, notavam-se situações em que havia a aplicação da escala de *Braden* sem visita ao paciente (não avaliação da integridade da pele); mudança de decúbito realizada pelo acompanhante ou, quando realizada pela equipe, prioritariamente no momento do banho no leito ou durante a troca do curativo; não sinalização do risco de LPP; ausência de anotação no prontuário; não comunicação do risco ao paciente e família.

Em face dessas observações, verificou-se a não adesão pela equipe a uma parcela das medidas preventivas à LPP preconizadas pela instituição. Tal falha no emprego das medidas preventivas pela equipe de enfermagem ao paciente hospitalizado aumenta os riscos à segurança do paciente, já que a ocorrência de LPP é um evento adverso.

Tomando como referência os preceitos da teoria das representações sociais, pressupõe-se que a não aplicação das medidas preventivas à LPP nas práticas de cuidado pelos profissionais de enfermagem têm nexos com o posicionamento desse grupo social frente a esse objeto. Logo, considera-se que as medidas preventivas estão impregnadas no seu cotidiano, sendo mobilizadoras de informações, valores, conceitos e imagens, constituindo-se, pois, em fenômeno socialmente relevante - de Representação Social (RS).

As RS possuem uma composição polimorfa, que contempla conceitos, proposições, explicações originadas na vida cotidiana e no curso das comunicações interpessoais, tecidas por um conjunto de elementos de natureza diversa, como os processos cognitivos, inserções sociais, fatores afetivos e sistema de valores (FERREIRA, 2016).

Moscovici (2012), que propôs a Teoria das Representações Sociais, considerou na sua elaboração teórica a existência de duas formas de conhecimento: a científica e a consensual, cada uma sendo capaz de gerar seu próprio universo. Segundo ele (op. cit.), entre essas não se estabelece uma relação de hierarquia, já que um saber não se sobrepõe ao outro, possuindo

apenas propósitos diferentes. Nesse entendimento, as RS são construídas dentro do universo consensual, onde as pessoas produzem teorias para explicar os fenômenos que são de seu interesse.

No recorte da pesquisa em tela, pontua-se que, atualmente, a cultura de aceitação das LPP vem passando por um período de transformação significativa no Brasil e no mundo, uma vez que há alguns anos esses eventos eram considerados inevitáveis, principalmente em pacientes idosos e restritos ao leito. Com o movimento de segurança do paciente, a população, de um modo geral, encontra-se mais esclarecida sobre o cuidado em saúde e busca garantir que não ocorram negligências no decorrer desse cuidado (SOUZA, 2016; VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Diante disso, as instituições, principalmente as hospitalares, vêm passando por constantes mudanças no que se refere à gestão profissional e a prestação dos serviços de saúde com ênfase no alcance da qualidade, o que tem aumentado o foco dos profissionais para a adoção das melhores práticas para a redução dos eventos adversos. Acrescenta-se que tal debate também vem sendo proporcionado pela mídia, cujo interesse em torno da segurança do paciente tem colocado em voga a LPP como um dano ao paciente (evento adverso).

No universo científico, a manutenção da integridade da pele é um tema que circula nos conteúdos teóricos e práticos da formação dos profissionais de enfermagem, em especial nos blocos temáticos dos cuidados fundamentais de enfermagem. Na dimensão profissional, recentemente o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN publicou a Resolução 0567/2018, que regula a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas, destacando que realizar atividades de prevenção às pessoas com feridas deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo aos princípios e normatizações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, do próprio COFEN e do Sistema Único de Saúde (COFEN, 2018).

Esses aspectos explicam o interesse dos profissionais pela prevenção da LPP. Assim, frente aos indicadores de LPP que circulam no universo científico e a necessidade de intervenções que previnam a sua ocorrência, há uma pressão para que os profissionais se posicionem frente a esse tema que assume grande importância na sua prática. Sob essa ótica, há uma pressão à inferência para que os profissionais se posicionem diante deste fenômeno.

Outro aspecto a pontuar é que a sociedade convive com a LPP há bastante tempo, mesmo com as mudanças de nomenclatura que ocorreram ao longo da sua evolução histórica. No passado era considerada consequência comum do prolongamento da internação hospitalar ou associada com a falta de mobilização e de realização de atividades físicas pelo paciente, sendo popularmente conhecida como: úlcera por pressão, escara, úlcera de decúbito (HINKLE, CHEEVER, 2020; VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Portanto, as LPP não são um fenômeno recente na literatura. Contudo, apenas nas últimas décadas o conhecimento e a pesquisa têm aumentado, conduzindo ao desenvolvimento de recomendações para a prática, de ferramentas de avaliação do risco e dos programas de prevenção (HINKLE, CHEEVER, 2020; SOUSA; SANTANA, 2016). Essas raízes históricas da LPP trazem consigo elementos afetivos, simbólicos, imagéticos que se estendem aos meios adotados para preveni-las, os quais se tornam motivos de conversações entre os profissionais.

Conjectura-se que, pelo fato da adoção das medidas preventivas à LPP ser uma atividade de cuidado que gera esforço físico, uma vez que demanda o emprego de força pelos profissionais de enfermagem, bem como o contato com as eliminações, secreções, odores e o próprio corpo do paciente, pode despertar sentimentos negativos nos profissionais. Na divisão do trabalho da enfermagem, a aplicação de algumas dessas medidas é delegada, na maior parte das vezes, aos profissionais de nível técnico, com menor qualificação, o que pode suscitar um trabalho de menor valia. Ademais, trata-se de um trabalho com pouca visibilidade em relação a outros que a equipe executa, particularmente no que se refere à atuação do enfermeiro no âmbito das intervenções técnicas e tecnológicas (MÖLLER; MAGALHÃES, 2015).

Dessa feita, as medidas preventivas à LPP são um objeto carregado de tensões, sentimentos e imagens que, quando situado no ambiente hospitalar, mobiliza os profissionais à circulação de informações acerca dele no âmbito das relações sociais do processo de trabalho. Tal circulação de informações que se estabelece entre os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e entre os profissionais de enfermagem e a equipe multidisciplinar, além dos pacientes, revela que esse é um tema socialmente relevante.

À luz do exposto, reforça-se que os objetos de RS, segundo a teoria aqui abordada, são psicossociológicos, ou seja, fazem parte das dimensões subjetivas e sociais dos sujeitos.

Esses, por sua vez, integram as informações oriundas do universo científico com as que circulam no meio social (cotidiano), acrescido dos saberes originários de suas próprias experiências, reelaborando assim o conhecimento, o qual orienta e norteia suas posições e condutas (JODELET, 2005).

Sendo assim, o **objeto** desta pesquisa se configura nas **Representações Sociais da equipe de enfermagem acerca das medidas preventivas à LPP empregadas em pacientes hospitalizados com risco do seu desenvolvimento.**

Com base no objeto traçado levantaram-se como **questões norteadoras:**

- *Quais são as Representações Sociais dos profissionais de enfermagem sobre as medidas preventivas à LPP em pacientes hospitalizados e como estas se estruturam?*
- *Quais valores, crenças, normas, informações integram tais representações e como estes elementos se relacionam às práticas de cuidado ao paciente hospitalizado com foco na prevenção da LPP?*
- *Quais são as implicações de tais representações e práticas para a segurança do paciente em relação à manutenção da integridade da pele?*

1.5 Objetivos

Geral:

Analisar as Representações Sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à lesão por pressão em pacientes hospitalizados.

Específicos:

- Identificar as representações sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à lesão por pressão em pacientes hospitalizados;
- Conhecer os elementos constitutivos das Representações Sociais e como esses se estruturam (organizam).
- Analisar as relações de tais elementos constitutivos com as práticas de cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado em relação à prevenção da LPP;
- Discutir as implicações das representações e práticas na segurança do paciente em relação à manutenção da integridade da pele.

1.6 Justificativa, Relevância e Contribuições

A realização de estudos e a busca por novas abordagens sobre a prevenção da Lesão por Pressão na perspectiva da segurança do paciente se justifica por diversos fatores:

- Os eventos adversos assistenciais se constituem em um problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021);
- Os processos de cuidado em saúde devem conseguir reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de falhas e, por consequência, os danos evitáveis associados à assistência, garantindo a segurança do paciente (OMS, 2021);
- Revisão da literatura utilizando dados de estudos epidemiológicos organizados pela OMS revelou que ocorreram cerca de 421 milhões de hospitalizações no mundo a cada ano, com aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde no período analisado (2007-2011) (JHA et al., 2013);
- No Brasil, estudo que descreveu os eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que resultaram em óbitos, analisou as notificações registradas no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária de junho de 2014 a junho de 2016. Foram registrados 63.933 eventos adversos relacionados com a assistência à saúde, com 417 óbitos, sendo o tipo de incidente mais comum ‘falhas durante a assistência à saúde’ (50%) (MAIA et al., 2018).
- A LPP é um evento adverso, configurando-se em um indicador negativo quando se pensa na qualidade da assistência à saúde. Publicações demonstraram a prevalência de LPP em hospitais americanos de 15% e incidência de 7%. Revisão sistemática mostrou que afeta mais de um em cada dez pacientes adultos admitidos em hospitais. No Brasil, a prevalência de LPP, de maneira geral, varia de 6 a 69% e a incidência de 3,6 a 62,5%. Estudos recentes mostraram incidência de LPP de 24% em pacientes hospitalizados em unidades de internação, chegando a 36% em setores de cuidados críticos (ASTI et al., 2017; BARAKAT-JOHNSON et al., 2017; CHABOYER et al., 2018; COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; JESUS et al., 2020; LI et al., 2020;

LOPES et al., 2021; MEDEIROS et. al., 2017; PADULA et al., 2017; RABEH et al., 2018; VASCONCELOS; CALIRI, 2017);

- O tratamento da LPP tem alto custo e exige aumento no tempo de internação. Estudo sobre o custo hospitalar (excluindo-se recursos humanos) do tratamento da LPP, que incluiu 58 pacientes com um total de 87 LPP, apontou que o custo médio diário por paciente foi de R\$ 14,24 e o custo total de R\$ 2.992,03 para esses tratamentos (coberturas) (PORTUGAL, CHRISTOVAM; 2018).
- Investir em processos seguros nos cuidados ao paciente deveria ser considerada a principal oportunidade de melhoria assistencial (CALDANA, 2015). As pesquisas revelam a importância do profissional enfermeiro e da equipe de enfermagem na implementação das medidas preventivas da LPP.

Esse cenário delineado da magnitude dos eventos adversos em termos de incidência/prevalência, morbidade, mortalidade e seus impactos econômicos e sociais, demonstra a necessidade da continuidade dos investimentos no campo da qualidade do cuidado nas organizações de saúde. Especificamente em relação à LPP, os dados ilustrados também indicam que apesar dos avanços do conhecimento sobre o tema e das inovações tecnológicas, esse desfecho se mantém como um dos eventos adversos mais notificados. Dessa feita, a abordagem das medidas de prevenção enquanto tema de investigação se justifica, considerando os custos do tratamento das LPP, o aumento da carga de trabalho dos profissionais, os impactos no processo de reabilitação do paciente e nos fluxos institucionais diante da sua ocorrência.

No Brasil, no contexto das ações direcionadas à melhoria contínua da qualidade assistencial, uma das iniciativas tomada pelo Ministério da Saúde foi a criação de uma política pública por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 – o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos ou privados, por meio da disseminação da cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Com a criação desse programa em 2013 foram estabelecidas seis metas principais: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança da prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar

cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de queda e úlcera por pressão (BRASIL, 2014).

O estudo em tela tem, portanto, aderência à Meta 6 e oferece subsídios científicos à essa política, ampliando as discussões a partir de evidências não focalizadas em dados de incidência e prevalência, mas pautadas nas dimensões subjetivas implicadas nas ações dos sujeitos responsáveis por promover a segurança do paciente. Com isso, os resultados da investigação têm potencial para produzir recomendações a essa política pública, nas áreas de pesquisa, formação e/ou de assistência, subsidiando, por conseguinte, as ações de melhoria do cuidado em saúde e de disseminação da cultura de segurança do paciente.

Particularmente no que se refere à diminuição das LPP, o estudo acerca das medidas preventivas à LPP sob o prisma das representações sociais traz evidências sobre os sentidos que os profissionais de enfermagem atribuem a esse fenômeno e como tais sentidos se expressam nas ações. Logo, os resultados orientam intervenções que contribuem para a modificação do panorama de ocorrência das LPP.

Os resultados da pesquisa também contribuem com as organizações voltadas à segurança do paciente, em âmbito geral, assim como do campo da enfermagem e do tratamento de feridas, em particular, que desempenham papel relevante na disseminação de conhecimento clínico e de segurança do paciente. Assim, os dados gerados podem ser disseminados nas redes de informação criadas por tais organizações, bem como em seus eventos científicos, facilitando a divulgação dos conteúdos que fomentam o debate sobre a segurança do paciente e sobre a prevenção da LPP, contribuindo com os profissionais do campo assistencial no embasamento/aprimoramento da sua atuação prática.

Outro aspecto que sustenta a relevância dessa pesquisa é o fato de que a revisão exploratória da literatura realizada pela autora principal para analisar a produção de conhecimento sobre esse tema, desenvolvida através do método da revisão integrativa (seção 2.2 dessa tese), constatou que as pesquisas são majoritariamente voltadas para o levantamento de dados de incidência/prevalência, custos e análise da efetividade, ou seja, com desenho metodológico quantitativo. Por outro lado, houve menor destaque para as abordagens voltadas para a compreensão das dimensões subjetivas, ou seja, investigações que pudessem trazer respostas com base na visão construída sobre a prevenção da LPP pelos indivíduos que

prestam cuidados (equipe de enfermagem), o que reforça ainda mais a relevância da pesquisa em tela.

Nos últimos anos, foram realizados em vários países do mundo diversos estudos sobre a frequência e a natureza dos eventos adversos em pacientes hospitalizados, utilizando-se diferentes metodologias. Estudos de verificação de incidência e prevalência são, indiscutivelmente, imprescindíveis, entretanto, têm alcançado pouco impacto na prática, uma vez que os indicadores de LPP continuam aumentando ou oscilando. A problemática desta pesquisa mostra que a prevalência de LPP nas instituições de saúde representa maiores gastos econômicos, maior tempo de internação, aumento da morbimortalidade dos pacientes e piora na sua qualidade de vida. Torna-se, portanto, relevante a elaboração de estudos que avaliem o problema por um novo ângulo epistêmico.

A equipe de enfermagem é composta por enfermeiro, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, sendo considerada referência na aplicação dos cuidados preventivos. Esses profissionais permanecem muito tempo junto ao paciente exercendo seu papel assistencial, o que lhe leva a presenciar dificuldades, sofrimentos, problemas e angústias no dia a dia dos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2015). Isso indica que o fenômeno de investigação é complexo, ou seja, a adoção ou não das medidas preventivas não se explica puramente pela existência de informações ou de insumos, mas abarca afetos, valores, crenças, simbologias, sentidos que configuram uma rede de significados sobre ele.

Em vista disso, torna-se relevante a investigação que ora se propõe sob o delineamento qualitativo, pois a compreensão das RS elaboradas pela equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas aplicadas aos pacientes com risco de LPP e de suas implicações para a segurança do paciente contribui com uma reflexão crítica sobre as atitudes e condutas adotadas na prática assistencial em saúde, permitindo, a partir disso, a adoção de estratégias com vistas a sensibilizar esses profissionais no que se refere a tais condutas, bem como no compartilhamento de informações para a melhoria da assistência.

Outras contribuições da pesquisa no campo prático situam-se na instituição e no Núcleo de Segurança do Paciente local. Os dados produzidos auxiliam no entendimento dos indicadores quantitativos e na busca de ações para minimizá-los. Entender as questões subjetivas que permeiam a adoção das medidas preventivas à LPP e que implicam nos indicadores de segurança serve de subsídio às ações para a ressignificação dessas

representações quando implicam em atitudes de não adesão das medidas preventivas. Com isso, os pacientes familiares e equipe de enfermagem poderão ser beneficiados diretamente, revelando o impacto social da investigação.

Por meio do Doutorado Interinstitucional – DINTER entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery e a Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR e do produto desta pesquisa desenvolvida no contexto loco regional, contribui-se para o fortalecimento da gestão local em saúde e da Secretária de Estado da Saúde, bem como fortalece-se a comunidade acadêmica da UNIR.

O estudo atendeu às necessidades de produção de conhecimentos nacionais e regionais de saúde, alinhando-se com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde (2018), no Eixo 9 – Programas e Políticas em saúde, especificamente nos itens 9.2 - Avaliação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS) no SUS e 9.3 Avaliação econômica e da segurança do paciente, considerando os desperdícios nos serviços de saúde.

Por fim, destaca-se que esta pesquisa se inseriu na linha de pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, gerando conhecimento para o campo do ensino/formação, conceitual e prático do cuidado de Enfermagem. O estudo contribui para a área de conhecimento da Enfermagem Fundamental, aliando-se a outros estudos no campo dos cuidados fundamentais.

Assim, as contribuições são para a formação do enfermeiro, ao enfatizar a importância da segurança do cuidado de enfermagem na manutenção da integridade da pele; para o campo prático, na qualificação dos profissionais atuantes na clínica do cuidado de enfermagem e na implementação de estratégias que fortaleçam a adoção das medidas preventivas; e no campo conceitual, pois a pesquisa, ao propiciar a compreensão das práticas realizadas, promove o debate acadêmico sobre um dos elementos da clínica do cuidado de enfermagem, na particularidade dos pacientes com risco de desenvolvimento de LPP, gerando subsídios para o aprofundamento do marco conceitual dessa clínica.



CAPÍTULO 02

BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

2 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

2.1 Cuidado de enfermagem na manutenção da integridade da pele em pacientes hospitalizados

A pele é o maior órgão do corpo humano, correspondente a 16% do peso corpóreo. Entre as suas principais funções destacam-se: a defesa orgânica, a regulação térmica, o revestimento, a proteção contra diversos agentes do meio ambiente e as funções sensoriais. Constitui-se de três camadas: epiderme, derme e hipoderme. A epiderme é a mais fina e mais externa das camadas. A derme, camada da pele composta por fibras, vasos sanguíneos e terminações nervosas, fornece suporte, resistência, suprimento sanguíneo e oxigenação à pele. A hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, é a camada mais profunda da pele, formada basicamente por células de gordura, funciona como um depósito de calor e mantém a temperatura corporal (HINKLE, CHEEVER, 2020).

A pele reflete condições físicas e psicológicas, como saúde, idade e diferenças étnicas e culturais. Suas funções incluem a proteção, a excreção, a regulação da temperatura, a percepção sensitiva e a imagem corporal. Assim, manter a pele íntegra é fundamental para que o organismo possa se defender contra as alterações diversas (HINKLE, CHEEVER, 2020; CARPENITO, 2018).

De acordo com a atual taxonomia diagnóstica de enfermagem, a “Integridade da pele prejudicada” é um diagnóstico real, que se refere à epiderme e/ou derme alteradas devido a fatores externos, que incluem: hipertermia ou hipotermia, substância química, umidade, fatores mecânicos (pressão), imobilização física, radiação, idades extremas, pele molhada, medicações; e fatores internos, tais como: estado metabólico alterado, proeminências esqueléticas, déficit imunológico, fatores de desenvolvimento, sensibilidade alterada, estado nutricional modificado, pigmentação alterada, circulação alterada, mudanças no turgor, estado dos líquidos alterados (CARPENITO, 2018).

O diagnóstico de “Risco de integridade da pele prejudicada” reflete os fatores mencionados e, a partir desses fatores, são direcionadas as prescrições de enfermagem voltadas à prevenção como: avaliação por meio de escalas, reposicionamento do paciente, elevação da cabeceira, elevação de calcâneos com apoio sob as panturrilhas, uso de

travesseiros, coxins e colchão especial, fixação correta de cateteres e drenos, entre outras (BRASIL, 2017; OLKOSKI; ASSIS, 2016).

No curso da internação, muitos pacientes hospitalizados desenvolvem ou já apresentam o risco de perda da integridade da pele, pela interferência de um ou mais desses fatores ou pela piora do quadro clínico que, em muitas situações, resulta na perda do controle das funções motoras e na imobilidade. Isso é particularmente notável na população idosa, pelas características relacionadas ao processo de envelhecimento.

Destaca-se que o Brasil é o sexto país do mundo em número de idosos (OMS, 2015). Nesse contexto, há uma iminente preocupação com essa população por partes dos serviços de saúde, mercado tecnológico, indústria de saúde e cosmética, bem como pela enfermagem, considerando a maior ocorrência das alterações na percepção e restrição da mobilidade corporal nessa faixa etária (> 60 anos), bem como dos fatores de risco para a LPP.

A presença de pacientes hospitalizados com risco de perda de integridade da pele ou com essa condição já instalada causa danos significativos ao paciente, que pode ter sua independência e funcionalidade reduzidas e sua autoestima prejudicada. Logo, uma das repercussões mais danosas observada no aparecimento de LPP é o sofrimento físico e emocional, uma vez que ela envolve dor e alterações graves na pele, sendo necessárias a adoção de medidas preventivas e tratamento precoce (BERNARDES, 2015).

Diante disso, o cuidado de enfermagem a essa clientela deve abarcar as dimensões técnicas-instrumentais e as expressivas. Acerca do cuidado de enfermagem, o conhecimento que o fundamenta deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a ciência e a tecnologia, e a ética, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades (CARVALHO, 2004).

Ampara-se, pois, no entendimento de que o cuidado de enfermagem, historicamente, se constitui no núcleo do objeto de trabalho da enfermagem e se modifica de acordo com a cultura, incorporando questões referentes a: gênero, religião, etnia, ética, bem como a incorporação da evolução tecnológica e científica, no atendimento às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades inseridas numa dada realidade e seu contexto socioeconômico e político (ANSELMINI, 2002).

Na especificidade do fenômeno em estudo, a equipe de enfermagem tem papel fundamental na avaliação e na condução do cuidado das pessoas com risco de LPP, e sua atuação deve estar direcionada para um modelo que preveja considerações sobre as subjetividades e as objetividades dos outros, sendo fundamentado em conhecimento científico, autonomia profissional, assim como a autonomia do indivíduo que é cuidado (XAVIER, 2016).

A área de tratamento de feridas tem ganhado destaque a partir da evolução do conhecimento científico, bem como dos esforços das Sociedades e Associações Internacionais e Nacionais de Enfermagem para evidenciar o cunho científico da prática de enfermagem na área de prevenção e tratamento de feridas.

Os avanços dos estudos sobre tratamento e prevenção de LPP nos últimos anos têm exigido o aprimoramento da equipe de enfermagem sobre o tema, à medida que os achados científicos se renovam e promovem o surgimento de novas tecnologias. Atualmente, existem diretrizes e recomendações internacionais de prevenção e tratamento das LPP que orientam a prática clínica da enfermagem, como as organizadas pelas: *Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*; *European Pressure Ulcer Advisory Painel – EPUAP*; *National Pressure Injury Advisory Panel – NPIAP* e *National Institute for Health and Care Excellence – NICE* (GALVÃO et al., 2017).

As primeiras diretrizes clínicas relacionadas à prevenção e tratamento das LPP foram publicadas nos EUA na década de 90. Em 2009 essas diretrizes foram ampliadas por meio de uma colaboração internacional entre o EPUAP e o *National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP*, entidades sem fins lucrativos que se dedicam à prevenção e tratamento das LPP, além da colaboração de diversos organismos, entidades, associações e especialistas de mais de 60 países. Já em 2014 somados ao *Pan Pacific Pressure Injury Alliance – PPPIA*, produziram a segunda edição das diretrizes, com ampliação do seu escopo, com acréscimo da categoria de LPP relacionadas a dispositivos médicos (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

No ano de 2016, por meio de uma conferência com a participação de mais de 400 profissionais especialistas, o NPUAP, hoje NPIAP, redefiniu a nomenclatura úlcera por pressão para lesão por pressão, bem como modificou o sistema de classificação de seus estágios, modificação que foi adotada pela EPUAP e a *Japanese Society of Pressure Ulcers*. No Brasil, foram validadas para o português por Caliri et. al. (2016) com o apoio da

Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE).

O NPIAP e o EPUAP junto com a PPPIA publicaram em 2019 a última versão das Diretrizes de Prevenção e Tratamento de LPP. Entre as principais medidas preventivas estão: avaliação diária da integridade da pele com a utilização de escalas específicas; proteção da pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento; manejo do estado nutricional; manutenção da hidratação da pele; redistribuição da pressão por meio da mudança de decúbito, por exemplo; incentivo à mobilização precoce, respeitando as condições clínicas do paciente e; utilização de dispositivos apropriados para alívio da pressão, entre outras (NPIAP, EPUAP, PPPIA, 2019).

Essa última atualização acrescentou medidas específicas para o cenário da pandemia do COVID-19, incluindo medidas de prevenção relacionadas com a posição prona. Isso porque estudos clínicos randomizados demonstraram melhora na oxigenação e redução da mortalidade com este tipo de posicionamento do paciente, em contrapartida, muitos pontos de pressão devem ser constantemente avaliados e novas medidas preventivas devem ser adotadas (GRIFFITHS et. al, 2019; NPIAP, 2020).

Apesar dos avanços obtidos com a publicação desse conjunto de diretrizes, poucos hospitais no Brasil e suas respectivas equipes de enfermagem as incorporam formalmente em sua totalidade, fato que resulta em iniciativas individualizadas e descontínuas da sua implementação, com menor probabilidade de que essas medidas preventivas tenham eficácia e reduzam o risco da LPP.

Com o objetivo de promover a segurança do paciente no que se refere à manutenção da integridade da pele, reduzindo os índices de LPP no contexto brasileiro, em 2017 a ANVISA publicou a Nota Técnica GVIMS/GGTES número 03/2017: “Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde”. Essa nota possui recomendações direcionadas aos gestores e aos núcleos de segurança do paciente, com ênfase no gerenciamento de riscos, e aos profissionais de saúde, no contexto da equipe de enfermagem, com foco nas medidas preventivas à LPP, quais sejam:

- Realização de avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação;

- Realização de avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos;
- Uso de colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão;
- Uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares;
- Manutenção da higiene corporal, mantendo a pele limpa e seca;
- Hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes;
- Manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas;
- Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário;
- Mudança de posição a cada duas horas para reduzir a pressão local;
- Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão (BRASIL, 2017 pg. 10).

Na tentativa de levantar evidências atuais acerca das medidas preventivas à LPP, possibilitando o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, realizou-se uma revisão da produção científica partindo da questão estruturada através do mnemônico PICo: Quais são as evidências atuais sobre as medidas para a prevenção da ocorrência de LPP (fenômeno de interesse) em pacientes hospitalizados (contexto) empregadas pelos profissionais de enfermagem (população)?

Foi feita a busca de artigos científicos no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021 em periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), por meio da interface com o PubMed, ambas acessadas através do Portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Para tanto foram empregados descritores em cada base de dado, selecionados via Descritores em Ciências da Saúde – DECS e *Medical Subject Headings* – MESH, quais sejam: lesão por pressão, cuidados de enfermagem e prevenção. Esses descritores, por sua vez, foram combinados entre si por meio dos conectores booleanos “AND” e “OR”, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. O Quadro 03 ilustra tais cruzamentos utilizados na busca.

Quadro 03 – Estratégias de busca nas bases de dados

LILACS via Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – (mh:(“prevenção de doenças” OR “medicina preventiva” OR “prevenção primária”) OR tw:(preven*)) AND (mh:(“equipe de enfermagem” OR “cuidados de enfermagem” OR “auxiliares de enfermagem” OR “padrões de prática em enfermagem” OR “enfermagem” OR “profissionais de enfermagem” OR “recursos humanos de enfermagem” OR “recursos humanos de enfermagem no hospital” OR “serviço hospitalar de enfermagem” OR “serviços de enfermagem” OR “técnicos de enfermagem”) OR tw:(enfermagem OR nursing OR enferme*)) AND (mh:(“lesão por pressão” OR “úlceras” OR “úlceras cutâneas”) OR tw:(“lesão por pressão” OR “lesões por pressão” OR “úlceras de pressão” OR “úlceras de pressão” OR “úlceras por pressão” OR “úlceras por pressão” OR escara* OR “úlceras de decúbito” OR “úlceras de decúbito” OR “pressure injury” OR “pressure injuries” OR “pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “skin ulcer” OR “skin ulcers” OR “bed sores” OR “bed sore” OR bedsore* OR “decubitus ulcer” OR “decubitus ulcers” OR “pressure sore” OR “pressure sores” OR “pressure ulcers” OR “Lesión por Presión” OR “Úlcera por Decúbito” OR “Llaga por Presión”)) AND (instance:“regional”)

MEDLINE via PubMed – (“Preventive Medicine”[MeSH Terms] OR “Primary Prevention”[MeSH Terms]) OR (preven*[Title/Abstract]) AND (“Nursing”[MeSH Terms] OR “Nurses”[MeSH Terms] OR “Licensed Practical Nurses”[MeSH Terms] OR “Nursing Care”[MeSH Terms] OR “Nurses’ Aides”[MeSH Terms] OR “Nursing Services”[MeSH Terms] OR “Nurse Practitioners”[MeSH Terms] OR “Nursing Staff”[MeSH Terms] OR “Nursing Staff, Hospital”[MeSH Terms]) OR (Nursing[Title/Abstract]) AND (“Pressure Ulcer”[MeSH Terms] OR “Ulcer”[MeSH Terms] OR “Skin Ulcer”[MeSH Terms]) OR (“pressure injury”[Title/Abstract] OR “pressure injuries”[Title/Abstract] OR “Pressure Ulcer”[Title/Abstract] OR “pressure ulcers”[Title/Abstract] OR “Skin Ulcer”[Title/Abstract] OR “Skin Ulcers”[Title/Abstract] OR “Bed Sores”[Title/Abstract] OR “Bed Sore”[Title/Abstract] OR bedsore[Title/Abstract] OR bedsore[Title/Abstract] OR bedsores[Title/Abstract] OR “Decubitus Ulcer”[Title/Abstract] OR “Decubitus Ulcers”[Title/Abstract] OR “Pressure Sore”[Title/Abstract] OR “Pressure Sores”[Title/Abstract] OR “Pressure Ulcers”[Title/Abstract]) AND (“2013/01/01”[PDAT] : “2019/11/07”[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND (“adult”[MeSH Terms]) NOT Review[ptyp]

CINAHL – (((MH “Preventive Health Care”) OR (MH “Pressure Ulcer Prevention (Iowa NIC)”) OR (AB (preven*) OR TI (preven*))) AND ((MH “Nurse Practitioners”) OR (MH “Nurses”) OR (MH “Diploma Nurses”) OR (MH “Practical Nurses”) OR (MH “Registered Nurses”) OR (MH “Staff Nurses”) OR (MH “Nursing Assistants”) OR (MH “Nursing Care”) OR (MH “Nursing Practice”) OR (MH “Practical Nursing”) OR (AB (nursing) OR TI (nursing)))) AND (((MH “Pressure Ulcer”) OR (MH “Pressure Ulcer Stage 1 Care (Saba CCC)”) OR (MH “Pressure Ulcer Care (Saba CCC)”) OR (MH “Heel Ulcer”) OR (MH “Pressure Ulcer Prevention (Iowa NIC)”) OR (MH “Pressure Ulcer Care (Iowa NIC)”) OR (AB (“pressure injury” OR “pressure injuries” OR “pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “skin ulcer” OR “skin ulcers” OR “bed sores” OR “bed sore” OR bedsore* OR “decubitus ulcer” OR “decubitus ulcers” OR “pressure sore” OR “pressure sores” OR “pressure ulcers”) OR TI (“pressure injury” OR “pressure injuries” OR “pressure ulcer” OR “pressure ulcers” OR “skin ulcer” OR “skin ulcers” OR “bed sores” OR “bed sore” OR bedsore* OR “decubitus ulcer” OR “decubitus ulcers” OR “pressure sore” OR “pressure sores” OR “pressure ulcers”))))

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os critérios utilizados para a seleção do corpus de análise foram: publicações no formato de artigo científico; no recorte temporal de abril de 2013 a dezembro de 2020, justificado pela criação em 2013 do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que estabeleceu como uma de suas metas a prevenção da LPP; nos idiomas inglês, português ou

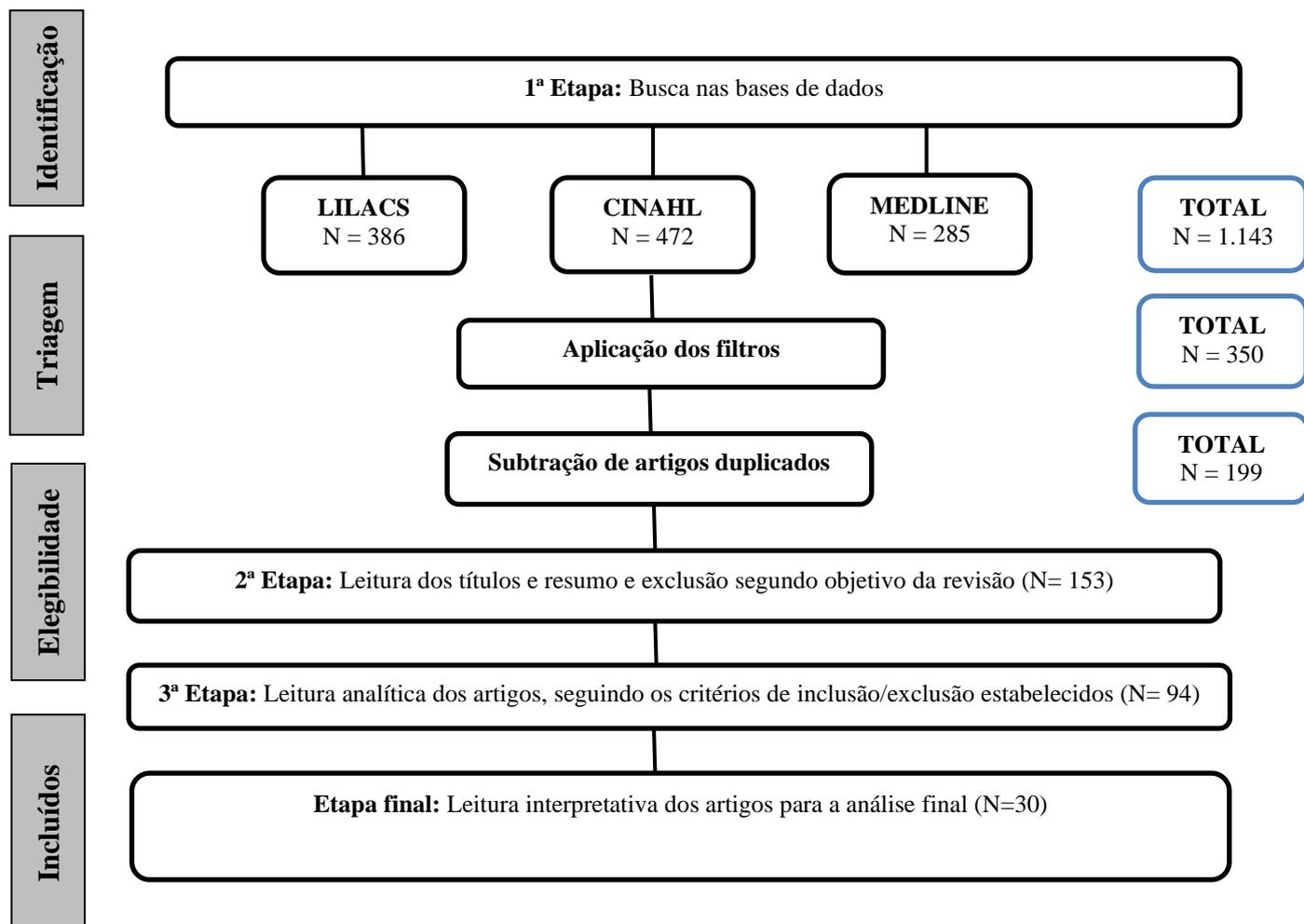
espanhol; cujos textos estivessem disponíveis de modo integral; e que abordassem a temática da lesão por pressão. Como critérios de exclusão: estudos no formato de revisões, teóricos ou de relato de experiência; que abordavam tratamento e/ou impactos clínicos, econômicos e sociais associados à ocorrência da LPP; que se referiam ao ambiente domiciliar.

Foram localizados inicialmente com a aplicação dos descritores e dos booleanos o total de 1.143 artigos, sendo 386 na base LILACS, 285 no Medline/Pubmed e 472 na CINAHL. Após a aplicação dos filtros na própria base de dados (recorte temporal da publicação e texto completo disponível), o número de artigos foi reduzido para 350 (199 LILACS, 73 Medline/Pubmed e 78 CINAHL). Passou-se então à verificação de duplicatas, sendo considerados elegíveis para as fases seguintes do processo de seleção 199 artigos.

Na segunda etapa foram lidos os títulos e resumos desses estudos, com exclusão dos que não tinham alinhamento com o objetivo geral desta revisão. Após essa leitura exploratória, permaneceram 153 artigos. Na fase de pré-análise, em que se procedeu a leitura flutuante dos conteúdos, foram excluídos 59 artigos que não contribuíam para responder à questão de pesquisa. Na terceira etapa, durante o processo de leitura analítica dos 94 estudos restantes, consideraram-se os seguintes critérios de exclusão: (a) *tipo de estudo*: artigos teóricos, de revisão e relatos de experiência; (b) *foco do estudo*: aqueles que abordavam tratamento e/ou impactos clínicos, econômicos e sociais associados à ocorrência da LPP; (c) *contexto do estudo*: desenvolvidos em ambiente domiciliar. Com a aplicação desses critérios, 64 produções foram excluídas, restando 30 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. A Figura 01 ilustra as etapas realizadas para a seleção do corpus.

A esse corpus final de 30 estudos empregou-se protocolo de leitura para a coleta das informações principais (APÊNDICE – A), quais sejam: ano de publicação; título do estudo; formação dos autores; objetivo; periódico publicado; método utilizado e resultados encontrados. Realizou-se então leitura interpretativa com vistas a elencar os principais resultados e contribuições do artigo, hierarquização das ideias principais e interface com a questão de pesquisa na compreensão do fenômeno de investigação. A partir disso, procedeu-se a agregação dos resultados e síntese para a apreensão das evidências, as quais estão apresentadas sob a forma de unidades síntese.

Figura 01 – Fluxograma do processo de seleção de artigos da revisão integrativa



Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, os 30 foram publicados em revistas da área da saúde; em relação a autoria principal, todos os primeiros autores foram enfermeiras (os); quanto ao tipo de delineamento do estudo, verificou-se prevalência de abordagens metodológicas do tipo quantitativa (90%), sendo três estudos (10%) de abordagem qualitativa. No que concerne aos países de origem dos artigos selecionados, destacou-se o Brasil com 15 artigos publicados (50%), seguido pela Etiópia com três, Austrália, México e Índia tiveram dois cada e Espanha, China, Colômbia, Cuba, Irã, e Turquia publicaram um artigo. Houve maior concentração de artigos nos anos de 2018 e 2019, com oito artigos publicados em cada ano, seguido de 2017 com quatro artigos. Os anos de 2013 e 2016 tiveram três artigos cada e 2014 e 2015 dois artigos.

Após a aplicação do protocolo de leitura interpretativa aos artigos selecionados, ocorreu a organização e sumarização das informações em quadros sinóticos, a análise quanto às evidências que veiculavam e o estabelecimento das aproximações entre si na interface com o fenômeno de investigação. Isso resultou na constituição das unidades síntese de evidência, a partir das quais se deu a análise em relação à questão de pesquisa.

A apresentação dessas unidades é feita primariamente por meio de um quadro sinótico, composto pelos dados: título do artigo, ano, revista, país, objetivos, desenho metodológico, resultados e conclusões das publicações. Em seguida, é apresentada a síntese da agregação dos resultados em atendimento à questão de pesquisa levantada na revisão.

No processo de análise interpretativa verificou-se que 10 artigos (33,3%) abordavam o conhecimento da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à LPP; 08 (26,6%) se relacionavam às práticas de prevenção adotadas pelos profissionais; e 12 (40%) às novas tecnologias aplicadas ao cuidado preventivo da LPP. Assim, as unidades síntese foram assim organizadas:

2.1.1 Fatores relacionados à prevenção da LPP: conhecimento, atitude e barreiras ao cuidado dos profissionais de enfermagem

Os resultados dos 16 estudos agregados nesta unidade síntese das evidências trataram: a) do conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção da LPP, os fatores associados ao nível de conhecimento desses profissionais e da testagem de intervenções educativas voltadas ao aumento do nível de conhecimento; b) da avaliação da atitude dos profissionais frente à prevenção da LPP; c) do levantamento das barreiras percebidas ao cuidado preventivo.

Dessa feita, as investigações incluídas nesta seção reiteraram a importância de se considerar como fatores que impactam na dimensão prática do cuidado preventivo prestado pelos profissionais de enfermagem à LPP: o conhecimento sobre as diretrizes de prevenção da LPP, a atitude dos profissionais quanto às medidas de prevenção e as variáveis do contexto institucional que incidem na forma como esse cuidado é realizado. O Quadro 04 traz a síntese dos estudos presentes nessa unidade de análise.

Quadro 04 – Quadro sinóptico dos estudos incluídos na unidade de evidência 2.1.1

Estudo	Título do artigo	Ano de publicação	País	Objetivo(s)	Metodologia	Resultados	Conclusões/ Recomendações
E1	Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão	2017	Brasil	Descrever e analisar os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca da classificação, avaliação e medidas de prevenção de UP em pacientes internados na UTI.	Estudo quantitativo N=40 participantes 14 enfermeiros e 26 técnicos e 26 auxiliares de enfermagem.	Quanto ao desempenho global de ambos os grupos na categoria medidas de prevenção de UP, verificou-se que os técnicos/ auxiliares obtiveram porcentagem média de 65,1% de acertos e os enfermeiros de 52,9%. As médias globais de acertos de todas as categorias foram 63,4% para os técnicos/auxiliares e 51,4% para os enfermeiros, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos na categoria de prevenção de UP (p<0,001).	Verificou-se déficit de conhecimentos sobre a prevenção de UP entre enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, tornando mandatória a capacitação desses profissionais.
E2	Australian nurses' knowledge of Pressure Injury Prevention and Management	2019	Austrália	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre lesões por pressão e, com base nos resultados, implementar estratégias educacionais para melhorar a prática	Estudo quantitativo N=306 enfermeiros	A pontuação média geral de conhecimento foi de 65%; aproximadamente dois terços da amostra (68%) pontuaram 60% ou mais, refletindo um nível de conhecimento insatisfatório de prevenção de lesões por pressão. As pontuações médias mais baixas foram encontradas na subescala “descrição da ferida”. Os participantes que buscaram informações sobre lesões por pressão pela Internet ou leram as diretrizes tiveram pontuação significativamente maior do que aqueles que não o fizeram.	Os resultados identificaram déficit no conhecimento sobre lesões por pressão, principalmente o conhecimento relacionado à identificação da lesão.

E3	A descriptive study of Turkish Intensive care nurses' pressure ulcer prevention knowledge, attitudes, and perceived barriers to care	2019	Turquia	Identificar conhecimentos, atitudes e percepções de enfermeiros de unidades de terapia intensiva de seis hospitais na Turquia sobre prevenção de UP e quanto às barreiras ao cuidado.	Estudo quantitativo N=390 enfermeiros de UTI	Os enfermeiros de UTI apresentaram baixo nível de conhecimento, mas atitudes positivas em relação à prevenção de UP. As barreiras mais comumente citadas para a prevenção de UP foram níveis insuficientes de pessoal (85,6%) e materiais e equipamentos de redistribuição de pressão (82,6%). As variáveis que afetaram as atitudes dos enfermeiros foram: autossuficiência na avaliação do risco de UP ($\beta = 0,28$), disposição para aprender mais sobre a prevenção de UP ($\beta = -0,15$), sexo ($\beta = -0,15$) e pontuação de conhecimento ($\beta = 0,14$).	Políticas e procedimentos devem ser desenvolvidos para aumentar os níveis de conhecimento dos enfermeiros da UTI e remover barreiras para as práticas ideais de prevenção de UP.
E4	Conhecimento de enfermeiros sobre prevenção e cuidados de lesão por pressão	2019	Brasil	Identificar o conhecimento dos enfermeiros assistenciais quanto à prevenção e aos cuidados com LPP em unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário de Brasília.	Estudo quantitativo N=38 enfermeiros	78,9% acertaram entre 70 e 89% das questões e somente dois enfermeiros (5,2%) obtiveram nota igual ou maior a 90% de acerto. Os itens de menor acerto foram relacionados ao uso de dispositivos, como luva d'água (23,6%), almofadas (23,6%), e em relação ao posicionamento e reposicionamento, além da massagem em proeminências ósseas.	Houve um pequeno déficit do conhecimento da equipe de enfermagem deste hospital, o que pode comprometer a assistência ao paciente em risco para LPP.

E5	Conhecimento dos enfermeiros sobre classificação e prevenção de Lesão por Pressão	2019	Brasil	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre classificação e prevenção LPP.	Estudo quantitativo N=26 enfermeiros	Quanto aos acertos, 74% dos enfermeiros acertaram entre 80 e 90% do teste; 9% entre 60 e 69%; 9% entre 70 e 79% do teste; e 9% acertaram acima de 90%.	A maioria dos profissionais demonstrou conhecimento sobre o tema, entretanto esse demonstrou-se insatisfatório sobre LPP e suas medidas preventivas.
E6	Knowledge, attitude and barriers in nurses towards Prevention measures of pressure ulcers	2017	México	Identificar o nível de conhecimento, atitude e barreiras às medidas de prevenção de úlceras por pressão em pessoal de enfermagem que trabalha em serviços de internação de adultos.	Estudo quantitativo N=119 enfermeiros e auxiliares de enfermagem	Identificou-se 53,78% de respostas corretas no teste de conhecimento. A atitude apresentada foi positiva. As barreiras identificadas na prevenção foram: falta de pessoal (81,51%), pacientes que não cooperam (67,22%) e falta de tempo (64,70%). Na intervenção (execução dos cuidados preventivos beira leito): falta de auxiliares para mobilização (91,59%), falta de enfermeiros (80,67%) e falta de tempo (72,26%).	Os participantes apresentaram baixo conhecimento sobre as medidas de prevenção, porém com uma atitude positiva. A equipe de enfermagem que trabalhava em UTI e Clínica Médica apresentou melhor postura e as barreiras mais comuns foram a falta de enfermeiros, tempo e pessoal para auxiliá-los na mobilização.
E7	Nursing staff knowledge concerning prevention and treatment of pressure ulcers	2017	México	Determinar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção e tratamento de úlceras de pressão.	Estudo quantitativo N=102 enfermeiros	A pontuação de conhecimento global foi de 60,4%. Por categoria, em geral 56%, na categoria prevenção 63% e na categoria tratamento 62,2%. Quanto maior o grau de estudos, maior foi o conhecimento sobre UP.	O nível de conhecimento sobre UP foi insuficiente. Houve falta de atualização sobre o tema, o que demanda a implantação de cursos de atualização e melhorias na assistência.

E8	Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design	2019	Etiópia	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros para aumentar a prevenção de úlceras em hospitais públicos de Wollega.	Estudo quantitativo N=212 enfermeiras	91,5% possuíam conhecimentos inadequados para prevenção de UP. Os participantes tiveram a pontuação média de item mais alta no tema nutrição, enquanto, pontuaram mais baixo em etiologia e desenvolvimento e medidas preventivas para reduzir a duração da pressão. Enfermeiros que leram artigos e receberam treinamento foram associados ao mais alto nível de conhecimento. Falta de dispositivos de alívio pressão, falta de pessoal e falta de treinamento foram as principais barreiras percebidas.	Os resultados indicaram áreas que requerem medidas para facilitar a prevenção de úlceras de pressão em hospitais, como aumentar o treinamento regular de enfermeiros em relação à prevenção a úlcera de pressão.
E9	Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention	2018	Etiópia	Explorar a atitude dos enfermeiros sobre prevenção de úlceras de pressão e identificar barreiras percebidas pelos enfermeiros da equipe para a prevenção de úlceras por pressão nos hospitais em Addis Ababa, Etiópia.	Estudo quantitativo N=116 enfermeiros de hospitais públicos Multicêntrico	52,2% dos enfermeiros apresentaram atitude negativa em relação à prevenção. As barreiras para colocar em prática as estratégias de prevenção foram: carga de trabalho elevada e quadro de pessoal inadequado (falta de vínculo) (83,1%), escassez de recursos/ equipamentos (67,7%) e treinamento inadequado (63,2%).	As enfermeiras tiveram uma atitude negativa em relação à prevenção da UP. Além disso, existem várias barreiras para a implementação de protocolos de prevenção de úlceras de pressão nos hospitais públicos estudados.
E10	Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia	2015	Etiópia	Avaliar o conhecimento, a prática e os fatores associados à prevenção de úlceras por pressão entre enfermeiras do Hospital Universitário de Gondar, Noroeste da Etiópia.	Estudo quantitativo N=248 enfermeiras	Quase metade dos enfermeiros tinha bons conhecimentos; 48,4% indicavam boas práticas de prevenção da UP. Nível educacional, experiência de trabalho e ter treinamento formal foram significativamente associados ao maior conhecimento sobre prevenção de úlcera por pressão. A insatisfação com a liderança de enfermagem, a falta de pessoal e instalações e equipamentos inadequados foram associados negativamente à prática de prevenção de úlcera por pressão.	O conhecimento e a prática dos enfermeiros sobre a prevenção da úlcera por pressão foram considerados inadequados. Ter maior nível de escolaridade, participação em treinamentos e ter experiência, estiveram associados positivamente ao conhecimento; enquanto a escassez de instalações e equipamentos, a insatisfação com a liderança da enfermagem e o número inadequado de funcionários mostraram associação negativa com a prática de prevenção de úlcera por pressão do enfermeiro.

Legenda: UTI – Unidade de Terapia Intensiva; UP- Úlcera por pressão; LPP – Lesão por pressão

A agregação das evidências dessa unidade síntese indicou existir um déficit de conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da prevenção da LPP. Assim, os Testes de Avaliação do Conhecimento aplicados aos estudos incluídos evidenciaram que a maior parte dos profissionais foi classificada dentro do intervalo de avaliação em que o conhecimento sobre a LPP é categorizado como insatisfatório (E13, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E25), embora, em menor proporção, os profissionais também tenham apresentado conhecimento adequado (E23); como variáveis associadas ao maior nível de conhecimento se destacaram: a leitura de artigos, diretrizes, informações na internet e treinamento (E15, E25, E23), o maior grau de formação (E20, E23), experiência no trabalho (E23).

As intervenções que se mostraram efetivas e/ou com potencial de proporcionar a melhoria do conhecimento, do raciocínio crítico-reflexivo e da prática dos profissionais sobre a LPP foram: o uso de metodologias ativas para o ensino da LPP (E14); campanhas educativas institucionais sobre prevenção da LPP (E22); uso de pacote de medidas preventivas (*bundles* – E24).

A atitude dos profissionais em relação à prevenção variou entre negativa (E21) e positiva (E16, e E19). Quanto às principais barreiras ao cuidado preventivo percebidas pelos profissionais de enfermagem destacaram-se: níveis insuficientes de pessoal/pessoal inadequado (falta de vínculo) (E16, E19, E21, E23, E25); falta/inadequação de instalações, materiais e equipamentos (de alívio da pressão), (E16, E21, E23, E25); falta de tempo (E19); pacientes que não cooperam (E19); carga de trabalho elevada (E21); treinamento inadequado (E21, E25); insatisfação com a liderança de enfermagem (E23).

2.1.2 Prática da equipe de enfermagem na prevenção à LPP: qualidade, impactos clínicos e facilitadores/dificultadores

Esta unidade síntese reuniu as pesquisas que trouxeram as características das práticas de prevenção implementadas pelos profissionais de enfermagem e os impactos clínicos dessas práticas na ocorrência de LPP. Nesse sentido, de um modo geral, os estudos descreveram as ações realizadas pelos profissionais e avaliaram a qualidade tais ações à luz das recomendações presentes nas principais diretrizes nacionais e internacionais sobre esse tema, em vista da qualidade da assistência ao paciente hospitalizado e garantia da sua segurança. Apontaram-se, ainda, fatores que repercutem na implementação prática das medidas

preventivas, facilitando ou dificultando essa incorporação pelos profissionais no cotidiano assistencial. O Quadro 05 sintetiza os principais achados obtidos pelas investigações que integraram essa unidade de análise dos dados da revisão.

Quadro 05 – Quadro sinóptico dos estudos incluídos na unidade de evidência 2.1.2

Estudo	Título do artigo	Ano de publicação	País	Objetivo(s)	Metodologia	Resultados	Conclusões/ Recomendações
E11	Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista	2013	Brasil	Analisar a atuação dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva na prevenção da úlcera por pressão.	Estudo qualitativo N=13 enfermeiros de UTI	Os enfermeiros reportaram a realização da mudança de decúbito, a avaliação de risco, a discussão com os colegas sobre as medidas adotadas, a higiene e hidratação da pele do paciente através de uso de ácidos graxos essenciais e hidratante corporal, o cuidado com a disposição dos lençóis de forma a evitar dobras, a utilização de colchão de ar e a aplicação de placas de hidrocolóide nas proeminências ósseas. Houve relatos divergentes dos profissionais quanto às condutas realizadas na prática.	Os autores concluíram que a prática da prevenção das úlceras por pressão aplicada pelos enfermeiros da unidade de terapia intensiva ocorre sem padronização dos cuidados, recomendando-se o uso de protocolos e a qualificação dos enfermeiros.
E12	Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas	2013	Brasil	Identificar as atividades de prevenção e tratamento de úlceras de pressão (UP) planejadas e/ou implementadas pelos enfermeiros para pacientes críticos na UTI; investigar a importância atribuída por esses profissionais às intervenções planejadas e/ou implementadas; e identificar as dificuldades que eles encontram para executar as suas ações na prevenção e no tratamento da UP.	Estudo qualitativo N=09 enfermeiros de UTI	Houve destaque para a mudança de decúbito entre as medidas de prevenção e o curativo como o principal cuidado no tratamento da úlcera por pressão. Os enfermeiros apontaram como dificuldades: deficiências nos recursos humanos, em número e capacitação; falta de adesão da equipe às medidas; e disponibilidade dos recursos materiais para promover conforto e segurança ao paciente. Os enfermeiros atribuíram importância à prevenção e ao tratamento da LPP como forma de reduzir o tempo de permanência do paciente na UTI e, conseqüentemente, os custos hospitalares, de melhorar o prognóstico do paciente e prevenir infecções.	As dificuldades apontadas pelos próprios profissionais para planejar as ações de caráter preventivo indicam a necessidade de qualificá-los para avaliar o risco de o paciente desenvolver UP. Recomenda-se o desenvolvimento de um protocolo, em face da falta de padronização das ações da equipe de enfermagem.

E13	Practices followed by nurses for prevention of pressure ulcer among patients admitted in Tertiary Rural Care Hospital	2019	Índia	Avaliar as práticas expressas entre os enfermeiros em relação à prevenção de úlcera de pressão em pacientes e desenvolver diretrizes para cuidados em pontos de pressão.	Estudo quantitativo N=157 enfermeiras	Foram realizadas práticas minimamente adequadas pela maioria dos enfermeiros (93,35%), seguida por 5,73% de boas práticas e 1,91% de práticas inadequadas de prevenção de úlcera por pressão. Constatou-se que as enfermeiras não avaliam o paciente quanto ao risco e/ou à presença de úlcera por pressão, nem utilizam qualquer ferramenta de avaliação de risco. Diante disso, foram desenvolvidas "Diretrizes para a prevenção de úlceras de pressão".	Pacientes com úlceras por pressão muitas vezes sofrem de dor e podem desenvolver lesões de alto estágio. Recomenda-se o uso de uma ferramenta de avaliação de risco visando a identificação precoce e prevenção do desenvolvimento da úlcera por pressão.
E14	Nurses' practice related to prevention of Pressure Ulcer among patients and factors inhibiting and promoting these practices	2014	Índia	Avaliar as práticas dos enfermeiros em relação à prevenção de úlcera por pressão e identificar os fatores que inibem e promovem tais práticas.	Estudo quantitativo N=100 enfermeiras de unidades médico-cirúrgicas	A maioria dos enfermeiros (87%) estava realizando práticas adequadas para prevenção da úlcera por pressão e apenas duas enfermeiras estavam fazendo boas práticas. Fatores identificados pelos enfermeiros como promotores da prática de prevenção: uso de ferramenta de avaliação de risco; uso de protocolo de prevenção; trabalho em equipe e colaboração; supervisão da prática. Os fatores identificados como inibidores foram: falta de confiança na realização das atividades; suprimentos inadequados para cuidados com a pele; maior envolvimento de enfermeiras em atividades não relacionadas ao atendimento ao paciente; déficit de conhecimento no uso de equipamentos e produtos para a pele; falta de cooperação do paciente em seguir os comandos; falta de treinamento e educação de pessoal.	A prática do enfermeiro em relação à prevenção de úlcera por pressão não foi considerada apropriada. Recomendou-se o fortalecimento das ações promotoras da prevenção, como a utilização de protocolos em consonância com a literatura científica.
E15	Cultura organizacional: prevenção, tratamento e gerenciamento de risco da lesão por pressão	2018	Brasil	Identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a prevenção e tratamento da lesão por pressão (LPP) na gestão da assistência ao paciente hospitalizado.	Estudo quantitativo N=197 profissionais de enfermagem	Entre os fatores dificultadores identificados, destacou-se que 59% dos entrevistados desconhecem o protocolo de prevenção de LPP; 27% não utilizam a avaliação clínica para dimensionamento diário dos profissionais; 52% acreditam não existir elementos facilitadores; e 76% afirmam existir elementos dificultadores para a prevenção de LPP, dentre os quais: o processo de trabalho (55,9%); seguido de recursos humanos (45,2%).	A prevenção e o tratamento da LPP necessitam da gestão compartilhada, com ações integradas entre os executores da assistência. As dificuldades levantadas para a efetivação de medidas de prevenção pelos profissionais de enfermagem ocasionam impacto negativo na assistência prestada.

E16	Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de Centros de Terapia Intensiva	2018	Brasil	Descrever as ações de enfermagem prescritas por enfermeiros para a prevenção de lesões por pressão e sua ocorrência em Centros de Terapia Intensiva.	Estudo quantitativo N=104 enfermeiros	Foi encontrada associação estatística entre as ações de mudança de decúbito, aplicação de cobertura hidrocolóide em região sacral, realização de higiene externa, troca de fixação do cateter orotraqueal e/ou cateter nasoenteral e a inspeção da pele com a ausência de lesões por pressão. A ocorrência de lesões por pressão foi encontrada em 49% dos clientes em ambas as instituições investigadas.	A elaboração e implementação de protocolos, o acompanhamento dos registros e dos grupos de maior risco são estratégias que direcionam a prescrição de ações preventivas adequadas para lesões por pressão.
E17	Compliance with nursing activities in the prevention of pressure ulcers	2016	Cuba	Identificar a adesão às atividades de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão.	Estudo quantitativo N=97 enfermeiras e auxiliares de enfermagem	45,36% da amostra atingiu o nível de não adesão às ações de prevenção e 35,05% obtiveram nível excelente de adesão. Os critérios de conformidade mais utilizados na prevenção das úlceras por pressão foram: executar o plano de cuidados e utilizar os elementos disponíveis na prevenção com 54,53% e registrar os fatores de risco com 53,60%; os menos empregados: avaliar o risco por meio de escalas reconhecidas e reavaliar e ajustar de acordo com a condição do paciente, com 58,76% cada.	Houve variação do nível da adesão nas unidades estudadas, oscilando de baixa à excelente adesão às ações de prevenção pelos profissionais. A fragilidade na aplicação das escalas confirma a importância do cumprimento das atividades de prevenção como indicador da qualidade da assistência de enfermagem.
E18	Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva.	2019	Brasil	Descrever as intervenções dos enfermeiros para a prevenção de lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto.	Estudo quantitativo N=13 enfermeiros	Intervenções preventivas realizadas pelos enfermeiros compreenderam: a avaliação da atividade-mobilidade dos pacientes e o exame físico em sua admissão. Já as intervenções de enfermagem para a prevenção de lesão por pressão prescritas pelos enfermeiros para a equipe de enfermagem da UTI: a manutenção do paciente com pele hidratada, alternância de decúbito, higiene corporal e a utilização de colchão piramidal.	Os enfermeiros utilizam intervenções significativas na prevenção de lesão por pressão, porém, ainda existem lacunas na assistência prestada, uma vez que estas precisam estar melhor respaldadas cientificamente para que as medidas mais eficazes sejam implementadas.

Legenda: UTI–Unidade de Terapia Intensiva; UP–Úlcera por pressão; VM–Ventilação Mecânica; LPP–Lesão por pressão;

Os cuidados preventivos à LPP implementados pela equipe de enfermagem destacados nos estudos (E1, E2, E9, E11) dessa unidade-síntese foram: a realização da mudança de decúbito, a avaliação de risco (pele, mobilidade, exame físico geral), a discussão com os colegas sobre as medidas adotadas, a higiene e hidratação da pele do paciente através de uso de ácidos graxos essenciais e hidratante corporal, a atenção com a disposição dos lençóis, a utilização de colchão de ar/piramidal, a aplicação de placas de hidrocolóide, a realização de higiene externa, a troca de fixação do cateter orotraqueal e/ou cateter nasoenteral. A análise indicou baixa qualidade dessas ações de cuidado em relações às diretrizes de prevenção da ocorrência da LPP. Assim, os estudos apontaram existir: menor índice de boas práticas de prevenção (E3, E4); falta de padronização/lacunas assistenciais dessas práticas (E1, E2, E11); baixa adesão aos cuidados preventivos pelos profissionais de enfermagem (E7, E10).

Os fatores facilitadores/dificultadores dessa prática de cuidado (E4, E5) abarcaram: a) dificultadores: falta de confiança nas atividades de prevenção; suprimentos inadequados para cuidados com a pele; maior envolvimento de enfermeiras em atividades não relacionadas ao atendimento ao paciente; déficit de conhecimento no uso de equipamentos e produtos para a pele; falta de cooperação do paciente; falta de treinamento e educação de pessoal acerca das diretrizes/protocolos da LPP; dimensionamento inadequado dos profissionais. B) promotores: uso de ferramenta de avaliação de risco; uso de protocolo de prevenção; trabalho em equipe e colaboração; supervisão da prática.

2.1.3 Tecnologias para o cuidado preventivo em relação à LPP

As evidências científicas sintetizadas nessa unidade apontaram para o surgimento de novas tecnologias e para o aumento da funcionalidade de outras já existentes, as quais ampliam as possibilidades da prática do cuidar em enfermagem no que concerne às medidas preventivas à LPP. Assim, retrata-se nesta seção a análise da efetividade de algumas intervenções preventivas em relação à ocorrência dos sinais de LPP. Os estudos incluídos abordaram a aplicação de tecnologias de produto e de cuidados de enfermagem (processos) e o impacto potencial do uso de tais intervenções na diminuição do risco de desenvolvimento de LPP e da sua progressão de estágio, conforme se verifica no Quadro 06.

Quadro 06 – Quadro sinóptico dos estudos incluídos na unidade de evidência 2.1.3

Estudo	Título do artigo	Ano de publicação	País	Objetivo(s)	Metodologia	Resultados	Conclusões/ Recomendações
E19	Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento.	2019	Brasil	Verificar a efetividade da intervenção educativa por meio da avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção de lesão por pressão.	Estudo quantitativo N= 95 enfermeiros de hospital Intervenção: estratégia de ensino, com emprego de metodologia ativa e o ensino híbrido	A média de acertos obtida pelos enfermeiros foi de 78,8% no pré-teste e 88,8% nos pós teste, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O menor percentual de acertos se deu em outros três itens relacionados ao uso de massagem em áreas hiperemiadas, ao uso de luvas d'água ou de ar e almofadas tipo roda d'água na prevenção de LPP. Após a intervenção educativa, observou-se que houve melhora considerável nesses itens, visto que apresentam uma média de percentual de acertos de 86,6%.	A intervenção educativa desenvolvida foi efetiva, uma vez que contribuiu para o aprimoramento do conhecimento dos enfermeiros.
E20	Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa	2016	Brasil	Avaliar a efetividade de uma campanha para prevenção de úlcera por pressão em um hospital de ensino de Curitiba.	Estudo quantitativo N= 29 leitos de terapia intensiva e semi-intensiva	O aumento no percentual de adesão após intervenção educativa foi estatisticamente significativo para reposicionamento, angulação de lateralização e elevação de cabeceira e elevação de calcâneos. O setor que apresentou os melhores índices de adesão foi o que teve a equipe mais envolvida nas discussões durante as atividades de capacitação.	Houve efetividade da campanha para os itens melhores discutidos na capacitação. A efetividade deste tipo de abordagem é dependente da participação ativa da equipe na discussão de medidas a serem aplicadas e de recursos disponíveis.
E21	Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: a qualitative descriptive stud	2016	Austrália	Avaliar as percepções dos enfermeiros sobre a utilidade e o impacto de um pacote de intervenções sobre prevenção de úlceras de pressão.	Estudo qualitativo N=18 enfermeiras	As percepções das enfermeiras envolveram cinco temas: conscientização do pacote de cuidados de prevenção da UP e sua semelhança com a prática atual; melhorar a consciência, a comunicação e participação dos enfermeiros no pacote de cuidados de prevenção da UP; valorizar os aspectos positivos da participação do paciente no	Os enfermeiros consideraram o pacote de cuidados viável e aceitável e identificaram uma série de benefícios No entanto, avaliaram que o pacote de cuidados não era adequado ou eficaz para

						cuidado; barreiras percebidas para envolver os pacientes; e parceria com a equipe de enfermagem para facilitar a implementação do pacote de cuidados para prevenção da UP.	todos os pacientes.
E22	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva	2017	Brasil	Avaliar as ações dos profissionais de enfermagem, antes e após utilização de protocolo de prevenção de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva.	Estudo quantitativo N=55 profissionais, com observação das ações de enfermagem durante 38 banhos no leito antes e 44 depois do protocolo	Após uso do protocolo, observou-se maior frequência das ações: avaliação do risco para lesões por pressão nos dias subsequentes à admissão, observação de proeminências ósseas e aplicação de hidratante em todas as regiões corporais, elevação do paciente do leito na movimentação, proteção de proeminências ósseas do joelho e elevação do calcâneo.	A maior frequência de ações preventivas após uso do protocolo demonstrou a importância dessa ferramenta na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais para a prevenção da lesão por pressão.
E23	Adesão da enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva	2018	Brasil	Verificar a adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de lesão por pressão e segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.	Estudo quantitativo N = 104 pacientes	Constatou-se adesão da equipe de enfermagem ao protocolo, demonstrada pelo baixo índice de lesão, já que dos 945 pacientes internados apenas 5,29% apresentaram lesão por pressão, sendo que os pacientes do sexo masculino foram os que mais apresentaram lesões. Apenas a variável idade apresentou significância (p=0,016) quando comparado à incidência de lesão.	Concluiu-se que houve adesão da equipe de enfermagem ao protocolo, evidenciado por baixo índice de lesão quando comparado com a literatura, o que reflete a segurança dos pacientes quanto à prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva.
E24	Efetividade do protocolo para prevenção de lesões por pressão implantado em Unidade de Terapia Intensiva	2018	Brasil	Avaliar efetividade da implantação do protocolo para prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva.	Estudo quantitativo N = 566 pacientes	Predominaram lesão por pressão sacral na admissão (11,1%); em pacientes do sexo masculino (66,9%) e procedentes da emergência (54,0%). Houve redução significativa de lesão por pressão durante o internamento (36,6% para 12,3%), da média do tempo de internamento (11,4 para 7,1 dias), bem como o surgimento de lesão por pressão em regiões calcânea (25,7% para 3,7%) e sacra (9,9% para 2,8%).	Foi comprovada a efetividade da implantação do protocolo para prevenção, considerando a redução significativa no surgimento de LPP durante o internamento.

E25	Estudo de enfermagem das propriedades térmicas da rede de dormir para prevenir úlcera por pressão	2018	Brasil	Demonstrar as vantagens térmicas da Rede de dormir (RD) em relação ao Colchão hospitalar.	Estudo quantitativo N= 40 participantes, cada indivíduo foi seu próprio controle Avaliação da temperatura corporal em duas superfícies 1: Colchão hospitalar D-28 revestido com capa em napa azul; 2: Rede de dormir em algodão cru, termo higrômetro Minipa MT 242	Na rede de dormir, 15 minutos de repouso estabilizou na média de 1 °C de elevação da temperatura inicial. No Colchão hospitalar ao término dos 30 minutos, a temperatura continuou em elevação, na média de 3 °C. O teste de Wilcoxon demonstrou diferença significativa.	Demonstrou-se, em laboratório, que a RD dissipa com maior eficiência o calor do corpo em relação ao Colchão hospitalar. O fato da RD alterar minimamente um componente do microclima da pele sob pressão fortalece a afirmativa que o seu uso contribui na prevenção da UP.
E26	Evaluation of effectiveness of hydrocolloid dressing vs ceramide containing dressing against pressure ulcers.	2015	China	Avaliar a eficácia dos curativos de hidrocolóide e curativos de ceramida na cicatrização e prevenção de LPP.	Estudo quantitativo N = 72 pacientes Três grupos com 24 pacientes. Grupo de controle - apenas curativos de hidrocolóide comum. Grupo B - curativos de hidrocolóide com ceramida Grupo C- curativos de hidrocolóide e ceramida. Os curativos foram aplicados por 4 semanas, trocados a cada 10 dias e as condições da pele como pH, hidratação foram medidas pelo método capacitivo.	Eritema foi visto em 4/24 (16,67%) dos pacientes do grupo A, os pacientes do grupo B e C tinham 1/24 (4,17%) de eritema. No grupo controle, os pacientes 6/25 (24%) desenvolveram eritema.	Os curativos contendo ceramida apresentaram prevenção efetiva e capacidade de retenção de água. Curativos contendo ceramida são mais eficazes na redução do eritema e na melhora da cicatrização da LPP
E27	Use of hydrocolloid dressings in preventing pressure ulcers in high-risk patients: a retrospective cohort	2018	Colômbia	Avaliar a associação entre o uso de curativos preventivos de hidrocolóide e o aparecimento de UP em pacientes hospitalizados	Estudo quantitativo N= 170 participantes, 147 em cuidados convencionais e 23 com esses cuidados em conjunto com curativo de hidrocolóide.	30,4% dos pacientes do grupo curativo hidrocolóide mais cuidados convencionais e 17% do grupo cuidados convencionais apresentaram UP durante o acompanhamento (p= 0,15). A relação entre o tipo de tratamento preventivo recebido e o desenvolvimento de LPP não evidenciou superioridade do uso do hidrocolóide na prevenção de UP em pacientes adultos com alto risco de acordo com a escala de Braden.	O estudo não revelou diferenças significativas entre as duas intervenções. É necessário desenvolver ensaios clínicos para avaliar a eficácia do uso de curativos e outros cuidados em pacientes de alto risco para esse tipo de evento.

E28	The effect of Aloe Vera gel on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in the orthopedic wards: a randomized triple-blind clinical trial	2018	Irã	Investigar o efeito do gel Aloe Vera na prevenção da úlcera de pressão em pacientes internados na ala ortopédica.	Estudo quantitativo N = 80 pacientes Grupo intervenção: além dos cuidados de rotina para prevenir feridas utilizou-se gel puro Aloe Vera. Grupo controle: além dos cuidados de rotina, placebo (gel de água e amido). Avaliou-se a região sacral, quadril e calcanhar de ambos os grupos nos dias 3, 7 e 10 para sinais de úlceras por pressão.	A análise dos dados mostrou que ambos os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas na incidência de úlceras por pressão (p= 0,047). Isso significa que o gel Aloe Vera poderia evitar a ocorrência de úlceras por pressão no grupo de intervenção.	O gel Aloe Vera evita o aumento da temperatura, sendo recomendado para vermelhidão não branqueável, inchaço e dor nas regiões em estudo em pacientes hospitalizados na ala ortopédica. Assim, recomenda-se a sua aplicação para a prevenção de LPP em pacientes com risco de desenvolvimento.
E29	Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano	2013	Brasil	Avaliar a efetividade do filme transparente de poliuretano na prevenção de úlceras por pressão no calcâneo.	Estudo quantitativo N=100 participantes Cada paciente recebeu a intervenção experimental - filme transparente poliuretano no calcanhar esquerdo e a intervenção controle no calcanhar direito - somente diretrizes clínicas.	32% dos participantes tiveram UP nos primeiros 15 dias de hospitalização, sendo 6% com a intervenção experimental, 18% na intervenção controle e 8% bilateralmente. A duração de tempo sem ocorrências de úlceras por pressão na intervenção experimental foi de 19,2 dias.	O filme transparente de poliuretano associado às diretrizes clínicas foi efetivo na prevenção da úlcera por pressão no calcanhar.
E30	Comparação de duas programações de reposicionamento para a prevenção de úlceras de pressão em pacientes em ventilação mecânica com colchões de ar de pressão alternada	2014	Espanha	Comparar a eficácia de reposicionamento a cada duas ou quatro horas para prevenir úlcera por pressão em pacientes em unidade de terapia intensiva sob VM.	Estudo quantitativo N=329 participantes na UTI Grupo 1 n=165 (reposicionamento a cada 2 horas); Grupo 2 n=164 (reposicionamento a cada 4 horas)	Uma úlcera por pressão de pelo menos grau II desenvolveu-se em 10,3% (17/165) de pacientes mobilizados a cada 2 horas, contra 13,4% (22/164) daqueles mobilizados a cada 4 horas. Entretanto, houve aumento dos eventos adversos relacionados aos dispositivos, de 47,9 contra 36,6%; extubação não-planejada, 11,5 versus 6,7%; e obstrução do tubo endotraqueal 36,4 versus 30,5%, respectivamente. Houve aumento da carga diária de trabalho da enfermagem para a mudança de decúbito, sendo 21 minutos versus 11 minutos/paciente	O aumento da frequência de reposicionamento (duas versus quatro horas) em pacientes sob VM e em um colchão de ar de pressão alternada não reduziu a incidência de úlceras por pressão. Contudo, aumentou os eventos adversos relacionados a dispositivos e a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Legenda: UTI – Unidade de Terapia Intensiva; UP- Úlcera por pressão; RD – Rede de dormir; LPP P – Lesão por pressão.

A partir da síntese dos resultados das tecnologias testadas, verificou-se que: a rede de dormir dissipou com maior eficiência o calor do corpo em comparação ao colchão hospitalar, com menor risco de LPP ao paciente (E26); o uso do gel Aloe Vera associado com os demais cuidados preventivos pode reduzir a ocorrência de LPP em pacientes ortopédicos com alto risco de seu desenvolvimento, além de reduzir a dor e o aumento da temperatura da pele (E29); a aplicação do filme transparente em conjunto com as diretrizes clínicas de prevenção ocasionou menor índice de LPP no calcâneo em comparação aos pacientes que receberam apenas os cuidados pautados nas diretrizes clínicas (E31), e apresentou maior custo-efetividade do que o curativo de hidrocolóide na prevenção da úlcera sacral (E30); o curativo de hidrocolóide em pacientes classificados na Escala de Braden como de alto risco não mostrou diferenças na ocorrência de LPP em relação ao grupo que utilizou apenas os cuidados convencionais (E28); o curativo de ceramidas foi mais efetivo na redução da presença de eritema em pacientes hospitalizados na comparação ao curativo de hidrocolóide (E27); a diretriz de mobilização do paciente em ventilação mecânica na UTI de duas em duas horas aumentou a ocorrência de eventos adversos e não reduziu a incidência de úlcera por pressão comparado com a mobilização de quatro em quatro horas (E12).

2.2 Teoria das representações sociais e seus nexos com o fenômeno de investigação

A Teoria das Representações Sociais, escolhida para a explicação do fenômeno desta pesquisa, foi proposta por Serge Moscovici em 1961 na França. É uma teoria do campo da psicossociologia do conhecimento que estabelece relações entre o indivíduo e a sociedade, isto é, se relaciona ao conhecimento elaborado nas interações sociais e compartilhado pelos indivíduos de um grupo social - o conhecimento do senso comum (MOSCOVICI, 2012).

As representações sociais são conceituadas pelo próprio Moscovici (2012, p. 39) como: “entidades quase tangíveis; circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano”. Jodelet (2001, p. 22), que desenvolveu uma das correntes das RS, a define como sendo: “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Em outra definição apresentada por Jodelet (2005), as RS caracterizam-se como modalidade de conhecimento prático orientada para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico em que as pessoas vivem. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não se reduzem apenas a esses, pois em sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, possibilitam a comunicação entre os indivíduos.

Portanto, as RS tratam de como as pessoas interpretam a realidade, ou seja, como constroem explicações para objetos sociais. Como um conhecimento do senso comum, conformam-se em sistemas de significações produzidos a partir da interação e dos discursos que circulam nos grupos sociais, que têm por funções explicar a realidade, definir a identidade grupal, orientar as práticas sociais e justificar as tomadas de posição (MOSCOVICI, 2012; JODELET, 2001). Essa compreensão vai ao encontro das quatro funções das representações sociais indicadas por Abric (2003), conforme apresentadas no Quadro 07.

Quadro 07 – Definição das funções da RS segundo Abric.

Funções	Definição
Função de saber	Buscam compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum em um quadro assimilável e compreensível, coerente com os valores aos quais eles aderem.
Função identitária	Definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. Essa função possibilita situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema normativo e de valores socialmente e historicamente determinados.
Função de orientação	Guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.
Função justificadora	Justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. Buscam preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles.

Fonte: Adaptado de Abric (2003, p. 28).

Sobre os fenômenos representacionais, as RS permitem apreender as novidades que o mundo apresenta a partir de diferentes canais de comunicação (MOSCOVICI, 2012). Isso

porque, objetos sociais estranhos evocam medo, pois ameaçam o sentido de ordem das pessoas e a sua sensação de controle sobre o mundo, já que não sabem agir frente a tais objetos (JOFFE, 2007). Com isso, os indivíduos processam as novidades que são relevantes para os grupos nos quais estão inseridos e produzem entendimentos e juízos que os ajudam a se comunicar e a se orientar na realidade frente a tais objetos.

Dentre os aspectos considerados essenciais para a formação de uma RS estão: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência. O processo de dispersão da informação se estabelece na maneira como o grupo circula as informações imprescindíveis para a compreensão do problema (objeto). A focalização diz respeito aos interesses do grupo por determinado objeto, em um determinado período histórico, justificando a elaboração de uma RS, trazendo como marcas a moralidade, os interesses do profissional, além da posição ideológica. Já na pressão a inferência explicar o objeto é o foco, exigindo que o indivíduo ou o grupo se posicione (SÁ, 2000; SÁ; ARRUDA, 2000).

Portanto, quando os fenômenos sociais são relevantes, as pessoas se apropriam deles, o que pode ser identificado pelas conversações sobre o objeto de RS, sua exposição aos meios de comunicação em massa e o intenso movimento de divulgação científica (MOSCOVICI, 2012; JODELET, 2018). O interesse dos grupos sobre um objeto, a circulação de informações entre os participantes para a sua compreensão e a pressão para que tais grupos se posicionem são assim indicativos da formação das RS (MOSCOVICI, 2012).

No caso da propositura desta pesquisa, busca-se explicar os sentidos que a equipe de enfermagem atribui às medidas preventivas à LPP, considerando o contexto em que os profissionais estão inseridos e, por conseguinte, como essas RS se expressam nas práticas. As dimensões afetivas e práticas implicadas no cotidiano do cuidado de enfermagem aos pacientes em risco de desenvolvimento da LPP parecem amparar essa ideia de existência dos sentidos sociosimbólicos sobre tal fenômeno.

Um exemplo disso é que quando o paciente desenvolve a LPP, muitas vezes, a equipe de enfermagem é questionada sobre a qualidade da assistência, principalmente pelas consequências negativas à segurança do paciente, como o aumento do tempo de internação e recuperação, o maior custo e maior exposição ao risco de infecção, dor, desconforto físico e psicológico, além dos riscos de sepse e mortalidade. Uma hipótese é a de que, esse desfecho

negativo pode gerar sentimento de frustração e refletir sobre os sentidos em torno do cuidado relacionado à prevenção da LPP.

Outro elemento é a possibilidade de estigma em relação à aplicação desses cuidados específicos. Uma explicação é a sua ligação com outros procedimentos, principalmente o banho no leito. Isso porque a avaliação da integridade da pele de pacientes acamados e o emprego de outras medidas preventivas ocorrem preferencialmente durante o banho no leito, momento em que se dá a higiene corporal. Nesse sentido, durante a manipulação do corpo no âmbito desse procedimento mobilizam-se afetos que fazem aflorar a representação do limpo e do sujo, a qual pode se associar à concepção pela equipe de enfermagem de um cuidado de menor valia (MÖLLER; MAGALHÃES, 2015; SANTOS, 2017).

Considerando que a aplicação das medidas preventivas é uma prática de cuidado importante no papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem, está impregnada nas suas ações cotidianas. Com isso, as observações prévias do fenômeno na realidade assistencial pela pesquisadora revelaram atitudes dos profissionais de adoção e não adoção às medidas preventivas. Portanto, parte-se da defesa de que existem questões afetivas, valorativas, normativas, sociais, de identidade profissional que circulam em torno desse objeto e incidem na construção da RS, as quais se pretende apreender por meio deste estudo, com vistas a analisar as práticas dos profissionais e os impactos que possuem na segurança do paciente.

Segundo Moscovici (2012), a RS possui duas faces: uma figurativa e a outra simbólica, o que significa dizer que cada figura corresponde a um sentido e cada sentido a uma figura. Assim, os processos envolvidos na elaboração das RS têm como função destacar uma figura dando-lhe significado, integrando-a ao universo dos sujeitos. Daí é que surgem os dois processos que dão origem às RS: a objetivação e a ancoragem. Na objetivação acontece a passagem de conceitos ou ideias para imagens concretas. É através dela que se esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto (MOSCOVICI, 2012).

Na ancoragem ocorre a constituição de uma rede de significados relacionando o objeto a valores e práticas sociais. Ela dá sentido ao objeto que se apresenta à compreensão do sujeito. Na ancoragem se instrumentaliza o novo objeto, ancorando o desconhecido, ou seja, tornando o não familiar em familiar (MOSCOVICI, 2012).

Nesta pesquisa foram aplicadas duas das abordagens teórico-metodológicas das RS: a abordagem processual, segundo proposta de Denise Jodelet, e a estrutural, assentada na Teoria do Núcleo Central cunhada por Jean-Claude-Abrieu.

Na abordagem processual ou dimensional há uma preocupação com a construção da representação, seus processos de elaboração e os aspectos constituintes. Essa abordagem abarca as três dimensões da representação: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A atitude se refere à orientação, que pode ser favorável ou não, frente a um objeto de representação; na dimensão da informação há uma organização dos conhecimentos correspondentes ao que o grupo possui referente a um determinado objeto; o campo da representação remete à ideia ou imagem do conteúdo concreto e proposições referentes a um aspecto preciso do objeto e pressupõe uma unidade hierarquizada de elementos (MOSCOVICI, 2012).

No estudo da abordagem processual, segundo Jodelet (2001), busca-se responder a três questionamentos principais, com vistas a acessar o conjunto de componentes e relações contidas na RS: Quem sabe e a partir de onde sabe? O quê e como sabe? Sobre o quê se sabe e com que efeito? As respostas obtidas para essas três perguntas revelam três planos: as condições de produção e de circulação das RS; os processos e estados das RS; e o estatuto epistemológico das RS (JODELET, 2001).

As condições de produção colocam em realce o entendimento de que a representação se origina de alguém (sujeito social) e se refere a um objeto. Logo, explicam o sentido atribuído ao objeto representado não a partir de um indivíduo isolado, mas de sua pertença de grupo. Nessa compreensão, ganham destaque a cultura, as formas de comunicação grupais, as questões ideológicas, a inserção econômica, institucional, educacional, trazendo as marcas sociais que revestem a elaboração da RS (JODELET, 2005; ARRUDA, 2002).

Essas condições de produção se imbricam nos conteúdos produzidos pelos sujeitos sobre o objeto a partir de entrevistas, imagens, práticas, documentos, revelando os elementos constitutivos da representação, os processos que são mobilizados no interior dos grupos sociais e a organização interna dos elementos que a conformam. O estatuto epistemológico remete às questões valorativas, ideológicas, identitárias que orientam a construção da representação para atender aos interesses do grupo, a qual assume um valor de verdade e tem eficácia simbólica (JODELET, 2001). Conclui-se que as representações sobre fenômenos

sociais se elaboram a partir do contexto de inserção dos sujeitos, ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

No que tange à abordagem estrutural, quando se busca estudar as relações entre os conteúdos das representações sociais e a dinâmica do todo significa que o estudo se assenta em uma perspectiva estrutural. Nesse sentido, a RS tem uma estrutura porque é composta por um conjunto de ideias (cognemas/elementos) organizadas e com status diferenciado, as quais são ativadas quando esse grupo pensa sobre um objeto. Abric complementa: “os elementos que constituem uma representação são hierarquizados, ponderados e mantêm, entre si, relações que determinam o sentido e o lugar que ocupam no sistema representacional” (ABRIC, 1994, p.19 apud WOLTER, 2018).

Portanto, nessa perspectiva, a RS é um conjunto de ideias que se relacionam entre si, as quais são pensadas pelo grupo sobre o objeto. Nesse processo de pensamento muitas ideias são ativadas, mas algumas são mais relevantes do que outras. Logo, compartilhar uma RS no âmbito de um grupo é compartilhar os valores centrais sobre o objeto (ABRIC, 1994, p.19 apud WOLTER, 2018).

Sob essa ótica, Abric introduziu a Teoria do Núcleo Central, uma teoria complementar à grande teoria de Moscovici, mas específica e heurística (SÁ, 2002). Nessa teoria o núcleo central é o elemento fundamental da RS, pois determina sua significação e sua organização (WOLTER, 2018).

Uma das características dos elementos centrais é o seu poder associativo. Assim, um elemento central abarca um conjunto de ideias sobre o objeto, se conectando a uma gama de outros cognemas periféricos. Os elementos centrais também se conectam entre si formando um núcleo central coeso, no qual dificilmente existem oposições, contradições e incongruências. Essas contradições comumente se situam no sistema periférico, que permite adaptar a RS às contingências que se apresentam na realidade cotidiana (WOLTER, 2018).

O núcleo central traz ainda a consensualidade do grupo, que dá coesão ao pensamento grupal e possibilita a sociabilidade e comunicação entre os seus membros. Logo, não é pensado por uma minoria dissidente, mas por boa parte dos membros, sendo produzido a partir do contexto histórico, social e ideológico onde estão assentadas as normas e valores do grupo (WOLTER, 2018).

Ressalta-se ainda a estabilidade do núcleo central. Essa estabilidade é caracterizada pelo fato de que, em determinado momento, independente do contexto, os elementos centrais serão ativados pelos membros do grupo, mantendo uma estabilidade sincrônica. Ao contrário, os elementos periféricos tendem a ser acionados quando as circunstâncias mudam. Por sua vez, os elementos centrais tendem a persistir ao longo do tempo, sendo menos suscetíveis às mudanças, o que permite prever os pensamentos do grupo (WOLTER, 2018).

Por fim, destaca-se a característica da condicionalidade, na qual o núcleo central mantém um vínculo simbólico com o objeto da representação, originado em condições históricas e sociais ligadas à origem da RS. Nessa ótica os elementos centrais são absolutos enquanto os periféricos são condicionais (WOLTER, 2018).

Em síntese, o núcleo central, no qual toda representação social é organizada e unificada, dá sentido ao conjunto das representações. Exerce uma função geradora (a partir dele são criados ou transformados significados), tem uma dimensão funcional, que consiste na realização de tarefas, e normativa, que se relaciona com as questões socioafetivas, sociais ou ideológicas (ABRIC, 1998).

O sistema central é mais resistente às mudanças e está ligado à memória e história do grupo (coletivo); define a homogeneidade, estabilidade e é pouco sensível às questões imediatistas. Os componentes periféricos auxiliam no entendimento das representações. Têm uma natureza mais flexível, são práticos, adaptáveis, conseguem integrar história com experiências individuais, refletem certa heterogeneidade e são sensíveis ao contexto imediatista, portanto, mais aberto às modificações (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009).

A teoria das RS é tida como um importante instrumento para a compreensão das relações existentes no campo do conhecimento da área de saúde, visto que essa área engloba uma série de fenômenos sociais, assistenciais e científicos. Empregar a teoria das RS nas pesquisas em saúde, principalmente na enfermagem, traduz anseios pela compreensão das representações do cuidado, o que amplia a compreensão sobre os sujeitos, seus afetos e seus processos de tomada de decisão frente ao social e ao mundo, possibilitando conduzir melhor o cuidado num plano terapêutico mais próximo da lógica do outro que é para quem o cuidado se destina (FERREIRA, 2016).

Em face do potencial da TRS para a compreensão dos fenômenos do campo da saúde, por meio da abordagem processual busca-se acessar as produções simbólicas, a linguagem, as relações entre objeto de estudo e as condições sociais, históricas e culturais, dando ênfase a forma como as RS são articuladas ao cotidiano (JODELET, 2005). Na estrutural, intenta-se delinear o núcleo que estrutura as RS e os elementos periféricos que dão sustentação a esse entendimento central. Tomando de partida essas perspectivas teórico-metodológicas, empreenderam-se esforços na investigação em tela para acessar como são construídas e como se estruturam as representações sociais dos profissionais da equipe de enfermagem que presta assistência direta aos pacientes com risco de LPP acerca das medidas preventivas, isto é, identificar como esses as elaboram, quais são seus conteúdos, suas condições de produção e sua estrutura.



CAPÍTULO 03

MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Tipologia do estudo

Estudo de abordagem qualitativa, natureza explicativa, desenvolvido à luz do referencial da Teoria das Representações Sociais nas suas vertentes processual e estrutural. As RS, por seu caráter prático, orientam a ação dos indivíduos no mundo, com ênfase nas relações sociais. Dessa feita, a aplicação da teoria das RS favorece identificar e compreender as motivações das pessoas que, por sua vez, interferem em suas escolhas. No caso desta pesquisa, tais escolhas se relacionam com as práticas das medidas preventivas à LPP adotadas pelos profissionais de enfermagem, fenômeno desta investigação.

Como a construção das RS se dá na esfera das relações sociais, bem como no âmbito subjetivo dos sujeitos, abarca as emoções e percepções desses participantes, valores e identidades, aspectos que derivam das relações e interações dos profissionais uns com os outros no contexto hospitalar, bem como com os pacientes que recebem os cuidados.

Nesse entendimento, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que essa é a mais apropriada para se compreender os aspectos que concorrem para a elaboração e circulação das RS. Ademais, como o intuito do presente estudo é apreender as RS dos profissionais de enfermagem acerca das medidas preventivas à LPP, caracterizar os elementos que influenciam nessa elaboração, para explicar as construções simbólicas e os modos de agir dos profissionais, optou-se pelo caráter explicativo.

Ao se aplicar as abordagens processual e estrutural das RS neste estudo, intenciona-se acessar a organização do núcleo central dessas representações (estrutura) e investigar como os profissionais de enfermagem as elaboram e quais são seus conteúdos (processo), com vistas a identificar as condições de produção das RS, os sentidos que tais profissionais conferem a esses cuidados preventivos e como esses orientam o desenvolvimento desse cuidado na prática.

Utilizou-se o suporte da ferramenta COREQ (EQUATOR, 2021) para a apresentação do relatório da pesquisa.

3.2 Campo da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em um hospital estadual de Rondônia pertencente ao SUS, especializado em doenças infectocontagiosas e tropicais. Foi fundado na década de 1980, com o intuito de atender à demanda de usuários do SUS portadores de doenças infectocontagiosas da época. Tal instituição conta com 100 leitos, sendo referência nesta região (estado, estados vizinhos e país fronteiro).

Consolidou-se ao longo dos anos como instituição modelo no atendimento terciário às doenças infectocontagiosas do Estado e adjacências, atendendo aos usuários de Estados vizinhos como: Acre, Amazonas e países como a Bolívia. Possui como missão: “prestar assistência de qualidade ao usuário no âmbito terciário hospitalar, proporcionando um atendimento digno e humanizado ao usuário, buscando sempre a melhoria da qualidade do serviço” (CEMETRON, 2017).

Sua média mensal é de 20.000 mil atendimentos nas especialidades: clínica médica, cirurgia, infectologia, cardiologia, pneumologia, dermatologia, otorrinolaringologia, ultrassonografia, consultas de enfermagem, tratamento de feridas, laboratório, entre outros atendimentos e emergências, incluindo o atendimento ambulatorial. Possui três clínicas de internação, um setor de isolamento, Unidade de Terapia Intensiva – UTI e Pronto Atendimento.

A escolha por realizar a pesquisa neste hospital justifica-se, pois se caracteriza como referência na organização de processos de trabalho voltados à qualidade e por possuir um Núcleo de Segurança estruturado e atuante. O Núcleo de Segurança do Paciente institucional foi um dos primeiros do Estado de Rondônia a ser consolidado e cadastrado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Além disso, em 2015 a unidade foi cadastrada como parte da Rede Sentinela, com participação em projetos de qualificação da assistência organizados pelo Ministério da Saúde, e oportunidades para profissionais da unidade para realização de cursos presenciais fora do Estado em instituições de referência para a segurança do paciente.

Portanto, o hospital é considerado pela Coordenação Estadual de Vigilância Sanitária modelo para os processos de trabalho em relação à avaliação e acompanhamento dos indicadores de qualidade assistencial.

As Clínicas de internação, Pronto-atendimento, Isolamento e UTI foram selecionadas para a primeira fase da pesquisa. A segunda etapa ocorreu em duas clínicas masculinas e uma feminina, contextos com características semelhantes em relação ao emprego das medidas preventivas pelos profissionais de enfermagem. Esses setores são compostos por uma equipe multidisciplinar, que abarca os seguintes recursos humanos: enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos(as), assistentes sociais, nutricionistas, médicos(as) infectologistas e clínicos, funcionário administrativo, equipe de limpeza e lavanderia, equipe de manutenção. A equipe de enfermagem permanece atuante 24 horas nessas clínicas.

A dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem, público-alvo dessa investigação, no geral, inicia-se com a transferência de turnos, realizada por um ou dois profissionais do turno anterior, ocorrendo de enfermeira para enfermeira(o), e de técnica(o) para técnica(o) de enfermagem. Cumprida essa etapa há a divisão das atividades assistenciais, com cada técnico(a) responsabilizando-se por aproximadamente cinco pacientes e a enfermeira por 12 a 28 pacientes.

Na instituição lócus da pesquisa as medidas preventivas são estabelecidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente através de Procedimento Operacional Padrão de Medidas Preventivas à Lesão por Pressão – POP LPP. À medida que novos colaboradores são incorporados ao serviço são encaminhados aos Núcleos de Segurança do Paciente e Educação Permanente para incorporação e treinamento deste e dos demais protocolos da instituição.

As medidas preventivas que constam no POP LPP foram estabelecidas com base no Protocolo de Prevenção da LPP do Ministério de Saúde, previamente apresentado. A instituição dispõe de Comissão de tratamento de feridas, composta por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, que é responsável por avaliar as lesões, realizar os curativos daquelas classificadas como complexas e prescrever as intervenções de enfermagem a serem implementadas pela equipe para a manutenção/restabelecimento da integridade da pele dos pacientes hospitalizados. O regime de trabalho desta equipe é diurno (manhã e tarde).

No que concerne às características do campo em relação ao fenômeno da pesquisa, o ciclo da prevenção começa a partir da admissão do paciente no setor de Pronto-atendimento, com a avaliação da integridade da pele por meio da escala de *Braden*, a qual deve ser

continuada durante a internação. Com base nesse parâmetro, a(o) enfermeira(o) institui os cuidados preventivos, de forma individualizada.

Em pacientes classificados como alto risco de LPP, alertas visuais são estabelecidos: inserção de um “X” na placa beira leito do paciente, indicando o risco de LPP; sinalização no prontuário, seja com marca texto ou adesivo; acionamento da equipe de tratamento de feridas que, caso diagnostique a LPP durante o acompanhamento, assume a responsabilidade pelos cuidados com a lesão (tratamento).

Quanto à infraestrutura da instituição, o parque predial enfrenta problemas hidráulicos e elétricos. Nenhuma enfermaria e posto de enfermagem das clínicas possuem condicionadores de ar, exceto o setor de isolamento que, por ter sido revitalizado recentemente, conta na sua estrutura com condicionadores de ar em todas as enfermarias, posto de enfermagem e repouso de enfermagem, além de uma estrutura predial de melhor qualidade. Quanto aos equipamentos, as unidades contam com carrinho de emergência, cardioversor, oxímetro de pulso portátil, balanças, leitos com grades, mesa de cabeceira, mesa de alimentação e bombas de infusão.

O posto de enfermagem possui área para atividades administrativas, com acesso a um computador e impressora, e outra área exclusiva de estoque de materiais de uso diário. Há ainda uma bancada para organização e conferência das medicações antes da administração (o hospital possui central de dose unitária). Cada clínica possui uma sala destinada ao descanso para os técnicos(as) e auxiliares de enfermagem. O local de descanso das enfermeiras(os) é centralizado para os profissionais lotados nas clínicas e Isolamento, situando-se no corredor que dá acesso ao setor de Isolamento. Há uma sala nos setores para a realização de prescrição médica, que é utilizada quando necessário para capacitações e reuniões da equipe.

A instituição conta com a atuação da Comissão de Controle de Infecção e Núcleo de Segurança do Paciente, além de outras comissões relacionadas à gestão e assistência hospitalar, a exemplo do Núcleo de Educação Permanente.

3.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram os membros da equipe de enfermagem da instituição estudada. A equipe é formada por: enfermeiros, em regime de trabalho como

diaristas e plantonistas, técnicos e auxiliares de enfermagem. A escolha desse grupo justificou-se, uma vez que esses profissionais atuam diuturnamente na assistência direta ao paciente, são responsáveis por realizar a avaliação diária da integridade da pele de maneira individualizada, identificar os pacientes em risco e, a partir disso, indicar e implementar as medidas preventivas necessárias. Logo, atendem ao escopo da pesquisa em tela.

A escala de trabalho da equipe de enfermagem é, de maneira geral, 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso e folga, com uma média de um enfermeiro por turno somado ao quantitativo de dois a cinco técnicos de enfermagem. A essa escala é acrescentada uma enfermeira, denominada “diarista”, que é responsável pelo acompanhamento das rotinas assistenciais dessas unidades no período da manhã.

A amostragem dos participantes considerou a recomendação teórica de captar, no mínimo, 100 participantes para a análise prototípica da abordagem estrutural das RS, em vista de aumentar a consistência dessa análise (WOLTER, 2018). Partindo dessa recomendação, a amostragem por conveniência, considerou os critérios de inclusão: ser membro da equipe de enfermagem; de ambos os turnos; maior de 18 anos; estar há mais de seis meses na instituição, tempo considerado suficiente para a incorporação na prática dos protocolos assistenciais existentes; exercendo suas atividades na assistência direta ao paciente. Como critério de exclusão: executar as atividades no Pronto-atendimento, pois os pacientes ficam em observação por período inferior a 24 horas e, posteriormente, recebem alta ou são transferidos para as unidades de internação. Assim, o universo da pesquisa foi composto por 112 participantes possíveis.

Para a captação dos participantes houve a aproximação ao campo e setores lócus da pesquisa, por meio de contato com as chefias dos serviços. A partir disso, ocorreu a apresentação da pesquisadora nos setores e o convite à participação do estudo aos membros da equipe de enfermagem, o que resultou na captação de 103 participantes, correspondendo a 91,9% do universo total.

No que tange à segunda etapa da pesquisa, de aplicação da abordagem processual, dos 103 participantes da primeira etapa, participaram 28 profissionais, sendo 16 da Clínica Masculina e 12 da Clínica Feminina. Esses cenários foram escolhidos em razão do problema de pesquisa ter sido identificado em setores com essas características assistenciais, de baixa e média complexidade. O quantitativo proposto de participantes baseou-se no consenso de

pesquisadores apresentado por Minayo (2017) em análise reflexiva sobre a saturação em pesquisa qualitativa, na qual afirma que uma quantidade consensual de participantes seria de, pelo menos, 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo de investigação qualitativa. Ao mesmo tempo, esse número também se aproxima ao número de 30 recomendado pelos teóricos das RS.

O quantitativo final também levou em conta a imersão da pesquisadora no corpus das entrevistas transcritas a partir da sua leitura exaustiva, na tentativa de verificar se o material empírico produzido era suficiente para a elucidação da questão de pesquisa. Nesse sentido, ao perceber que o material tinha elementos suficientes para apreender as dimensões que organizam as RS sobre o fenômeno concluiu-se sobre a saturação empírica e encerrou-se a coleta dos dados.

Essa segunda etapa considerou os seguintes critérios de seleção dos participantes: membros da equipe de enfermagem das Clínicas de internação masculina e feminina e setor de Isolamento; atuantes na assistência direta ao paciente há mais de seis meses, tempo considerado suficiente para a incorporação na prática dos protocolos existentes; de ambos os turnos. Foram excluídos profissionais de enfermagem não pertencentes ao quadro funcional do setor selecionado (remanejamentos).

A captação dos participantes para essa segunda etapa ocorreu a partir da imersão da pesquisadora nos setores de internação durante dois meses, duas a três vezes por semana, por cerca de quatro horas diárias. Nesse período realizou-se uma imersão na dinâmica do trabalho da equipe relacionada com as medidas preventivas da LPP, com registro de notas em diário de campo, bem como a aproximação aos participantes do estudo, com convite para participação nessa segunda etapa.

Nessa fase de exploração do campo, além da aproximação aos participantes pela pesquisadora, objetivou-se o distanciamento do papel anteriormente exercido no Núcleo de Segurança da instituição, minimizando o impacto normativo dessa condição profissional na produção dos dados. Além disso, intentou-se realizar o treinamento teórico em relação ao fenômeno de investigação, o qual envolveu conhecer de perto a realidade (aproximação) e distanciar-se para a sua análise aprofundada (distanciamento). Somente após finalizada esta etapa é que se deu início à operacionalização da produção dos dados.

3.4 Técnicas e instrumentos de produção dos dados

Esta pesquisa buscou desvelar as RS que a equipe de enfermagem atribui às medidas preventivas à LPP a partir da utilização de duas técnicas de produção dos dados: a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista semiestruturada, com vistas a captar as diferentes dimensões que concorrem para a construção das RS.

Para a sua realização, primeiramente, foi solicitada autorização para a Direção Geral e Gerência de Enfermagem da instituição lócus da pesquisa. A partir dessa autorização, a proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de vinculação da pesquisadora. Após a sua apreciação ética e aprovação houve a apresentação da pesquisadora ao campo de pesquisa e sua posterior inserção para a captação dos participantes. Dessa maneira, os que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) compuseram o desenho amostral quanti-qualitativo da pesquisa.

3.4.1 1ª fase: Técnica de evocação de palavras e técnica de confirmação da centralidade

Para a coleta dos dados foi aplicada na primeira etapa a Técnica de Associação Livre de Palavras – TALP. Trata-se de uma técnica que possui um caráter espontâneo que possibilita acessar de forma rápida o universo semântico relacionado ao objeto de estudo. Com esse caráter menos controlado, tem maiores possibilidades de captar elementos latentes que poderiam ser perdidos por técnicas discursivas de produção dos dados (SÁ, 2002).

Considerando o fato de que as medidas de prevenção à LP são um fenômeno contranormativo, ou seja, não as adotar vai de encontro às normas e preceitos da profissão, há elementos que podem ser mascarados por outras técnicas de produção. Nessa compreensão, entendeu-se que a partir da aplicação da técnica de evocação podia-se captar a dimensão mais espontânea do sujeito em relação a esse fenômeno de estudo.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2019 e a técnica consistiu em solicitar ao participante que registrasse em formulário (APÊNDICE B) as cinco primeiras palavras que lhe vinham à mente quando ouvia a expressão: “Medidas preventivas à Lesão por Pressão”. Em seguida, foi solicitado que o participante enumerasse as palavras evocadas de um a cinco, da mais importante para a menos importante.

A TALP foi aplicada em cada setor estudado com as equipes de enfermagem que integravam os turnos de trabalho. Em momento apropriado do turno os participantes foram reunidos no Posto de Enfermagem do setor, sendo feita uma breve explicação da pesquisa, seguida do treinamento da aplicação da técnica, com o uso de um termo indutor fictício. Assim, solicitou-se que cada participante dissesse cinco palavras que vinham à mente após a palavra estímulo teste. Após o esclarecimento das dúvidas, cada participante recebeu uma prancheta com o formulário de evocação para o registro dos termos, o TCLE e o questionário sociodemográfico. Esse último buscava caracterizar o perfil profissional do grupo estudado e versava sobre as características sociodemográficas, como: escolaridade, sexo, tempo de atuação, formação, entre outros.

A partir da análise dos dados da primeira etapa da coleta, que possibilitou apreender os elementos que compuseram o provável núcleo central, desenvolveu-se uma segunda etapa da coleta dos dados, de aplicação dos testes de centralidade, fundamentais para estudos da abordagem estrutural das RS. Isso porque, elementos identificados pela análise prototípica das evocações livres como possivelmente centrais em um primeiro momento, podem não o ser de fato, havendo ainda a possibilidade de existir cognições localizadas na primeira periferia que teriam características centrais (PECORA; SÁ, 2008).

Assim, uma das técnicas de confirmação da centralidade aplicadas foi o teste de dupla negação, pela técnica *Mise en Cause* (MEC). A técnica MEC parte do pressuposto de que os elementos centrais de uma RS são inegociáveis e a sua colocação em xeque (dupla negação) deveria induzir, necessariamente, a uma mudança na mesma, não podendo mais o objeto ser reconhecido como central por determinado grupo. Esse processo de refutação serviria como indicador da centralidade de determinadas cognições em uma representação, pois apenas o questionamento dos elementos centrais daria lugar à negação do objeto (ABRIC, 2003; SÁ, 2002).

No caso deste estudo consistiu em solicitar a 40 participantes que confirmassem a centralidade dos termos obtidos como centrais a partir da primeira etapa da análise, número estabelecido a partir de recomendação dos estudiosos das RS (MOLINER, 1994). Assim, consistiu em perguntar ao participante: posso pensar em prevenção à LPP sem pensar em? (elemento considerado central na análise prototípica realizada com os dados das evocações).

A pergunta foi conformada com cada termo central separadamente, com três respostas possíveis: Sim, Não, Não sei dizer.

Para a operacionalização da técnica MEC, retornou-se ao campo e selecionou-se, dentre os participantes da primeira etapa, 40 profissionais de forma aleatória, considerando sua disponibilidade no dia da coleta de dados dessa etapa, até o alcance do número recomendado para essa técnica. Os participantes foram abordados em seus postos de trabalho, orientados sobre essa etapa da coleta e, os que aceitaram, responderam a um instrumento no qual constava as questões inerentes à técnica. Essa etapa da coleta ocorreu no mês de dezembro de 2019.

3.4.2 2ª fase: Entrevista em profundidade

A segunda etapa da coleta dos dados se referiu à entrevista em profundidade, que ocorreu no período de outubro a dezembro de 2020, guiada pelos roteiros apresentados nos Apêndices – C e D. O primeiro roteiro foi voltado ao levantamento dos dados sociodemográficos, no intuito de identificar o perfil do participante, essencial para traçar as condições de produção das RS, visto que essas estão interligadas a elementos socioculturais e de identidade do grupo de pertença em que tais participantes estão inseridos.

O segundo roteiro foi composto por questões abertas visando alcançar a profundidade na exploração do objeto do estudo. Dessa feita, o roteiro visou extrair os conteúdos necessários à apreensão das dimensões da RS, ou seja, a dimensão prática acerca do objeto, sua circulação no interior do grupo social, os afetos, as normas, valores e aspectos identitários em torno dele, a dimensão da atitude dos sujeitos.

Na presente pesquisa, em face do referencial teórico utilizado, considerou-se relevante a utilização da técnica de entrevista, uma vez que auxiliou a explorar a produção discursiva do sujeito, possibilitando a interação com esse através de sua própria comunicação e linguagem. (SILVA; FERREIRA, 2012; SILVA, 2012). Com isso, permitiu acessar o universo consensual que deu concretude à compreensão das RS das medidas preventivas à LPP pela equipe de enfermagem.

Para a sua implementação foi feito um teste piloto com cinco profissionais de setores com características semelhantes aos da pesquisa, para verificar a adequação dos instrumentos

e preparo do pesquisador para a aplicação da técnica de entrevista. Após a transcrição dessas entrevistas, foram realizadas duas oficinas de coleta dos dados entre a equipe de pesquisa, que envolveu a leitura e análise crítica desses registros à luz dos princípios que orientam a aplicação da técnica de entrevista, em vista do atendimento ao rigor metodológico exigido nessa técnica de coleta dos dados.

Posteriormente, iniciou-se a captação dos participantes dos setores selecionados para a entrevista. As entrevistas foram realizadas individualmente, no local de trabalho dos participantes da pesquisa durante o seu turno, em ambiente privado, com horário previamente agendado e gravação por meio de equipamento digital. Foram transcritas na íntegra ao longo da sua realização nesta etapa, de modo que a pesquisadora pôde apreender os conteúdos de forma global, o que orientou as demais entrevistas. Além disso, a análise dos resultados da primeira etapa da pesquisa forneceu subsídios para o aprofundamento/aprimoramento das questões que integraram o roteiro final de entrevista.

3.5 Análise dos dados

Os dados da primeira etapa da coleta, produzidos com base nas respostas às evocações, foram organizados com o auxílio do Programa Excel, a partir do qual foram criadas planilhas que compuseram o banco dos dados da pesquisa. A primeira planilha foi das variáveis de caracterização do perfil do grupo, que contemplou o registro dos dados numéricos de cada variável estudada. Posteriormente, houve o tratamento estatístico descritivo dessas variáveis, com realização de frequência simples e percentual.

A segunda planilha foi das evocações, na qual as linhas continham todos os termos evocados por cada participante. A identificação do participante foi feita por código representado pela ordem numeral de captação do participante e a idade. A partir desse banco de dados geral, foram organizadas as seguintes planilhas: dicionário/glossário, contendo os termos evocados; lematização; e planilha com as evocações finais, tendo sido destacadas com asterisco as evocações classificadas como mais importantes em cada linha. Após a organização da planilha final, essa passou por nova revisão pela pesquisadora antes do processamento no software.

Considerando que alguns participantes não evocaram uma palavra única para cada termo evocado, bem como a existência de cognemas diferentes com sentidos semelhantes, procedeu-se um agrupamento dos termos, por equivalência, em duas etapas. Na primeira procedeu-se a lematização, que tratou de homogeneizar os cognemas, ou seja, uniformizar as palavras contidas no banco, excluindo artigos e preposição, bem como adequando os tempos verbais. Na segunda etapa realizou-se a aproximação semântica, simplificando e agrupando expressões sinônimas ou similares (exemplo: decúbito e mudança de decúbito). Nessa etapa, na tentativa de minimizar os impactos de possíveis vieses, a definição do termo final foi feita com o auxílio de três juízes com experiência na área temática do estudo, sendo duas doutorandas na área de cuidados de enfermagem e um doutor com experiência em RS, em reunião dos pesquisadores com esse objetivo.

Após essa fase e com o *corpus* homogeneizado chegou-se ao quantitativo final de palavras, sendo 516 termos, dos quais 47 diferentes. Os dados foram submetidos ao software *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations* – EVOC, em sua versão 2005, para processamento.

Essa análise considerou a dimensão individual (ordem de evocação) e a dimensão coletiva (frequência de evocação), que foram expressas em um gráfico de coordenadas em que o eixo vertical representou a média das ordens médias de evocação e a horizontal a média da frequência de evocações realizadas. Tal procedimento permitiu a divisão do gráfico em quadrantes e foi denominada por Vergès como análise prototípica (WOLTER, 2018; WACHELKE; WOLTER, 2011).

A análise prototípica parte do pressuposto de que os elementos importantes da estrutura da RS são mais prototípicos, isto é, mais acessíveis à consciência (VERGÈS, 1994 apud WOLTER, 2011). Na análise prototípica realizada, palavras com frequência elevada com ordens médias de aparição baixas, compõem o quadrante superior esquerdo (QSE), denominado de quadrante do provável núcleo central; no quadrante inferior esquerdo (QIE), localizam-se os cognemas intermediários ou de contraste, considerados mais importantes pelos sujeitos, mas possuindo baixa frequência; nos quadrante superior direito (QSD) e quadrante inferior direito (QID) se encontram os elementos periféricos, sendo QSD, primeira periferia, com os elementos periféricos mais importantes, e no QID a segunda periferia, com

os elementos menos frequentes, logo, menos importantes (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009).

Um dos testes aplicados para confirmar o Núcleo Central das RS foi o Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV). O INCEV é um cálculo que pondera o critério de valor simbólico pessoal do elemento pelo nível de compartilhamento na amostra (número de participantes). Parte do pressuposto de que quanto maior for o valor do índice para um dado elemento, mais provável a centralidade desse elemento para a RS (WACHELKE, 2009).

Considerando que a frequência pode ter um valor desproporcional no índice no caso de elementos com frequências muito altas, deve-se adotar como condição indispensável para classificação de um elemento como central a proporção de casos com alto valor simbólico pessoal (Pvs) de 0,51 ou mais. Para tanto, primeiramente foi determinada a frequência de cada evocação no corpus (Ft). Em seguida, procedeu-se o cálculo da proporção de casos com alto valor simbólico pessoal (palavras classificadas em primeiro lugar em ordem de importância - Fr) dividindo-se Fr por Ft . Os cálculos das proporções foram realizados por meio da adaptação de uso dos subprogramas constituintes do software utilizado para a análise prototípica, *Evocation*. Posteriormente, os resultados foram transportados para uma planilha Excel para se chegar aos resultados por elemento (WACHELKE, 2009).

O cálculo do INCEV foi feito pela quantificação das ocorrências de cada elemento em que as condições de alto valor simbólico pessoal são respeitadas (Fr), ou seja, número de vezes que cada evocação foi classificada em primeiro na ordem de importância (maior valor simbólico), dividindo-as pelo universo da pesquisa (número de participantes). Assim, o INCEV foi calculado dividindo-se Fr por N , obtendo-se, portanto, um resultado que varia de 0 a 1.

Os termos com INCEV igual ou maior a 0,10 são considerados centrais; aqueles com valores inferiores, mas próximos a esse valor seriam periféricos salientes; e aqueles com valores bem abaixo, periféricos comuns. O cálculo do INCEV pode mascarar propriedades dos elementos que os desqualificariam como centrais. Ao respeitar esses dois critérios, INCEV 0,10 e Pvs 0,51 ou mais há a sustentação suficiente para caracterizar a estrutura da representação no que diz respeito à centralidade dos elementos com base no índice proposto. Neste estudo não se aplicou o INVEC aos termos que não constavam no QSE.

Quanto aos resultados da técnica de dupla negação, os dados foram submetidos ao tratamento no programa *Excel*, com cálculo da frequência simples das três respostas possíveis para cada termo central evocado. Os elementos que obtiveram a proporção de $\geq 75\%$ de respostas *não, não posso* – dupla negação, contidas em um intervalo de confiança de 95%, tiveram sua centralidade confirmada.

A terceira técnica de análise da centralidade aplicada foi a de análise da similitude, através do processamento dos dados no software *Simi*. A análise de similitude possibilita identificar as coocorrências entre as palavras, logo, os indícios de conectividade entre essas, os quais desvelam a organização estrutural das RS do grupo pesquisado (SANTOS; TURA; ARRUDA, 2011).

A lógica da análise da árvore de similitude é a de que as ramificações traduzem as distâncias e os pontos são os elementos representacionais. Os elementos que se constituírem próximos de muitos outros elementos tendem a serem considerados centrais, já os próximos de poucos elementos podem ser considerados periféricos. Assim, os elementos centrais possuem conexividade com um maior número de elementos e em formato de estrelas (SÁ, 2002; WOLTER, 2018).

Os dados oriundos das entrevistas passaram pelo tratamento analítico a partir do seu processamento no software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (Alceste). O Alceste é um software de análise de dados textuais que surgiu no Centro Nacional Francês de Pesquisa Científica, com o apoio da Agência Nacional Francesa de Valorização à Pesquisa. O software permite realizar de maneira automatizada a análise de entrevistas provenientes de pesquisas com perguntas abertas, bem como das mais diversas compilações de textos, a exemplo de narrativas orais, dados de mídias, dentre outras possibilidades (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Tal programa foi criado na França em 1979 por Max Reinert, permitindo distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito de um assunto de interesse. A análise lexicográfica se faz pela classificação dos enunciados comparando os perfis lexicais, dessa forma, a maior proximidade dos enunciados ocorrerá quanto mais esses tiverem raízes lexicais idênticas.

O software quantifica o texto para extrair as suas estruturas mais significativas. Enquanto técnica de análise de dados, encontra aplicações em todas as áreas que lidam com

sequências de textos, principalmente nos estudos de RS, que produzem uma grande quantidade de material discursivo (KRONBERGER; WAGNER, 2004; SOUSA et. al., 2009).

O Alceste emprega procedimentos estatísticos sofisticados para identificar as oposições mais evidentes entre as palavras do texto e, em seguida, extrair as classes de enunciados representativos (PEREIRA, 2005). Para o processamento, os dados do texto devem mostrar certa coerência, para garantir uma lógica quantificável da análise estatística do texto (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

O programa procede a contagem de palavras no texto, o agrupamento das suas raízes semânticas e a análise da ocorrência e coocorrência de tais palavras e da sua função textual. Ainda para extrair as classes, o Alceste divide o texto em Unidades de Contexto Elementar – UCE (segmentos de texto formados por sucessões de palavras principais recortadas pelo programa) e explora a presença dos léxicos nessas UCE (AZEVEDO; MIRANDA, 2012). Esse cruzamento das formas reduzidas das palavras e as UCE gera classes lexicais que têm vocabulário semelhante entre si, mas diferentes de outras classes.

Na pesquisa em tela, após a transcrição das 28 entrevistas e a revisão final do seu conteúdo ocorreu o preparo do *corpus*. Esse preparo correspondeu à formatação do corpus de acordo com as regras específicas que o software exige para o processamento dos dados. Cada entrevista conformou uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), que foi identificada por linhas de comando compostas por códigos relacionados às variáveis de caracterização sociodemográfica de cada participante.

Esses códigos permitem que o pesquisador analise as condições de produção do discurso do participante, ou seja, quais as características do perfil dos participantes incidiram na organização do pensamento dos sujeitos sobre o objeto. Os códigos utilizados nas linhas de comando estão apresentados no Quadro 08.

Quadro 08 – Organização dos Códigos das linhas de comando. Rio de Janeiro, 2021.

PROFISSÃO (prof)	SEXO (sex)	TEMPO DE FORMAÇÃO (temf)	CONHECIMENTO (con)	IDADE (ida)	SETOR (set)
01. ENFERMEIRA(O) 02. TÉCNICA(O)	1. MASCULINO 2. FEMININO	1. 0 A 5 ANOS 2. 06 A 10 ANOS 3. MAIS DE 10 ANOS	1. SIM 2. NÃO	1. ATÉ 30 ANOS 2. 31 A 50 ANOS 3. MAIS DE 50 ANOS	1. CLÍNICA MASCULINA 2. CLÍNICA FEMININA

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Para efeito desta pesquisa, a partir dos indicadores gerados pelo relatório Alceste foram utilizados os seguintes parâmetros de análise: Classificação Hierárquica Ascendente – CHA, Classificação Hierárquica Descendente – CHD e análise das variáveis de associação. O aprofundamento analítico ocorreu cruzando-se o perfil lexical da classe com as UCE, em busca da compreensão dos mundos lexicais que estruturaram os discursos dos participantes e deram coerência ao que disseram sobre o objeto.

Na análise da Classificação Hierárquica Descendente é possível apreender as relações entre as classes, de oposição e similaridade, a partir da distribuição do seu vocabulário. A análise é feita considerando os léxicos de maior associação à classe medida pelo Φ^2 e a sua presença nas UCE, as palavras características da classe, avaliadas pelo quantitativo total em que foram mencionadas no corpus e a sua porcentagem na classe, e as variáveis do perfil que tiveram destaque na organização da classe.

A Classificação Hierárquica Ascendente fornece uma compreensão da dinâmica interna da classe a partir da análise das relações de proximidade entre os léxicos e dos sentidos que elas veiculam.

Os dados não processados pelo Alceste foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática. Isso porque, o Alceste obteve um aproveitamento de 77% do corpus, com isso, do produto das entrevistas o software também gerou o relatório dos 23% não aproveitados para análise (cartografia do corpus). Esse material passou por análise de conteúdo temática, no intento de apreender temas não abordados no conjunto das classes lexicais e que fossem relevantes para a compreensão do objeto.

A análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas capazes de descrever o conteúdo das mensagens por procedimentos sistemáticos e objetivos, permitindo o acesso a diferentes elementos explícitos e implícitos presentes nas mensagens (OLIVEIRA, 2008). Nesta investigação, primeiro ocorreu a leitura flutuante do material não processado, fazendo com que o pesquisador se aproximasse mais desse corpus que seria explorado. Para tanto, houve a separação do material não processado de cada entrevista.

No segundo momento, foram realizadas as marcações em todo esse material das unidades de registro (UR) identificadas, as quais foram compostas por temas que retratavam elementos relacionados à prevenção da LPP. Após esse procedimento, as UR definidas foram

associadas e formaram as unidades de significação, levando-se em conta os sentidos que expressavam.

As unidades de significação foram submetidas à análise qualitativa quanto à relevância e pertinência na interface com o fenômeno de investigação. Nesse sentido, não se trabalhou com o critério da relevância numérica, considerando os resultados já obtidos na estruturação das classes lexicais pelo processamento do Alceste, mas buscou-se destacar dimensões não abordadas ou não aprofundadas, critério que serviu de base para a organização das categorias empíricas. Durante esse processo, na tentativa de não perder o contexto global dos discursos, e também com o objetivo de identificar particularidades não captadas pelo Alceste, houve nova imersão da pesquisadora no conteúdo geral de todo o corpus, buscando aprofundar o processo analítico-interpretativo das RS.

Ao final dessa etapa de análise do conteúdo foram geradas três categorias para a apreensão do fenômeno das medidas preventivas à LPP. Os resultados provenientes do processamento textual realizado pelo Alceste e da análise de conteúdo foram interpretados em conjunto, à luz da TRS, do levantamento bibliográfico pertinente às temáticas evidenciadas, bem como das discussões no campo da segurança do paciente.

3.6 Considerações éticas

Em atendimento às recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da instituição em que a pesquisadora se encontrava vinculada CAAE 01396818.8.0000.5238, tendo sido aprovado sob número de parecer 4.323.665.

Para a obtenção de dados, considerou-se o disposto na resolução CNS 466/2012, item IV: "O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa". Assim, houve a explicação dos objetivos da pesquisa, das técnicas de coleta dos dados, dos riscos e benefícios, de modo que o participante pudesse decidir sobre sua participação de maneira voluntária. Os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E).

Nos dados da abordagem processual a preservação da identidade dos participantes foi garantida por meio da codificação gerada pelo Alceste, cujo nome do participante foi substituído por códigos sequenciais de letras e números; na abordagem estrutural o anonimato ocorreu por meio do tratamento numérico do conjunto dos dados. Na apresentação dos dados da análise de conteúdo foi utilizado o código Part=participante, seguido do número arábico conforme ordem de captação dos profissionais.

Os riscos desta pesquisa foram mínimos, de cunho emocional, uma vez que poderia gerar algum desconforto para o participante a presença da pesquisadora na fase de exploração do campo, bem como durante as entrevistas. Além disso, as questões elaboradas podiam remeter a situações vivenciadas de cuidado e fazer emergir emoções e sentimentos. Todavia, foram utilizadas estratégias para tornar o ambiente o mais natural possível, de modo a não causar constrangimento de qualquer natureza.

A despeito disso, a pesquisadora preparou-se para a identificação dos casos de desconforto emocional e a avaliação quanto à suspensão momentânea das entrevistas. Nesses casos, negociou-se com o participante a possibilidade de prosseguimento da coleta dos dados em outro momento.

Em relação aos benefícios, os resultados do estudo são importantes para a ampliação do conhecimento científico na área de Enfermagem Fundamental, além de contribuir para a formação dos profissionais de saúde, para os serviços de saúde e para enfermagem, no sentido de oferecer subsídios para a atuação da equipe em processos voltados à qualidade e segurança do paciente hospitalizado com risco de desenvolver LPP.



CAPÍTULO 04

ABORDAGEM ESTRUTURAL

RESULTADOS DA ABORDAGEM ESTRUTURAL

A caracterização sociodemográfica dos participantes apontou predomínio da categoria profissional dos técnicos de enfermagem, com 72,81%, além de 28 enfermeiros (27,18%); maioria de mulheres (87,37%), com média de idade de 43 anos, variando de 23 a 65 anos. Sobre o tempo de formação dos participantes, os dados mostraram um grupo experiente, já que 30 profissionais (29,12%) possuíam de 0-10 anos de formados, 56 (54,36%) de 11-20 anos e 17 (16,50%) mais de 21 anos de formação. O tempo de atuação no hospital foi diversificado, com 30 participantes (29,12%) que tinham menos de cinco anos; 34 (33,00%) entre 05 e 10 anos; 23 (22,33%) entre 10 de 20 anos; e 16 (15,53%) com mais de vinte anos.

No que concerne ao local de atuação, 66 (64,05%) colaboradores executavam suas atividades assistenciais em setores de enfermagem (Clínica Médica Masculina e Feminina, mais setor de Isolamento), e 37 (35,92%) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em relação ao regime de trabalho, 40 (38,83%) colaboradores trabalhavam em escalas fixas com regime de 12 horas de trabalho com 36 horas de descanso, sendo os demais diaristas, cumprindo seis horas diárias, exceto finais de semana. No que se refere ao período de trabalho desses profissionais diaristas, destaca-se que oito (7,76%) atuavam somente em turnos noturnos, os demais participantes em turnos diurnos (53,39%).

Dos 28 enfermeiros, 25 (89,28%) possuíam pós-graduação, sendo dois em nível de mestrado e os demais na modalidade Lato Sensu. Dos 75 técnicos de enfermagem, 51 (68%) já possuíam formação em nível superior, sendo 20 em enfermagem, 08 em serviço social e os demais em áreas como: psicologia, pedagogia, direito, entre outras. Dentre os 103 enfermeiros e técnicos de enfermagem, 56 afirmaram não ter tido acesso a cursos sobre LPP; e 81 relataram não ter tido acesso às novas diretrizes para prevenção da LPP propostas pelo Ministério da Saúde em 2013 no âmbito da Política Nacional de Segurança do Paciente. Os que confirmaram ter conhecimento de tais diretrizes, responderam que se deu por meio das ações do Núcleo de Educação Permanente da instituição.

Na pesquisa em tela, o ponto de corte (frequência mínima de evocação) foi de 4, com exclusão de termos evocados abaixo desta frequência; e a frequência média de 10. A partir dessas frequências, o programa calculou a Ordem média de Evocações (OME) pela mediana

das ordens médias de evocação dos termos, que correspondeu a 3,8, sendo ajustada para 4. Com o processamento dos dados no software EVOC foi gerado o Quadro de Quatro Casas, apresentado no Quadro 09.

Quadro 09 – Quadro de Quatro Casas do termo indutor “Medidas Preventivas à LPP”.

OME < 4				OME >= 4		
Frequência de evocação média	Termo Evocado	Frequência de Evocação	OME	Termo Evocado	Frequência de Evocação	OME
>= 10	cuidado	18	3,722	alimentação	12	4,583
	decúbito	91	2,626	colchão	48	4,167
	massagem	20	3,850	coxim	21	4,810
				equipe	13	4,923
				hidratação	54	4,222
				hidrocoloide	25	4,600
				higiene	17	4,294
				lençol	24	4,542
				nutrição	25	4,360
				proteção	13	4,154
< 10	avaliação	7	4,000	age*	7	4,286
	dieta	7	3,429	atenção	6	4,167
				curativo	9	4,556
				enfermagem	8	4,500
				horário	4	4,250
				leito-ergonomia	5	5,000
				mobilidade	9	4,333
				paciente	4	4,750
				umidade	4	4,250
				vigilância	5	4,800

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. *AGE – Ácido Graxo Essencial

Dentre os termos evocados sobre as medidas preventivas à LPP presentes no QSE está “decúbito”, elemento com maior frequência, prontamente evocado e de relevância para o grupo. Esse termo remete a uma dimensão da imagem relacionada a tal objeto, qual seja a do paciente posicionado no leito hospitalar para alívio da pressão de uma parte do corpo.

O elemento “cuidado” foi a terceira palavra mais evocada pelo grupo e apresentou a segunda menor OME. A sua presença no núcleo central pode estar revelando tanto uma dimensão prática, de implementação de uma ação que promove a prevenção da LPP; quanto a compreensão (simbólica) de que as medidas preventivas são um cuidado que confere sentido à atuação da enfermagem diante do paciente, como uma de suas responsabilidades.

O termo “massagem” ocupou a segunda colocação entre os elementos mais evocados, sendo a terceira palavra mais prontamente evocada pelo grupo. Logo, expressa uma cognição relevante em relação ao objeto e, desse modo, sugere ser um cuidado preventivo da LPP.

Os elementos que compuseram o QSD são aqueles que dão sustentação ao significado presente no núcleo central. Trata-se de cognemas evocados com alta frequência, mas tardiamente evocados. Os termos alimentação, colchão, coxim, equipe, hidratação, hidrocolóide, higiene, lençol, nutrição, proteção caracterizaram-se como de sustentação à dimensão prática do cuidado, uma vez que estão associados a ações de cuidado.

As evocações “colchão”, “coxim”, “lençol” e “hidrocolóide” podem estar mostrando que para prestar o cuidado para prevenção da LPP, especialmente a mudança de decúbito, é preciso atenção às tecnologias empregadas como suporte a esse cuidado. A evocação equipe, presente nesse mesmo quadrante, aliada às evocações hidratação, nutrição, alimentação e proteção (da pele) são indicativas do reconhecimento pelos profissionais de enfermagem de que o cuidado para a prevenção da LPP também depende da equipe interdisciplinar.

Na zona de contraste apareceram os elementos avaliação e dieta. É importante pontuar que essa zona apresenta termos com baixa frequência e média de evocação, mas considerados importantes pelos sujeitos, que complementam ou reforçam a noção da primeira periferia ou indicam uma representação diferente de um grupo minoritário. Sob essa ótica, os termos avaliação e dieta presentes neste QID complementam a noção de interdisciplinaridade da primeira periferia. A avaliação remete à utilização dos instrumentos de avaliação do paciente quanto ao risco de desenvolver LPP e a implementação de intervenções multidisciplinares voltadas à prevenção a partir dessa classificação do risco; o termo dieta indica a boa ingestão alimentar na prevenção da ocorrência da LPP, o que demanda a avaliação nutricional.

Na segunda periferia (QIE) estão os termos: AGE, atenção, curativo, enfermagem, horário, leito-ergonomia, mobilidade, paciente, umidade e vigilância. Tais termos trazem atribuições da enfermagem em relação ao cuidado do paciente na prevenção da LPP. Os termos enfermagem e paciente articulados exprimem essas atividades de cuidado, que incluem a realização do curativo ou o uso do AGE na proteção/recuperação da pele, a atenção ao horário de mobilizar o paciente, a vigilância quanto à umidade do paciente.

Os elementos que constaram no QSE foram submetidos aos cálculos do INCEV, para confirmação da centralidade. Antes de calcular o índice propriamente dito, foi determinada a

frequência de cada evocação no corpus (F_t). A frequência dos elementos decúbito, cuidado e massagem foi igual a 91, 18 e 20, respectivamente, sendo em seguida calculada a proporção de casos com alto valor simbólico pessoal em relação ao total de ocorrências da palavra (P_{vs}). Assim, pela divisão de F_r por F_t , o elemento decúbito obteve resultado de 0,67, cuidado 1,20 e 0,5 para massagem.

Segundo o INCEV, os elementos centrais das RS das medidas preventivas foram: “cuidado” e “decúbito”, considerando que, conforme a Tabela 01, esses termos obtiveram porcentagem INCEV de 0,21 e 0,59 respectivamente, apresentando-se maior que 0,10. O termo massagem se mostrou saliente, considerando que seu valor foi de 0,09, inferior a 0,10, mas indicativo de que a massagem ainda seja aplicada pelos profissionais na prática assistencial.

Tabela 01 – Teste de Centralidade dos Elementos do Núcleo Central das RS das medidas preventivas à LPP pelos profissionais de enfermagem. Rondônia, Brasil. 2019.

ELEMENTO EVOCADO	INCEV	P_{vs}
Cuidado	0,21	1,20
Decúbito	0,59	0,67
Massagem	0,09	0,50

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No teste de dupla negação apresentado na Tabela 02, as evocações “cuidado” e “decúbito” tiveram sua centralidade confirmada, pois alcançaram o percentual de refutação de 97,5%, ao contrário de “massagem”, que não se mostrou inegociável para o grupo.

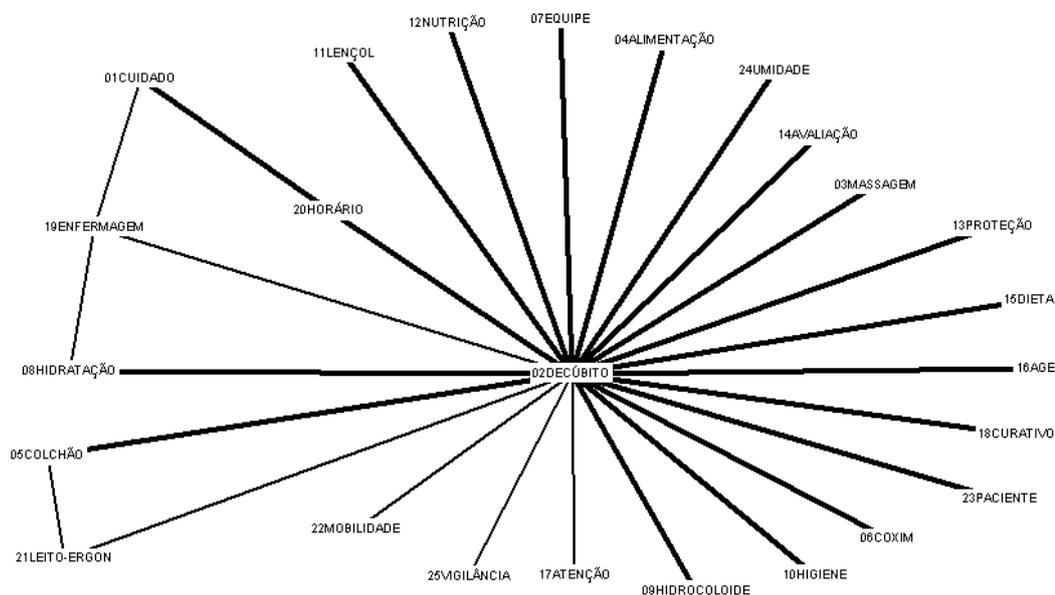
Tabela 02 - Teste de dupla negação do núcleo central das RS sobre as medidas preventivas à LPP. Porto Velho, RO, Brasil, 2019.

Elemento	Não, não posso		IC 95%*
	n	%	
Massagem	28	(70%)	(53,0 a 83,4)
Decúbito	39	(97,5%)	(86,4 a 99,9)
Cuidado	39	(97,5%)	(86,4 a 99,9)

*IC – Intervalo de confiança

Os resultados da análise de similitude expressos na Figura 02 evidenciaram, no nível central da árvore, o termo “decúbito” como a cognição que mais estabeleceu conexões. Ainda, os sentidos atribuídos pelo grupo articularam as palavras: decúbito, horário, cuidado e enfermagem; decúbito, enfermagem e hidratação; decúbito, colchão e leito-ergonomia. Salienta-se que o léxico massagem não aparece ligado e/ou estruturado de tal forma a confirmar a sua centralidade, neste caso, concluiu-se que se trata de um elemento periférico.

Figura 02 – Árvore máxima de similitude das evocações dos profissionais de enfermagem sobre as medidas preventivas à LPP.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4.1 DISCUSSÃO

Os dados sobre os elementos constitutivos das RS das medidas preventivas à LPP pela equipe de enfermagem indicaram que o núcleo central dessas representações foi formado pelas palavras decúbito e cuidado, cujo sentido remeteu a uma dimensão normativa, prática e da imagem acerca desse fenômeno.

A abordagem estrutural assinala que as RS são constituídas por duas dimensões, a estrutural, relativa às informações, crenças, atitudes e opiniões em relação ao objeto representado, e a dimensão de organização, que revela como tais conteúdos estabelecem conexões entre si. Nessa abordagem estrutural, as RS consideram que o núcleo central possui duas características essenciais: uma funcional e uma normativa (ABRIC, 2003).

A dimensão normativa é a expressão de julgamentos, estereótipos e opiniões sobre os objetos. Assim, nas situações em que questões socioafetivas, sociais ou ideológicas estão implicadas no objeto, a dimensão normativa se faz presente no núcleo central. Na dimensão funcional estão elementos que representam ações a realizar sobre ou no objeto. Logo, envolve os elementos importantes para a realização de uma tarefa, ou seja, possibilitam a eficácia da ação. Em síntese, a dimensão normativa expressa julgamentos sobre o objeto e a funcional descreve ações. Ainda sobre a dimensão normativa, Abric acrescenta (1976, p.108 apud MENIN, 2007):

“São elas (as atitudes) e opiniões que introduzem uma dimensão normativa, avaliativa, a partir das quais as informações são ponderadas, avaliadas, “escotomizadas” pelo sujeito. Todo elemento de informação é então valorizado na representação, situado por e em função da atitude do sujeito. É nesse sentido que podemos dizer que a representação não é reflexo do objeto, mas uma remodelagem da realidade em função das posições de quem a produziu”.

Outro aspecto pontuado por Abric é o de que o significado de normativo também se refere ao que é normal, habitual numa população. Ele utiliza o termo “norma da situação” para indicar a compreensão daquilo que a maioria usa sobre o objeto. Nesse entendimento, o núcleo central tem um caráter normativo que expressa o consenso do grupo acerca do objeto, o aspecto consensual da representação social (MENIN, 2007).

Conclui-se que o núcleo central possui uma função normativa global com elementos ligados a condições históricas, sociológicas, ideológicas, marcado pela memória coletiva do grupo e seus sistemas de valores. Estabelece o consenso do grupo acerca do objeto da RS, isto

é, a base partilhada que expressa os posicionamentos e julgamentos sobre o objeto (MENIN, 2007).

Nos dados da pesquisa, a dimensão normativa foi identificada a partir da compreensão de que as medidas preventivas se configuram em um cuidado que confere sentido à atuação da enfermagem frente ao paciente hospitalizado. Essa norma enquanto consenso grupal orienta os posicionamentos e é prescritiva dos comportamentos/ações, a não realização deste cuidado pela equipe de enfermagem vai de encontro a essa norma/valor social. Portanto, implementar medidas preventivas à LPP é um cuidado de enfermagem que ganha concretude e se materializa na ação de mudar a posição do paciente (decúbito) (dimensão prática da RS).

O termo decúbito (mudança de decúbito) remete tanto a uma dimensão da ação, quanto traz em si uma dimensão de imagem. Nas RS a dimensão imagética é importante de ser identificada, pois as imagens dão concretude ao objeto e, com isso, naturalizam-se e passam a ser utilizadas como grade de referência para a compreensão do fenômeno (MOSCOVICI, 2012).

Então, as medidas preventivas à LPP enquanto fenômeno abstrato ganha materialidade a partir da mudança de decúbito que, ao ser realizada, objetiva a RS acerca das medidas preventivas. Tal cuidado caracteriza a pertença social do grupo, configurando-se como norma e orientando as atitudes dos profissionais quando diante do paciente em risco de desenvolvimento da LPP. Essa análise pode ser complementada pelo fato de que a mudança de decúbito é a medida preventiva mais citada em diretrizes de órgãos nacionais e internacionais (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019; BRASIL/ANVISA, 2013), bem como em literatura científica sobre o tema (OLKOSKI; ASSIS, 2016; VIEIRA et. al., 2016; CHABOYER et al., 2018).

Por sua vez, não implementar a mudança de decúbito é contranormativo, vai de encontro à norma social da responsabilidade da enfermagem. Acerca da prática dos profissionais, as evidências científicas produzidas a partir de resultados de estudos nacionais e internacionais indicam contradições entre o discurso e a prática de prevenção da LPP, assim como uma baixa adesão pelos profissionais às práticas de prevenção da LPP.

Em uma das pesquisas, objetivou-se avaliar as práticas de prevenção da LPP dos enfermeiros e os fatores associados em hospitais públicos da Etiópia. A pesquisa envolveu 422 enfermeiros que responderam a um questionário e foram observados com o auxílio de

checklist. Os dados do questionário evidenciaram que 51,9% dos enfermeiros relataram boas práticas de prevenção da LPP, todavia, no período da observação verificou-se que 45,3% praticaram atividades categorizadas como adequadas para a prevenção da LPP (GETIE et al., 2020).

Outra pesquisa também desenvolvida na Etiópia entre 2017-2018 buscou avaliar as práticas de prevenção da LPP entre 125 enfermeiros, além de identificar as principais barreiras para a prevenção. A pesquisa foi realizada com enfermeiros de hospitais públicos da zona central de Tigray. O conhecimento adequado e a boa prática foram considerados quando o enfermeiro alcançava 80% ou mais de respostas corretas sobre a prevenção da LPP e sobre as boas práticas, respectivamente. Em relação ao resultado sobre o conhecimento, dos participantes, 29,5% possuíam conhecimento inadequado sobre a prevenção, enquanto em relação às práticas, 82,2% tinham uma prática ruim em relação à prevenção da LPP. No detalhamento dos dados sobre as práticas, 50,3% sempre implementavam práticas de prevenção, 36,4% faziam às vezes e 15% nunca faziam práticas de prevenção da LPP (BERIHU et al., 2020).

No Irã, estudo foi desenvolvido com 308 enfermeiros de UTI de Centros de Saúde universitários investigou o conhecimento e a prática de enfermeiros sobre a prevenção da LPP e os fatores relacionados. O conhecimento foi considerado suficiente quando os enfermeiros responderam correto 90% das questões sobre prevenção, estágio e descrição das LPP numa escala de avaliação de 0 a 100 pontos; e a prática desejável do enfermeiro foi considerada quando se obtinha a resposta correta de 90% ou mais de perguntas numa escala de 0 a 40 pontos, no qual 40 significava a prática ideal na prevenção da LPP (KHOJASTEHFAR et al., 2020).

Os resultados mostraram que o escore médio de conhecimento foi de 63,47, categorizado como desfavorável; quanto à prática, a pontuação média foi de 32,6, com a maioria dos participantes (64,6%) apresentando uma pontuação inferior a 90%. Os autores concluíram haver a necessidade de um planejamento educacional para ampliar o conhecimento e a prática dos enfermeiros (KHOJASTEHFAR et al., 2020).

Já no Brasil, investigação avaliou a omissão dos cuidados de enfermagem a partir da percepção de 267 profissionais de enfermagem atuantes em unidades de internação de um hospital de ensino. Cuidados omitidos foram considerados aqueles cujas respostas dos

participantes ao questionário incluíram nunca, raramente e ocasionalmente realizado; e cuidados realizados aqueles que tinham como resposta frequentemente ou sempre é realizado. Em relação à prevalência das omissões, as principais foram: sentar o paciente fora do leito (70,3%); deambulação três vezes ao dia ou conforme prescrito (69,1%); participação em reunião de equipe interdisciplinar sobre a assistência ao paciente (67,2%). Mudar o paciente de decúbito a cada duas horas teve omissão de 29,7%, sendo maior entre os enfermeiros (43,6 *versus* 23,9%) em relação aos demais profissionais de enfermagem (LIMA et al., 2020).

Em face desses estudos de suporte, considera-se que o termo decúbito como elemento do núcleo central das RS pode significar um discurso politicamente correto sobre o fenômeno, que mascara avaliações negativas relacionadas à sua implementação. Assim, levanta-se a hipótese de que a não implementação das medidas preventivas, em particular, a mudança de decúbito, por ser contranormativa, pode ser um elemento de zona muda da RS.

Sobre a zona muda da representação, hipótese teórica trazida por Abric (2003), configuram-se em espaços de representações que embora partilhados pelo grupo nem sempre são revelados nos discursos, pois vão de encontro às normas sociais vigentes. Sob essa ótica, Abric levantou a questão da confiabilidade dos dados: será que as pessoas dizem efetivamente o que pensam? Com isso, trouxe para o campo teórico a questão da zona muda, composta por elementos “adormecidos”, escondidos, mascarados. Trata-se, portanto, de cognições ou crenças que podem entrar em conflito com valores e normas de um determinado grupo, e não são verbalizáveis em condições normais de produção.

Ainda sobre o núcleo central, destaca-se que, conforme previamente apontado, esse traz aspectos consensuais em relação ao objeto da representação, podendo sua constituição estar diretamente ligada a questões históricas, sociológicas e ideológicas (SÁ, 2002). Nesse sentido, o termo “massagem” não foi confirmado como elemento do núcleo central, mas o fato de ter sido prontamente evocado demonstra que permanece como relevante e saliente para o grupo investigado na construção social do fenômeno, o que permite levantar a hipótese de que possa integrar a memória coletiva do grupo.

Isso porque, o Protocolo de Prevenção à LPP do Ministério da Saúde/ANVISA foi publicado no Brasil a partir do ano de 2013 e, desde então, foram divulgadas diversas diretrizes baseadas em evidências sobre a prevenção da LPP por organismos internacionais

como o EPUAP/NPIAP/PPPIA. Nesses documentos, a massagem não foi considerada uma medida preventiva.

Pontua-se que a memória individual está sujeita à memória coletiva, uma vez que o homem é um ser social, logo, compreende-se que os espaços das lembranças são sociais e determinados, se constroem e reconstroem com elementos do passado, os quais são baseados nos quadros sociais (OLIVEIRA; BETONI, 2019). No caso das medidas preventivas à LPP, como diretrizes construídas e recomendadas pela comunidade científica da área em um determinado momento, tornam-se consenso, com isso, circulam e difundem-se entre os profissionais que com elas estão implicados, enraizando-se em sua prática cotidiana. Ao falarem desse fenômeno, o reinterpretem e, pela relevância que alguns aspectos assumem nessa construção simbólica, vêm à tona, como foi o caso do termo massagem.

Algumas investigações reforçam essa afirmação, quando demonstram que a massagem ainda se encontra incorporada à prática de prevenção da LPP como um cuidado implementado no âmbito da assistência de enfermagem. Uma delas foi realizada em hospital universitário com 38 enfermeiros com o objetivo de identificar o conhecimento quanto à prevenção e aos cuidados com a LPP em unidades de clínica médica e cirúrgica (SOUSA; FAUSTINO, 2019).

Nos resultados, 78,9% acertaram entre 70 e 89% do instrumento, e somente dois enfermeiros (5,2%) obtiveram nota igual ou maior a 90% de acerto. A massagem em proeminências ósseas foi um dos itens de menor acerto, acrescido dos itens relacionados ao uso de dispositivos como luva d'água (23,6%), almofadas (23,6%) e em relação ao posicionamento e reposicionamento (SOUSA; FAUSTINO, 2019).

Sublinham-se os resultados de estudo que avaliou o conhecimento da equipe de enfermagem sobre classificação, avaliação e medidas de prevenção da LPP em pacientes internados em UTI. A pesquisa foi feita com 40 profissionais de enfermagem, dos quais 14 enfermeiros e 26 técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes na assistência direta a pacientes na UTI. O questionário incluía 33 questões sobre prevenção baseadas em instrumento de Teste de Conhecimento validado no Brasil (Teste de Conhecimento de Piper) (GALVÃO et al., 2017).

Constatou-se que os enfermeiros obtiveram 100% de acertos em apenas uma questão, sobre o desenvolvimento de programas educacionais na instituição. Já os técnicos/auxiliares de enfermagem alcançaram a nota máxima em três questões, sobre: a necessidade da

continuidade das medidas para prevenir novas lesões; orientação para pacientes e familiares quanto às causas e fatores de risco de desenvolver LPP; e manter a pele limpa e seca de pacientes com incontinência (GALVÃO et al., 2017).

A menor média de acertos dos enfermeiros e técnicos foi nos itens: massagem nas proeminências ósseas quando hiperemiadas; reposicionamento do paciente na cadeira quando sentado; uso da almofada tipo roda de água ou ar; posicionamento da cabeceira do leito; produtos para proteção da pele quanto à fricção. Os técnicos de enfermagem tiveram uma porcentagem média de acertos superior à dos enfermeiros (65,1 *versus* 52,9%) na dimensão das medidas preventivas, resultado que foi estatisticamente significativo. O conhecimento global foi considerado insuficiente (menor que 90%) nos profissionais investigados, o que indicou a necessidade de planos de capacitação (GALVÃO et al., 2017).

Outros achados reiteram a massagem como um cuidado aplicado para a prevenção da LPP, como o de Busanello et al. (2015), em que os membros da equipe de enfermagem entrevistados utilizaram como prevenção à LPP, entre outras medidas, a massagem corporal; e os estudos de Rolim et al. (2013) e Stein et al. (2012), cujas evidências obtidas indicaram o uso da massagem associada às medidas preventivas à LPP. Verifica-se, portanto, que mesmo com oito a nove anos dessas publicações, bem como das diretrizes nacionais relacionadas à prevenção da LPP, a massagem ainda perdura no imaginário social profissional como uma medida preventiva.

Esse imaginário ainda se encontra em processo de modificação por meio das evidências científicas, dos protocolos internos das instituições e demais sensibilizações realizadas por esses serviços que, motivados pela necessidade de alcance da meta de reduzir danos ao paciente – a LPP, tem socializado novas informações sobre as medidas preventivas no contexto das políticas nacionais de promoção da segurança do paciente.

Quanto aos termos situados na primeira periferia, as evocações colchão, coxim, lençol e hidrocolóide revelaram recursos materiais e tecnologias que fornecem subsídios ao cuidado de enfermagem na prevenção da LPP. Assim, são dispositivos que favorecem ao posicionamento adequado do paciente no leito hospitalar e, como consequência, o alívio da pressão e a manutenção da integridade da pele.

Acerca da estrutura das RS, conforme aponta Sá (2002), o núcleo periférico possibilita à RS se ancorar na realidade, logo, possui uma dimensão funcional. Dessa feita, traz

elementos que determinam e organizam as condutas relativas ao objeto, as práticas a serem realizadas. Sob essa compreensão, considera-se que a atenção com a escolha do colchão apropriado e com a disposição do lençol sobre o qual o paciente ficará disposto, o emprego de coxins para o suporte ao posicionamento no leito de determinadas regiões corporais, bem como a utilização de coberturas que ajudam a prevenir a ruptura da pele de pacientes com alto risco de LPP, a exemplo do hidrocolóide evocado pelos participantes, expressam ações realizadas pela equipe de enfermagem com o emprego de tecnologias que dão sustentação ao cuidado de enfermagem preventivo enquanto núcleo central.

Complementaram ainda a primeira periferia os termos: hidratação, nutrição, alimentação, higiene e proteção, que se referem aos cuidados fundamentais realizados pela equipe: da limpeza/higiene do corpo, fornecimento da alimentação, manutenção da pele hidratada e livre de umidade.

As evocações da primeira periferia que refletiram ações de sustentação do cuidado de enfermagem se aproximaram das diretrizes do protocolo institucional, bem como nacional, nos quais se recomendam: uso de colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão; uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares; manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas; uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário; higiene corporal, mantendo a pele limpa e seca; hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes (BRASIL, 2017; ALMEIDA, 2016).

Essas ações evocadas pelos participantes da pesquisa corroboraram os resultados de investigações que descrevem intervenções para a prevenção da LPP implementadas pelos profissionais de enfermagem, a exemplo de uma delas desenvolvida em ambiente de UTI adulto do sul do país. A partir da análise dos dados do questionário aplicado, os achados apontaram as intervenções com maior frequência: a avaliação da atividade-mobilidade dos pacientes, o exame físico em sua admissão, a manutenção do paciente com pele hidratada, alternância de decúbito, higiene corporal e a utilização de colchão piramidal (MANGANELI et al., 2019).

Estudo de Dantas et al. (2013) analisou a atuação dos 13 enfermeiros da UTI de um hospital universitário na prevenção da LPP. Os enfermeiros reportaram a realização da mudança de decúbito, a avaliação de risco, a discussão com os colegas sobre as medidas

adotadas, a higiene e hidratação da pele do paciente através de uso de Ácidos Graxos Essenciais e hidratante corporal, o cuidado com a disposição dos lençóis, de forma a evitar dobras, a utilização de colchão de ar e a aplicação de placas de hidrocolóide nas proeminências ósseas. Entretanto, apesar das práticas elencadas em relação à prevenção das LPP, os cuidados prestados pelos enfermeiros da UTI ocorreram sem padronização.

As pesquisas apontam também o surgimento/testagem de novas tecnologias para a promoção da integridade da pele, a exemplo de duas possibilidades de intervenções que se mostraram efetivas para serem empregadas pela equipe de enfermagem.

A primeira delas pauta-se nos dados de ensaio clínico randomizado com 80 pacientes hospitalizados na ala ortopédica de um hospital do Irã para investigar o efeito do gel de Aloe Vera na prevenção de LPP. Os pacientes foram aleatoriamente atribuídos em dois grupos: no grupo de intervenção, além dos cuidados de enfermagem de rotina para prevenir LPP duas vezes por dia (09 e 21 horas) foi utilizado o gel puro Aloe Vera nas áreas de quadril, sacro e calcanhar; no grupo controle placebo (gel de água e amido) foi utilizado. Em seguida, foi avaliada a região sacral, quadril e calcanhar de ambos os grupos nos dias 3, 7 e 10 para a presença de sinais de LPP. O grupo intervenção apresentou menor incidência de LPP em relação ao grupo controle, o que poderia ser um benefício para os pacientes com doenças ortopédicas na prevenção da LPP (HEKMATPOU et al., 2018).

Na pesquisa conduzida por Inoue e Matsuda (2015) analisou-se a relação custo-efetividade de dois tipos de curativos para a prevenção de LPP na região sacral utilizados em 25 pacientes: dez utilizaram a cobertura hidrocolóide e 15 o filme transparente. Foram contabilizados custos de aquisição com cada tipo de cobertura; verificados desfechos intermediários (média de dias sem LPP) e final (proporção de LPP); e foi estimada a relação custo-efetividade. A relação custo-efetividade do hidrocolóide para o desfecho intermediário foi de R\$174,68 enquanto do filme transparente foi de R\$45,74. Para o desfecho final, essa relação foi de respectivamente R\$272,00 e R\$28,97, ou seja, o filme transparente foi mais custo-efetivo do que o hidrocolóide na prevenção de LP sacral.

Em continuidade à análise da estrutura das RS, Sá (2002) ao tratar da zona periférica apoiando-se nos escritos de Abric, afirma que essa possui, além da função de concretização do sistema central, uma função de regulação e adaptação desse sistema aos constrangimentos e características da situação concreta. Nesse sentido, é flexível ao contexto imediato,

buscando proteger a significação central. Outra função é a modulação individual da representação, ou seja, sua flexibilidade permite integrar na representação as experiências individuais do sujeito no vivido em relação ao fenômeno de estudo.

Esse entendimento é importante para a compreensão do termo equipe presente na primeira periferia que, articulado aos termos hidratação e nutrição trazem o sentido da participação de outros membros da equipe multiprofissional nas práticas de prevenção da LPP, à exemplo do médico e do nutricionista. Assim, embora os participantes tenham representado como um cuidado de enfermagem, esse cuidado se faz no campo da interdisciplinaridade, logo, demanda o diálogo com outras disciplinas, cujos conhecimentos especializados contribuem com a prescrição de medidas de cuidado para a homeostase corporal que repercutem na integridade da pele.

Essa interpretação pode ser complementada pelos termos avaliação e dieta presentes na zona de contraste, que também trazem a conotação da participação dos demais profissionais da equipe interdisciplinar no contexto avaliativo do risco do paciente em desenvolver LPP. Isso porque a avaliação abarca elementos como a nutrição e a hidratação, e a dieta é um cuidado prescrito ao paciente para que a nutrição esteja equilibrada em relação às suas necessidades corporais.

Para essa avaliação são utilizadas escalas de estratificação do risco, geralmente preenchidas por enfermeiros, que possuem em seu escopo inúmeros questionamentos relacionados às condições clínicas do paciente em toda a sua amplitude, avaliando-se nesse contexto os fatores de risco para o desenvolvimento da LPP. Segundo o protocolo institucional, os profissionais devem proceder a avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação; realizar a avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos (ALMEIDA, 2016).

Acerca disso, as pesquisas sobre o tema que abordam a avaliação da integridade da pele e do risco de desenvolver as LPP, reforçam que essa é uma barreira ou dificultador para a integralidade dos cuidados que envolvem as medidas preventivas. Um dos pontos sensíveis dessa avaliação parece ser a interação entre a equipe interdisciplinar, com possibilidade de existência de dificuldades com o trabalho cooperativo no contexto da prevenção.

Nesse sentido, no contraponto com o núcleo central, a avaliação adequada e individualizada das variáveis multidimensionais que implicam na integridade da pele do paciente orienta a prestação do cuidado de enfermagem preventivo com qualidade. Por outro lado, os termos presentes na zona de contraste podem desvelar uma zona de conflito, particularmente quanto às falhas no emprego das medidas preventivas relacionadas com a ausência de uma avaliação adequada.

Essa análise é ratificada pelo resultado de pesquisa desenvolvida com 97 enfermeiros e auxiliares de enfermagem da Colômbia que indicou fragilidade no uso de escalas de avaliação de risco da LPP (ACENDRA et al., 2016). Nessa investigação avaliou-se o cumprimento de cuidados de enfermagem para prevenção da LPP a partir de um instrumento de observação que categorizou os níveis de cumprimento das ações de prevenção em excelente, significativo, parcial, mínimo e não cumprimento.

Em relação ao cumprimento geral, 45% das ações foram categorizadas como não cumprimento e 35% como cumprimento excelente. As ações de prevenção de maior cumprimento pela equipe de enfermagem foram executar plano de cuidados (54%), utilizar os elementos disponíveis para prevenção (54%) e registrar fatores de risco (53%); e os menos empregados pelos enfermeiros foram avaliar o grau de risco com o uso de escalas reconhecidas e reavaliar e ajustar segundo o estado do paciente com 58% (ACENDRA et al., 2016).

Outros estudos internacionais sobre as práticas executadas por enfermeiros no que tange à prevenção da LPP corroboram a necessidade de padronização da avaliação do risco da LPP, como do estudo de Amoldeep et. al. (2019). Esses pesquisadores avaliaram as práticas de prevenção de LPP entre os enfermeiros de hospital terciário da Índia e desenvolveram diretrizes para cuidados com pontos de pressão.

Segundo seus achados, 93,3% dos enfermeiros da amostra de 157 participantes estavam realizando práticas adequadas, mas destacaram que ainda persiste a execução de práticas inadequadas, entre elas a falta de uma ferramenta de avaliação de risco para LPP, ou seja, as enfermeiras não avaliavam sistematicamente a pele quanto à presença ou não de LPP. Como produto da pesquisa desenvolveram as Diretrizes para Prevenção das LPP para a unidade cenário da pesquisa, incluindo: avaliação, prevenção e gerenciamento (AMOLDEEP et al., 2019).

Investigação que ilustra o envolvimento dos demais membros da equipe multiprofissional foi realizada em hospital de reabilitação da Arábia Saudita com 105 participantes, dentre os quais enfermeiros, terapeuta físico, terapeuta ocupacional e médicos de reabilitação física, para avaliar o conhecimento e as atitudes dos profissionais sobre a prevenção da LPP (KADDOURAH et al., 2016).

Na avaliação do conhecimento, a pontuação média das respostas corretas foi de 34,1 (numa escala que ia de 0 a 47), obtida por 71,5% dos participantes. O escore médio maior ou igual a 70% foi obtido por 73,3% dos participantes. Quanto à escala de atitudes, a pontuação média foi de 30,5 (56,5%), com a pontuação mais baixa possível (atitudes negativas) de 11 e a pontuação mais alta de 55 (atitudes positivas). Os autores consideraram que os participantes alcançaram um nível de conhecimento médio e exibiram atitudes insatisfatórias em relação à prevenção da LPP, o que suscita aumentar a conscientização dos profissionais com foco na melhoria das atitudes (KADDOURAH et al., 2016).

Compuseram a segunda periferia os termos menos frequentes e menos importantes abordados pelos participantes (OLIVEIRA et al., 2005). No caso da pesquisa, os termos presentes revelaram outras dimensões dos cuidados fundamentais ao paciente em risco de desenvolver LPP, em vista do atendimento das suas necessidades. A dimensão da observação do paciente, que envolveu os termos atenção e vigilância; a dimensão da gestão, que envolve o monitoramento do horário da mudança de decúbito; e uma dimensão técnica de realização do curativo.

Conjectura-se que o termo leito-ergonomia possa indicar uma dimensão afetiva negativa implicada na ação de mudar o decúbito, já que pode remeter às repercussões físicas causadas nos profissionais a partir do emprego das medidas preventivas. Os afetos são “a coloração emotiva que impregna a existência humana e em particular a relação com o mundo” (ARRUDA, 2009, p.89).

Abarcam os sentimentos e as emoções. Os primeiros incluem os estados de ânimo (ansiedade, depressão) e as avaliações (positivo/negativo), enquanto as emoções são um fenômeno complexo, que podem interromper o fluxo normal da cognição e ação (medo/raiva) (ARRUDA, 2009).

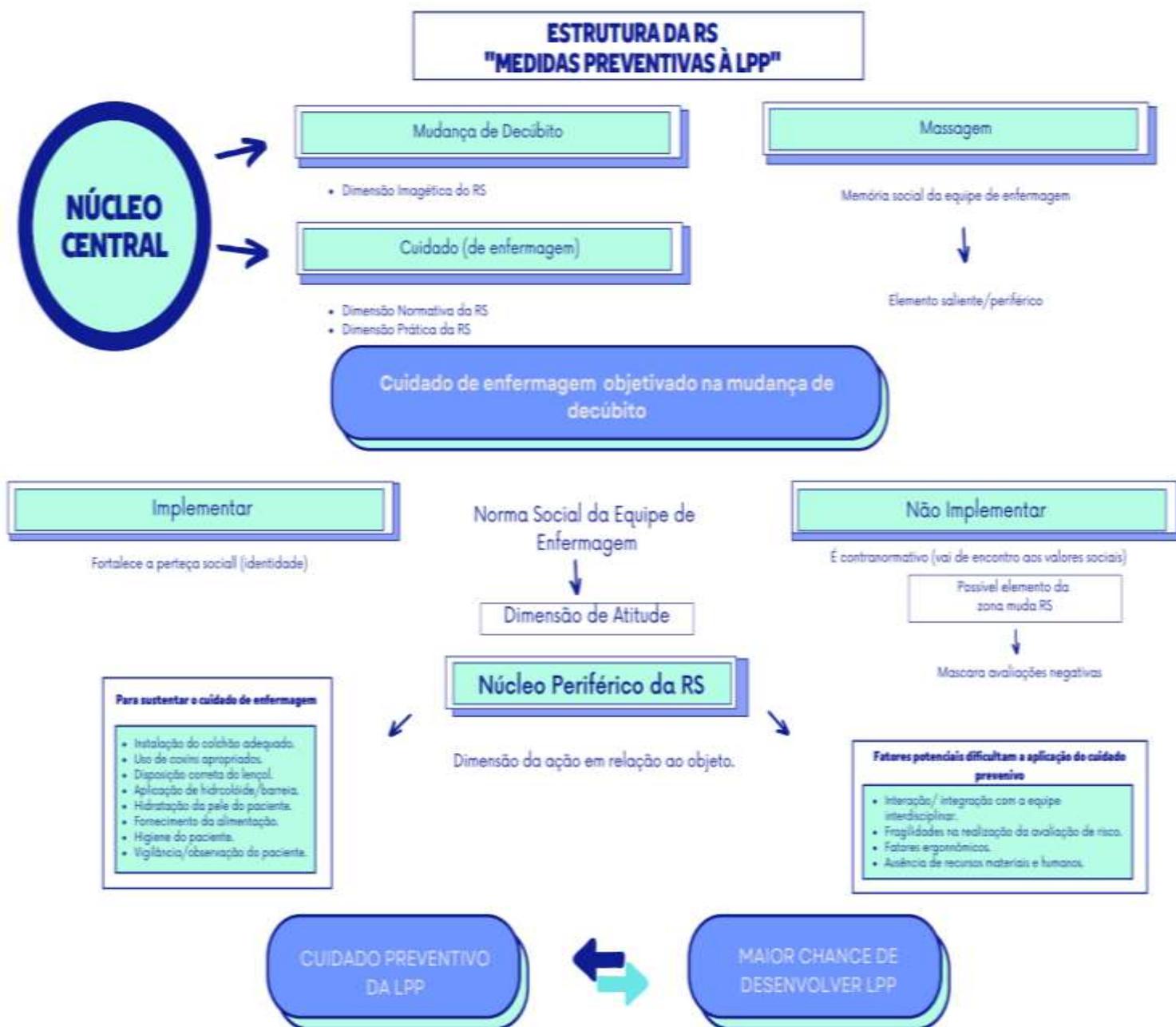
Em relação à interface entre afetos e pensamento cotidiano, sublinha-se que esse último se constrói a partir da tensão das situações do dia a dia, das pessoas que estarão

presentes nessas situações, da tarefa a executar, ou seja, nas demandas pragmáticas da existência social. Nessas ocasiões, a expressão do pensamento em prescrições, juízos, conceitos não é indiferente ao outro, ao contrário, parte-se do entendimento de que nossas ações vão nos afetar porque vão atingir os outros. Nesse sentido, o cotidiano promove os afetos, “que nos sacode e nos coloca em outro estado de ser, que nos empurra para a ação. Ou nos revela um mundo inesperado a elaborar” (ARRUDA, 2009, p.88).

Portanto, os afetos não são vividos por um indivíduo solitário em função dos seus humores ou disposições mentais, mas se dão no cotidiano na relação com o mundo e com o outro. Na interpretação do fenômeno da pesquisa, os afetos negativos associados ao cansaço físico do profissional, considerando a necessidade de atenção à sua ergonomia em relação ao leito do paciente como requisito para a proteção da saúde do trabalhador de enfermagem, pode repercutir na dimensão prática dos profissionais, com menor adesão às medidas preventivas.

A Figura 03 apresenta o esquema ilustrativo da estrutura das RS das medidas preventivas à LPP.

Figura 03 – Esquema demonstrativo do Núcleo Central da Representação Social das Medidas preventivas à LPP



Fonte: autoria própria, 2021.



CAPÍTULO 05

ABORDAGEM PROCESSUAL

5 RESULTADOS DA ABORDAGEM PROCESSUAL

5.1 – Características sociodemográficas dos entrevistados

No intento de conhecer as condições da produção da RS, os dados sociodemográficos dos participantes são considerados relevantes, pois possibilitam caracterizar os entrevistados quanto ao grupo de pertença. Tais informações contribuem para a compreensão das representações a partir do contexto em que esses participantes estão inseridos. A Tabela 03 apresenta a frequência absoluta e percentual das características sociodemográficas e profissionais dos entrevistados.

Tabela 03 - Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes entrevistados.

Variáveis Psicossociais e Profissionais	n	%
DADOS PESSOAIS		
SEXO		
Feminino	23	82,2
Masculino	05	17,8
IDADE		
20 – 30 anos	05	17,8
31 – 50 anos	17	60,8
> 50 anos	06	21,4
RELIGIÃO		
Católica	16	57,2
Evangélica	10	35,7
Não Possui	02	7,1
DADOS PROFISSIONAIS		
PROFISSÃO		
Enfermeira(o)	18	64,2
Téc. de enfermagem	10	35,8
FORMAÇÃO		
Instituição Pública	14	50,0
Instituição Privada	14	50,0
OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO		
Sim	18	64,3
Não	10	35,7

TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE		
05 – 10 anos	19	67,8
10 – 20 anos	07	25,0
> 20 anos	02	7,2
CLÍNICA DE ATUAÇÃO		
Clínica Geral Feminina	12	42,8
Clínica Geral Masculina	16	57,2
FORMAÇÃO ACADÊMICA COMPLEMENTAR (n=14)		
Téc. de enfermagem com graduação	03	21,0
Enfermeira(o) pós-graduado	11	79,0
PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTO DE PREVENÇÃO À LPP		
Sim	25	89,3
Não	03	10,7
ACESSO AS DIRETRIZES DE PREVENÇÃO À LPP		
Sim	25	89,3
Não	03	10,7

Fonte: Dados da pesquisa.

De maneira geral, houve um predomínio na participação de enfermeiras, com idade superior a 30 anos, atuando na instituição, no mínimo, há cinco anos e que possuíam mais de um vínculo empregatício. Além disso, a maioria possui, no mínimo, uma Pós-graduação Lato Sensu finalizada, distribuídas nas seguintes especialidades: Saúde Pública (03), Urgência e Emergência (03), Unidade de Terapia Intensiva (03), Auditoria (02), Epidemiologia (01), Saúde do trabalhador (01), Central de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico (01), havendo, portanto, uma formação complementar importante.

Quanto à formação acadêmica dos técnicos de enfermagem, do total pesquisado, dois técnicos eram formados em enfermagem e um em nutrição, os demais não possuíam formação acadêmica complementar. Destaca-se também nos dados profissionais a adesão aos treinamentos relacionados às medidas preventivas à LPP, já que quase noventa por cento dos entrevistados participou de algum tipo de atualização nos últimos anos sobre o tema e tiveram acesso às diretrizes mais atuais de prevenção à LPP.

Tais características de formação, qualificação e atualização contribuem para desvelar os sentidos imersos nas falas oriundas das entrevistas, na tentativa de acessar as RS do grupo no contexto do objeto de pesquisa, servindo de referência para as análises. Assim, no Quadro 10 apresenta-se a caracterização de cada entrevistado no que tange aos dados sociodemográficos.

Quadro 10 - Caracterização dos participantes segundo variáveis psicossociais e demográficas. Rio de Janeiro, 2021.

PARTICIPANTE	CARACTERIZAÇÃO
Part. 01	Feminino; Téc. de enfermagem; 48 anos; sem religião; formação em instituição privada; 18 anos de formação; nove anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há dois anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui graduação em enfermagem; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre LPP em 2018; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP).
Part. 02	Feminino; Téc. de enfermagem; 24 anos; evangélica; formação em instituição privada; quatro anos de formação; quatro anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há três anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui graduação; não possui pós-graduação; não participou de treinamento sobre prevenção à LPP; não teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP.
Part. 03	Feminino; Enfermeira; 51 anos; católica; formação em instituição privada; 26 anos de formação; 18 anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há oito anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em Auditoria; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2018; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pela internet.
Part. 04	Feminino; Enfermeira; 34 anos; evangélica; formação em instituição privada; 16 anos de formação; seis anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há três anos; plantonista noturno; atua em Unidade de Saúde da Família; possui pós-graduação em Saúde do Trabalhador; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2018; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção a LPP pelo NEP.
Part. 05	Feminino; Enfermeira; 33 anos; evangélica; formação em instituição privada; nove anos de formação; seis anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há três anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2018; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP, pelo NEP.
Part. 06	Masculino; Enfermeiro; 38 anos; católico; formação em instituição privada; 10 anos de formação; sete anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há três anos; plantonista diurno/noturno; atua como enfermeiro no SAMU; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2018; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção a LPP pelo NEP.
Part. 07	Feminino; Enfermeira; 35 anos; evangélica; formação em instituição pública; 13 anos de formação; 10 anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há quatro anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em Urgência e Emergência; não participou de treinamento sobre prevenção à LPP; não teve acesso às diretrizes atuais de prevenção a LPP.
Part. 08	Masculino; Téc. de enfermagem; 45 anos; católico; formação em instituição pública; 23 anos de formação; seis anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há três anos; diarista vespertino; atua como enfermeiro em outra unidade hospitalar; possui graduação em enfermagem; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 09	Feminino; Enfermeira; 35 anos; evangélica; formação em instituição pública; 15 anos de formação; 13 anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há cinco anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em Epidemiologia; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção a LPP pelo NEP.
Part. 10	Feminino; Enfermeira; 37 anos; evangélica; formação em instituição privada; nove anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há três anos; plantonista diurno; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em UTI; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 11	Feminino; Téc. de enfermagem; 29 anos; sem religião; formação em instituição privada; cinco anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há quatro anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui graduação; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 12	Feminino; Téc. de enfermagem; 55 anos; católica; formação em instituição pública; 35 anos de formação; 25 anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há 10 anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui graduação; não possui pós-graduação; não participou de treinamento sobre prevenção à LPP; não teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP.
Part. 13	Feminino; Téc. de enfermagem; 35 anos; evangélica; formação em instituição pública; 15 anos de formação; 10 anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há 10 anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; possui graduação em Nutrição; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP e internet.
Part. 14	Feminino; Enfermeira; 44 anos; católica; formação em instituição pública; 25 anos de formação; 18 anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há cinco anos; diarista manhã; atua em outra instituição de saúde hospitalar; possui pós-graduação em Auditoria e Obstetrícia; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve

	acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 15	Feminino; Enfermeira; 42 anos; católica; formação em instituição pública; 23 anos de formação; 16 anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há 10 anos; diarista manhã; atua em uma Unidade de Pronto Atendimento; possui pós-graduação em Centro de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2018; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 16	Feminino; Enfermeira; 47 anos; católica; formação em instituição pública; 21 anos de formação; 18 anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há 12 anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em UTI; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP e internet.
Part. 17	Feminino; Enfermeira; 37 anos; católica; formação em instituição privada; sete anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há quatro anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 18	Feminino; Enfermeira; 60 anos; católica; formação em instituição pública; 39 anos de formação; 28 anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há 18 anos; diarista manhã; atua em Unidade de Saúde da Família; possui pós-graduação em Saúde Pública; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 19	Feminino; Téc. de enfermagem; 26 anos; evangélica; formação em instituição privada; seis anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há três anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui graduação; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP.
Part. 20	Feminino; Enfermeira; 65 anos; católica; formação em instituição pública; 16 anos de formação; 10 anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há seis anos; diarista manhã; não atua em outra instituição de saúde; possui pós-graduação em Saúde Pública; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP.
Part. 21	Feminino; Enfermeira; 29 anos; católica; formação em instituição pública; oito anos de formação; seis anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há quatro anos; diarista manhã; atua em Unidade de Saúde da Família; possui pós-graduação em Saúde da Família; Participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 22	Feminino; Téc. de enfermagem; 54 anos; evangélica; formação em instituição privada; 12 anos de formação; oito anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há seis anos; plantonista diurno; atua em Unidade de Saúde da Família; não possui graduação; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP.
Part. 23	Feminino; Téc. de enfermagem; 51 anos; católica; formação em instituição pública; 22 anos de formação; 16 anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há 10 anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui graduação; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP.
Part. 24	Masculino; Enfermeiro; 28 anos; católico; formação em instituição privada; cinco anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há três anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 25	Feminino; Enfermeira; 32 anos; católica; formação em instituição privada; cinco anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há quatro anos; plantonista diurno/noturno; não atua em outra instituição de saúde; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 26	Feminino; Enfermeira; 38 anos; católica; formação em instituição pública; cinco anos de formação; cinco anos de atuação no hospital; atua na clínica feminina há quatro anos; plantonista diurno/noturno; atua em Unidade de Saúde da Família; possui pós-graduação em Saúde Pública; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP, pelo NEP.
Part. 27	Masculino; Téc. de enfermagem; 31 anos; católico; formação em instituição privada; 10 anos de formação; seis anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há três anos; plantonista diurno/noturno; atua em outra unidade hospitalar; não possui graduação; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção à LPP pelo NEP.
Part. 28	Masculino; Téc. de enfermagem; 42 anos; evangélico; formação em instituição pública; nove anos de formação; sete anos de atuação no hospital; atua na clínica masculina há quatro anos; plantonista diurno/noturno; atua em outra unidade hospitalar; não possui graduação; não possui pós-graduação; participou de treinamento sobre prevenção à LPP em 2019; teve acesso às diretrizes atuais de prevenção a LPP pelo NEP.

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 ANÁLISE TEXTUAL ATRAVÉS DO SOFTWARE ALCESTE

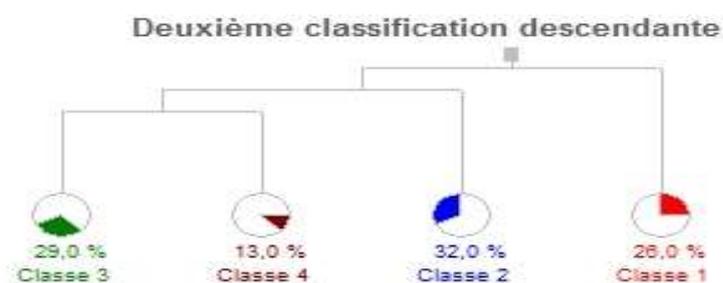
No corpus formado por 28 entrevistas submetidas ao processamento pelo software Alceste, no que se refere ao cálculo do dicionário, obteve-se o número total de 60.538 ocorrências, sendo 4.628 formas distintas ou palavras diferentes. Assim, o percentual de riqueza de vocabulário foi de 98,96%, o que resultou no aproveitamento de 77% do material processado. O corpus dividiu-se em 1.395 UCE e, em duas classificações hierárquicas descendentes, manteve a subdivisão em dois blocos de classes, com um total de quatro classes lexicais.

Sobre o processo de partição apresentado na Figura 04, se observa que o corpus sofreu uma primeira divisão em dois blocos, um que deu origem a classe 1, e o outro que, logo em seguida, se subdividiu e gerou a classe 2 em separado. Posteriormente, esse bloco sofreu nova partição para originar as classes 03 e 04.

A análise das aproximações e distanciamentos entre os dois grandes blocos revelou que o primeiro bloco se estruturou em torno das ações do cuidado preventivo de enfermagem para atender a demanda dos pacientes em risco de desenvolver a LPP. Nesse sentido, apresenta os tipos de medidas preventivas utilizadas pela equipe no cotidiano da prática assistencial. Esse bloco foi denominado: **“Prática assistencial das medidas preventivas à LPP e suas implicações para a equipe de enfermagem”**.

O segundo bloco reuniu as classes 2, 3 e 4. Esse bloco foi estruturado em conjunto pois é atravessado pelas situações de não adesão pela equipe às medidas preventivas, abordando em cada uma das classes os diferentes aspectos que incidem na prática dos profissionais, quais sejam: individuais/estruturais (classe 2), da gestão do cuidado (classe 3) e contextuais (classe 4). Além disso, as classes estabelecem interfaces com as potenciais repercussões na segurança do paciente. O bloco 2 foi intitulado: **“Fatores que influenciam na implementação das medidas preventivas e os nexos com a segurança do paciente”**.

Figura 04 - Formação da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

A Figura 05 apresenta a representatividade numérica das classes em relação ao corpus, com detalhamento quanto ao número de UCE e número de palavras analisadas. Na Figura 06 está retratada a Classificação Hierárquica Descendente. Em seguida foi feita a descrição temática de cada classe, com suporte das UCE originadas, bem como da Classificação Hierárquica Ascendente para aprofundamento analítico.

Figura 05 – Repartição das classes e número de palavras analisáveis, por classe



Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

Figura 06 –Classificação Hierárquica Descendente



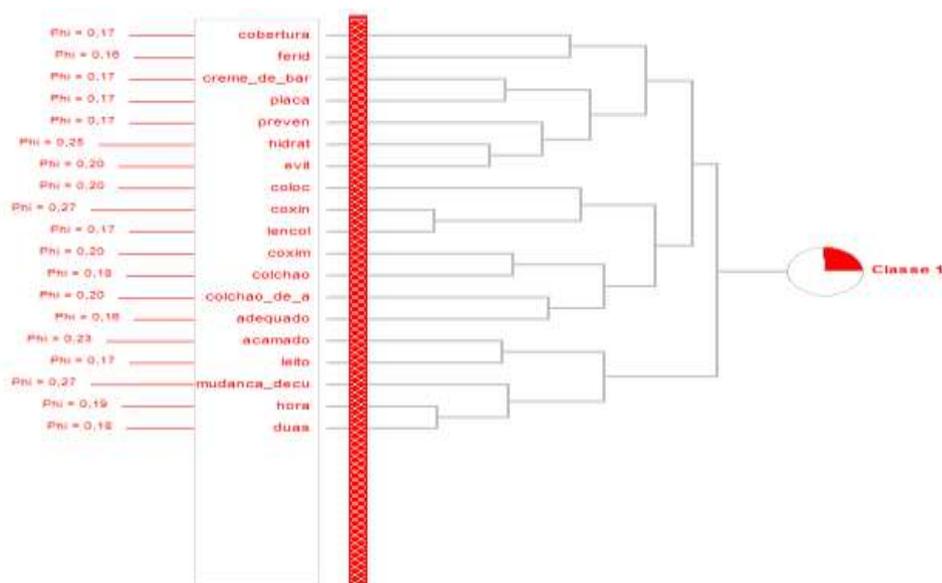
Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

5.2.1 - Classe 1 – Tipos de medidas preventivas à LPP aplicadas pela equipe de enfermagem no cotidiano assistencial

A classe 1 foi formada por 277 UCE, correspondendo a 26% do resultado do processamento do corpus feito pelo software Alceste. Essa classe foi marcada pelo discurso sobre as modalidades de medidas preventivas à LPP implementadas no cotidiano da prática pelos profissionais de enfermagem, tanto a partir do emprego das tecnologias de cuidado quanto dos processos assistenciais. Assim, na classe 1 foram destacados os dispositivos utilizados no âmbito da execução das medidas preventivas à LPP, bem como as rotinas de cuidado.

A Figura 07, que apresenta a árvore hierárquica ascendente da Classe 1, é ilustrativa desse mundo lexical, cuja análise permite uma apreensão primeira do seu conteúdo. Uma das ligações de relevância foi a que ocorreu entre os léxicos acamado x leito e mudança de decúbito x duas x horas, ou seja, ressaltou-se a aplicação da mudança de decúbito a cada duas horas em pacientes que se encontram acamados no leito. Outras ligações que se evidenciaram foram entre os léxicos coloca x coxins e lençol; e evite x hidratação x prevenção, as quais revelaram o emprego dos coxins para posicionamento do paciente no leito e a preocupação com o seu estado de hidratação enquanto importantes medidas preventivas.

Figura 07 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1



Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

O Quadro 11 mostra os léxicos da classe 1 de maior Phi² que ganharam destaque na Classificação Hierárquica Descendente, com base nos quais foi realizado o aprofundamento analítico considerando a sua presença nas uce, em vista da apreensão dos sentidos veiculados pelos participantes sobre o fenômeno de estudo.

Quadro 11 - Classe 1 - Classificação Hierárquica Descendente. Rio de Janeiro, 2021.

CLASSE 1			
Forme	Phi	Effectif	Percent
Mudança Decúbito	0,27	70	64%
Coxins	0,27	41	87%
Hidratação	0,25	40	88%
Acamado	0,23	36	75%
Colocar	0,20	60	58%
Colchão de Ar	0,20	23	87%
Evitar	0,20	32	71%
Coxim	0,20	15	100%
Horas	0,19	56	56%
Duas	0,18	46	68%
Colchão	0,18	22	82%
Prevenção	0,17	56	52%
Placa	0,17	14	93%
Cobertura	0,17	15	93%
Creme de Barreira	0,17	15	93%
Ferida	0,16	36	64%
Leito	0,17	22	71%
Lençol	0,17	17	80%
Adequado	0,16	12	92%
Dieta	0,16	12	100%
Região	0,16	14	100%
Tiver	0,16	28	64%
Proteção	0,15	14	86%
Materiais	0,15	32	60%
Movimentação	0,15	14	86%
Paciente	0,14	233	34%
Lençóis	0,14	9	100%
Variáveis: Tempo de formação de 0 – 5 anos			

Fonte: Relatório Alceste, 2021.

O léxico “mudança de decúbito” como de maior associação à classe expressou a importância que essa medida assume para os profissionais no contexto da prevenção da LPP, a qual deve ser realizada baseada em uma avaliação clínica criteriosa, mas comumente implementada, segundo os profissionais, a cada duas horas para que tenha sua eficácia potencializada. Nesse sentido, os termos “acamado, duas e horas” utilizados pelos participantes situaram como essa medida se insere nas rotinas assistenciais.

UCE n° 1065 *part 23

“Na verdade, lesão por pressão é falta de mudança de decúbito, colchão de ar para evitar que ele crie feridas no posicionamento. Dou banho no paciente, hidrato a pele dele todinha e aí de acordo com os horários mudo ele de posição, manter ele no colchão de ar, confortável para ele não fazer muita pressão”.

UCE n° 608 *part 13

“Sobre a prevenção na nossa clientela, que são pacientes crônicos e acamados, é super importante, pois há pacientes que ficam aqui até anos internados e o cuidado na prevenção é muito importante, na mudança de decúbito, na nutrição, no uso de colchão adequado”.

UCE n° 1326 *part 28

“Em pacientes restritos ao leito, a gente está executando a cada duas horas [a mudança de decúbito], usando o material disponível dentro da área hospitalar, como o creme de barreira, a placa de hidrocolóide e assim por diante. A gente tenta empregar elas conforme o paciente que a gente tem”.

O léxico “coxins” também surgiu com destaque na classe, indicando a necessidade de uso desses dispositivos na prevenção da LPP. Os coxins exercem a função de proteção das proeminências ósseas contra o atrito e ajudam na manutenção da posição do paciente após a mudança de decúbito, contribuindo para a promoção da integridade da pele.

UCE n° 991 *part 22

“Receber o paciente, os cuidados diários seriam o banho, o ajuste do lençol no leito, a proteção com os coxins, a mudança de decúbito, por aí vai, se tiver algum processo inflamatório, uma flebite, cuidados com mais proteção ao curativo, prevenção mesmo”.

UCE n° 1123 *part 24

“Lá no setor onde eu estou lotado, geralmente quando um paciente idoso chega, a gente já entra com umas plaquinhas de proteção, uma placa de hidrocolóide, uma placa de baiatan que tem ali, para facilitar a gente já tem os coxins”.

UCE n° 731 *part_16

“Os técnicos de enfermagem, eles são quem têm uma certa adesão à prevenção, eles se preocupam, colocam também os coxins para durante a mobilização para evitar atrito com as proeminências ósseas e o uso de coxins e curativos de prevenção é constante”.

Quando analisados em articulação, os léxicos “coxins x lençol x lençóis” denotaram que, por falta desse dispositivo no serviço, é comum a utilização de lençóis enrolados em substituição, conforme apresentou o participante 22 na UCE n° 1003. O participante 27 também corroborou o sentido dessa análise quando afirmou que “sempre está fazendo coxins”.

UCE n° 1003 *part 22

“A gente providencia, eu mesmo faço aqueles rolos de lençol para colocar, para tentar segurar o paciente de lado, por exemplo, mudança de decúbito, dois ou três lençóis são poucos lençóis, isso também não ajuda eu acho”.

UCE n° 1281 *part 27

“Evitar qualquer dano com o paciente em relação à lesionar a pele dele. A gente sempre tenta fazer com que o paciente fique o mais confortável possível, os acamados principalmente. A gente tem que estar sempre atento em relação às protuberâncias ósseas, a gente sempre está fazendo coxins e hidratando aquela região, fazendo massagem para ativar a circulação naquela região, e tem pacientes que têm restrição de movimento”.

As palavras evitar, prevenir e hidratação apareceram próximas, com isso, apontaram que para prevenir a LPP a hidratação do paciente é essencial. Dessa feita, a hidratação relaciona-se tanto a utilização de algum produto para a hidratação da pele, como pode relacionar-se ao uso de líquidos por ingestão oral e por via intravenosa para a manutenção da homeostase em relação ao equilíbrio hídrico. Nesse último caso, está na dependência da atuação de outros membros da equipe multiprofissional.

UCE n° 1121 *part 24

“Pacientes muitos desidratados, então são pacientes que necessitam de um cuidado, geralmente já com lesão por pressão, mas que eu penso que geralmente isso é falta de mudança de decúbito, de uma cobertura, de curativos mais adequados, uma hidratação”.

UCE n° 114 *part 03

“Se você tem como evitar uma lesão por pressão com um colchão de ar, com óleo de girassol, com uma coisa mais simples como a mudança de decúbito, com hidratação, tomar líquido, tomar coisa que fortalece a pele, tomar colágeno verisol”.

UCE n° 725 *part 16

“Eu oriento para não esfregar a região dorsal, evitar atrito mecânico com produto próprio da higienização, para não esfregar a região dorsal. Em seguida orientamos a hidratação adequada com uso de AGE ou creme de barreira contendo AGE”.

O emprego de outras medidas preventivas à LPP foi representado pelo verbo colocar, que retratou essa dimensão prática do cuidado preventivo. Isso envolve o uso de dispositivos como colchão de ar, colchão, cobertura e creme de barreira, léxicos que também se sobressaíram na CHD. Essas medidas se somam à mudança de decúbito para promover uma assistência integral e de qualidade aos pacientes com risco de desenvolver a LPP. Os participantes sinalizaram, por exemplo, a necessidade do colchão adequado, que seja capaz de redistribuir a pressão pelo corpo e esteja disponível para ser colocado nos pacientes acamados.

UCE n°1394 *part 28

“O paciente que precisa de uma cama, por mais que ele esteja numa enfermaria, ele precisa de uma cama elétrica, ele tem que ter essa cama, tem que ter o colchão de ar, se necessita, tem que ter o creme de barreira para a prevenção”.

UCE n° 1193 *part 25

“Mas também a descompressão tem como realizar mesmo com o paciente instável. É de equipe para equipe, eu coloco sempre em primeiro plano quando estou de plantão e tem admissão, eu já coloco a placa para prevenção, já peço para instalar o colchão caixa de ovo que é o que nós temos, já oriento para tirar os lençóis da cabeça”.

UCE n° 1263 *part 26

“Quando eu for admitir o paciente acamado, restrito ao leito e que tem pouca movimentação no leito, o que que é a primeira coisa que eu tenho que pensar? _Colchão de ar, eu já estou pensando na prevenção de lesão por pressão”.

A palavra “placa” presente na Classe 1 emergiu com dois sentidos, o primeiro de que seria uma placa protetiva/preventiva, quando a pele se encontra hiperemiada (Lesão categorizada como Estágio I), utilizada principalmente em conjunto com o creme barreira. O segundo relacionou-se à placa de sinalização do risco, uma vez que, em ambas as clínicas de internação do cenário da pesquisa, quando o paciente apresenta risco para LPP há uma placa que é instalada na beira do leito com identificação dos possíveis riscos assistenciais, entre eles o de LPP.

UCE n° 1162 *part 24

“Devemos frisar muito pela questão da admissão, o paciente chegou você vai lá e avalia, esse aqui vai ter um risco. É um paciente idoso? É um paciente acamado? _Então já vamos colocar uma placa, já pega um colchãozinho”.

UCE n° 481 *part 10

“Porque de duas em duas horas cai em esquecimento, o colega eu já não sei o que faz, mas o que eu fiz quando a mudança de decúbito tem que ser de duas em duas horas, ou em menos tempo, ou de três em três? _Eu fiz uma plaquinha e colocava no leito”.

UCE n° 483 *part 10

“Esse paciente que está aqui, está precisando de uma mudança de decúbito de duas em duas horas, e o técnico vai ter que checar lá, porque fiz a plaquinha na folha A4, ele checa, marca um X”.

UCE n° *part 22

“Vamos supor, na região sacral, ontem eu estava com um paciente e foi constatada hiperemia na região sacral, ou dorsal, um exemplo, aí foi feita a prevenção, o curativo com creme de barreira, então creio que eles estejam utilizando o creme de barreira e isso está ajudando”.

Os participantes 10, 25 e 05 pontuaram ainda a participação ativa da equipe da Comissão de integridade da pele como suporte ao emprego das medidas preventivas, o que revelou que tais comissões têm um papel importante para um cuidado de maior qualidade, principalmente quando são consultivas e promovem o apoio e orientação aos profissionais que estão em contato direto com o paciente.

UCE n° 224 *part 05

“Com uma proeminência óssea mais exposta, eu costumo chamar a equipe do curativo, para orientar quanto ao uso das medidas preventivas, geralmente quando o paciente já está acamado, antes mesmo de admitir”.

UCE n° 489 *part 10

“Ela faz sempre cursos que nos ajudam, o estado está ajudando bastante na questão de material agora, que tem bastante material muito diferenciado, material caro para curativo, para evitar lesão por pressão, a enfermeira da integridade da pele está sempre ali nos ajudando, está meio que responsável pela questão da prevenção e do tratamento de feridas”.

UCE n° 1202 *part 25

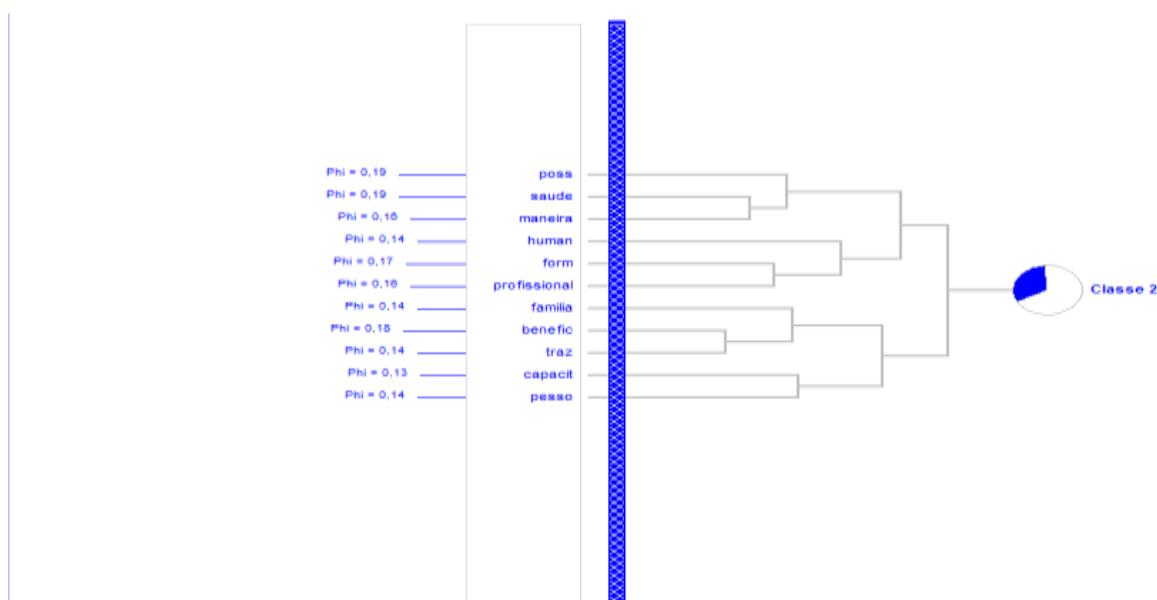
“Tem a enfermeira da integridade da pele também que é da comissão de curativo e de lesão por pressão, tem ela agora que está sempre entrando em contato conosco, pedindo foto, tirando dúvida, qualquer hora a gente manda foto com dúvidas do que aplicar, qual cobertura usar, ela sempre está tirando as dúvidas”.

5.2.2 - Classe 02 – Implementação versus não implementação das medidas preventivas: motivações, benefícios e malefícios

A Classe 2 foi formada por 339 UCE, sendo a classe lexical gerada de maior expressão numérica, pois correspondeu a 32% do corpus processado. A classe retratou o discurso sobre os benefícios da implementação das medidas preventivas para pacientes e familiares, bem como os prejuízos ao paciente quando essa prática não ocorre conforme o recomendado. Nesse caso, trouxe os fatores elencados pelos participantes que justificariam essa não implementação.

A Figura 08 é a Árvore Hierárquica Ascendente da Classe 2, na qual se visualizam as conexões entre as palavras: possível, maneira e saúde; traz, benefício e família; capacitação e pessoal, formação e profissional. Tais ligações sinalizam que há profissionais que buscam atuar da melhor maneira possível, para trazer benefícios à saúde do paciente e, por conseguinte, à sua família, a partir do seu retorno para casa. Um dos fatores que aparece em relevo na CHA que repercute nessa atuação é a capacitação pessoal/profissional, visando à garantia da implementação das medidas preventivas.

Figura 08 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2



Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

O Quadro 12 apresenta os léxicos que compuseram a Classe 2, com base nos quais buscou-se apreender as características desse mundo lexical a partir do seu cruzamento com as UCE.

Quadro 12 - Classe 2 - Classificação Hierárquica Descendente. Rio de Janeiro, 2021.

CLASSE 2			
Forme	Phi	Effectif	Percent
Possível	0,19	45	70%
Saúde	0,19	24	92%
Benefício	0,18	17	100%
Forma	0,17	36	69%
Maneira	0,16	17	89%
Profissional	0,16	42	65%
Traz	0,14	15	83%
Humano	0,14	12	92%
Pessoa	0,14	83	49%
Família	0,14	17	63%
Casa	0,13	17	80%
Correta	0,13	20	79%
Capacitação	0,13	17	82%
Dessa	0,13	30	61%
Poderia	0,13	17	74%
Parada	0,12	15	78%
Vou	0,13	45	55%
Jeito	0,12	15	78%
Sei	0,12	49	53%
Grau	0,12	20	71%
Piora	0,12	4	85%
Feliz	0,12	8	100%
Quer	0,12	40	57%
Negligência	0,12	12	90%
Errado	0,11	11	83%
Pai	0,11	8	100%
Agravante	0,11	8	89%
Variáveis: Sexo masculino			

Fonte: Relatório do Alceste.

Os léxicos “saúde, possível e benefícios” foram os que obtiveram um valor mais alto de Phi2 na classe 2, logo, foram entendidos como de grande relevância para a compreensão do mundo lexical que o conjunto de palavras dessa classe expressou em relação ao fenômeno de investigação. Nessa lógica, o emprego das medidas preventivas pela enfermagem interfere positivamente na saúde do paciente (pessoa), trazendo benefícios para a sua recuperação. Assim, a despeito de outras dificuldades que os profissionais enfrentam no cotidiano assistencial, muitos conferem importância e aderem às medidas preventivas em prol da saúde do paciente.

UCE nº 1385 *part 28

Um grau de importância de extrema necessidade, porque se a gente não executar essas medidas, a gente acaba deixando de contribuir para a saúde do cliente.

UCE nº 1095 *part 23

Pelo certo tempo tem uns que entram na linha, outros quando não entram, tem jeito não. O grau máximo, porque prevenir você vai evitar que ele piore, que ele adoça mais, então para mim a prevenção teria que ser em primeiro lugar.

Em complemento a essa análise, os léxicos “traz, benefício, família e casa” expressaram os impactos positivos do emprego das medidas preventivas na saúde do paciente em relação ao não desenvolvimento da LPP ou não progressão da lesão no caso da sua vigência. Sob essa ótica, ao prevenir a ocorrência da LPP contribui-se para a recuperação mais rápida do paciente, facilitando o retorno para o seu lar (alta hospitalar) e para a convivência da sua família, o que carrega o sentido de benefício para o profissional de enfermagem, que de alguma forma se sente realizado.

UCE nº 839 *part 18

“Me traz sim benefícios, eu fico satisfeita em poder contribuir para que aquele paciente se recupere o mais depressa possível e voltar para sua comunidade, para sua família, porque a gente implementando essas medidas vai melhorar o conforto do paciente”.

UCE nº 1388 *part 28

“O maior benefício profissional que a gente pode ter é ver o nosso paciente sair de alta, isso é fundamental. Saber que ele não tem nenhum tipo de lesão, saber que a pelezinha está lisa, está bonitinha, conforme ele chegou”.

UCE n° 845 *part 18

“É claro que a gente não quer essas recompensas assim, a recompensa que a gente quer ver é o paciente saindo, indo para casa dele, mas se tem um agrado, claro que todos ficam felizes”.

Ao contrário, quando a utilização das medidas preventivas não ocorre conforme o recomendado, os potenciais impactos negativos advindos da ocorrência da LPP vêm à tona nos depoimentos dos participantes. Isso foi ilustrado pelos léxicos “agrava, piora, grau”. Esses impactos perpassaram o aumento do tempo de internação/recuperação, a aquisição de um novo problema de saúde no ambiente hospitalar, a piora do estado clínico, o aumento da demanda de cuidados de enfermagem, o afastamento do seu contexto social, em especial do mercado de trabalho.

UCE n° 1.308 *part 27

“A recuperação dele vai ser prolongada, ele vai ficar mais tempo internado. Se você fizer essa prevenção em relação à lesão por pressão, o paciente vai para casa mais cedo, vai ter uma melhora mais cedo, prevenção em tudo, em relação à queda, administração de medicação”.

UCE n° 97 *part 03

“Quanto mais tempo um paciente ficar internado, mais chance de pegar uma doença ele tem, e eu trabalho em cima de alta, eu trabalho, toda vida que eu trabalho, pensando que a pessoa poderia estar em casa ou estar no mercado de trabalho e fazer com que o país cresça, porque o trabalho faz o país crescer, o seu e o das outras pessoas, então quanto mais tempo ele fica aqui, eu nem penso em gasto do SUS, penso nele”.

UCE n° 1.022 *part 22

“Se eu não cuidar o paciente vai desenvolver lesão, vai piorar, porque aí eu vou ter que ajudar a cuidar, então se eu consigo lidar com esse paciente só com aquele problema que ele entrou, para livrar ele daquele problema e voltar para casa bem”.

UCE n° 1097, 1.100 *part 23

“Claro que eu quero que meu paciente saia bem, não quero que meu paciente piore e fique mais acamado ou morra, de jeito maneira. A maior satisfação que nos técnicos temos como um profissional da saúde é ver seu paciente sair, para mim isso aí é louvável sabe, e a maior satisfação que eu tenho é isso, é ver que ele está melhorando”. (...)“Porque prevenindo o paciente não vai chegar em um grau de piora, você não vai ter aquele trabalho maior com o paciente, tudo quanto é jeito (...)”

Os léxicos “erro e negligência” apareceram como léxicos associados a esta classe, o que denotou que existem situações de não implementação das medidas preventivas pelos

profissionais de enfermagem que se configuram erros e que podem resultar na ocorrência do desfecho negativo que é a LPP.

UCE nº 1381, nº 1365 *part 28

Como nós sabemos que a fiscalização não pode estar vinte e quatro horas fiscalizando um profissional da área da saúde, infelizmente é quando acontece essa demanda, esse erro, esse descaso, e fica a desejar a saúde do paciente (...). Então eu passo a dizer que não é só negligência daquele profissional responsável pelo paciente, mas de toda aquela equipe que deixou de observar e fiscalizar o serviço daquele funcionário, porque quando um errou, toda a equipe vai errar.

UCE nº 315 *part 08

Para cuidar da parte respiratória, fisioterapia, continuar o tratamento com fonoaudióloga, mas também para tratar as lesões por pressão que foram abertas durante esse período de internação, porque é claro que pode ter sido um erro nosso.

Ao abordarem essas situações de não implementação das medidas preventivas, os depoentes elencaram os potenciais motivos que explicam as atitudes tomadas pelos profissionais quando não as aderem no cotidiano da prática. Verificaram-se argumentos sustentados pela carga de trabalho, desmotivação, remuneração profissional, desvalorização desse cuidado, ausência de experiências prévias de identificação dos impactos negativos no paciente da não implementação das medidas preventivas. Pontua-se que, acerca dessa questão, os profissionais reportaram-se sempre ao outro quando trataram da não implementação das medidas preventivas.

UCE nº 1310 *part 27

(...) Já ouvi falar pela questão salarial, eu ganho tanto, então eu vou fazer tanto, não se sentem importante também, eu não sou a importância aqui, então não preciso fazer muita coisa pelo paciente e a questão de sobrecarga mesmo, duas jornadas”.

UCE nº 1236 *part 26

“Creio que a desmotivação leva o indivíduo a não querer fazer, não a falta de conhecimento, eu não creio no não fazer por falta de conhecimento, eu posso crer por desmotivação, sobrecarga, tudo menos falta de conhecimento”.

UCE nº 56 *part 01

“Com certeza meus colegas não dão a mesma importância que eu. Um profissional que passou por um processo traumático de perda de paciente por não aplicação das medidas preventivas terá uma sensibilidade maior em relação ao tema (...).”

UCE n° 1033 *part 22

“Eu tenho que fazer porque pode dar um erro ou alguma coisa e não está certo, daí eu procurava fazer, quanto à isso eu nunca deixei a desejar não. Meus colegas não faziam porque não queriam mesmo, tipo assim, eu, por exemplo, fazia, não é porque nós só estamos em dois eu não vou verificar os sinais [vitais], mas dava tempo de verificar se quisesse, eles só faziam medicação, é porque não queriam fazer mesmo”.

Os termos “pessoa e humano” presentes na classe permitiram a reflexão sobre a humanização do cuidado no contexto da execução das medidas preventivas à LPP. Essa reflexão sobre a humanização da assistência está vinculada à questão da empatia, como possibilidade de se colocar no lugar do outro, ou mesmo de se aproximar de alguma forma da dor do outro na relação profissional-paciente. Assim, a crítica se estabeleceu quando não se adere às medidas preventivas, pois há um sentido de (des)humanização, na falha ou falta de cuidado do ser humano (paciente), como indicaram os participantes 08 e 27.

UCE n° 1286 *part 27

“Eu acho que a falta de empatia pelo paciente, a falta de consideração pelo próximo, tem essa falha humana, a pessoa não se vê no lugar daquele paciente, e se fosse ele deitado, ele ia querer ficar naquela posição por horas?”.

UCE n° 339 *part 08

“Alguns lidam com indiferença, parece que é normal, não sei, o ser humano, algumas pessoas elas se acostumam com a situação, digamos assim. É igual trabalhar no Pronto-atendimento, por exemplo, como o Pronto-atendimento estadual, a pessoa ali ela se acostuma em ver alguém no chão, alguém na maca, acostuma em ver alguém gritando de dor”.

Os léxicos capacitação e profissional carregaram uma dimensão da importância e necessidade da formação complementar e continuada, com vistas a propiciar a execução adequada das medidas preventivas, baseadas nas evidências científicas e diretrizes atuais, bem como proporcionar a aquisição de conhecimento pelo profissional de enfermagem.

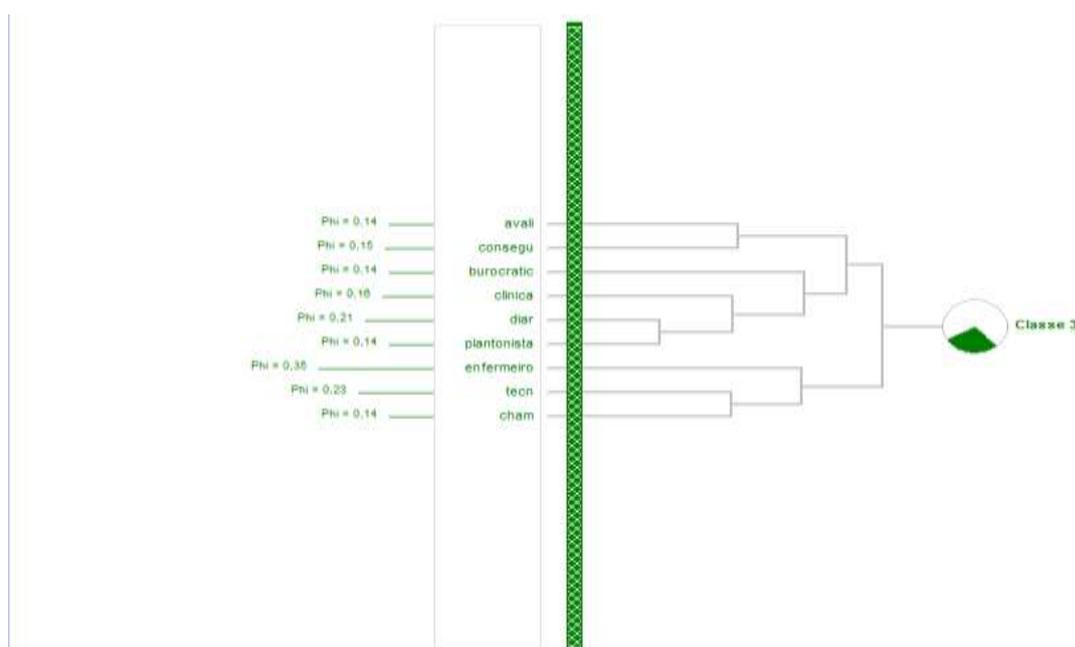
UCE n° 92 *part 03

“Aderir aquilo ali é repetição, tudo que você repete, tudo que você pratica, vai te deixando mais apto e melhor. Leiam, recebam capacitação, leiam, busquem material, veja onde é o hospital bom que trabalha dentro daquilo, leiam artigos, vão atrás, eu gosto de fazer aquilo, vou atrás, leio, me inteiro, vou aprendendo”.

5.2.3 Classe 03: Gestão do enfermeiro nos cuidados de prevenção à LPP

A Classe 3 foi formada por 305 UCE e equivaleu a 29% do conjunto dos resultados produzidos pelo processamento do corpus de entrevistas no Alceste. Os léxicos dessa classe veicularam sentidos relacionados ao gerenciamento do cuidado preventivo da LPP pelo enfermeiro, a partir do acompanhamento do trabalho dos técnicos de enfermagem, da interlocução com os demais membros da equipe, da utilização dos instrumentos assistenciais na prescrição dos cuidados preventivos. Tal compreensão foi corroborada pelas ligações presentes na CHA da Classe 3, retratada na Figura 09, nas quais percebe-se as coocorrências entre enfermeiro e técnico; diarista, plantonista e burocrática; avaliação e consegue. Assim, referiram-se aos papéis desempenhados pelo enfermeiro e técnico de enfermagem durante a sua atuação e as prioridades assumidas por esses profissionais.

Figura 09 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3



Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

No Quadro 13 estão os léxicos da classe 3 de maior Φ^2 que ganharam evidência na Classificação Hierárquica Descendente.

Quadro 13 - Classe 3 - Classificação Hierárquica Descendente. Rio de Janeiro, 2021.

CLASSE 3			
Forme	Phi	Effectif	Percent
Enfermeiro	0,35	120	71%
Técnico	0,23	51	70%
Diarista	0,21	29	81%
Clínica	0,16	36	60%
Consegue	0,15	37	59%
Avaliação	0,14	35	60%
Burocrática	0,14	10	100%
Plantonista	0,14	12	86%
Chama	0,14	25	66%
Médicos	0,13	40	54%
Olham	0,13	22	62%
Visita	0,13	24	63%
Atribuição	0,13	10	90%
Continuidade	0,12	8	100%
Acaba	0,12	43	51%
As	0,12	131	38%
Perfil	0,11	13	73%
Prescrição	0,11	14	68%
Autonomia	0,11	6	100%
Fisioterapeuta	0,12	12	82%
Interdisciplinar	0,11	14	68%
Ir	0,11	17	63%
Dar	0,11	32	50%
Dia	0,11	43	49%
Coisa	0,11	74	41%
Priorizado	0,11	9	88%
Escalas	0,11	18	62%
Variáveis: Setor Atuação: Clínica feminina. Sexo feminino.			

Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

Os léxicos de maior Phi² na Classe 3 foram “enfermeiro e técnico”, com associação de 0,35 e 0,23, respectivamente, que referiram-se à atuação da equipe de enfermagem frente à necessidade de implementação das medidas preventivas à LPP. Nessa direção, tanto os técnicos de enfermagem quanto os enfermeiros se reportaram ao papel desse último na gestão

do cuidado preventivo em relação à LPP, ou seja, para a aplicação das medidas preventivas no cotidiano do cuidado a conduta do enfermeiro deve ser a de cobrar da equipe.

Tal análise pode ser exemplificada no discurso dos depoentes por trechos como: “cabe ao enfermeiro cobrar”, “acho que falta ter um pulso mais forte”, “os médicos cobram até mais que os enfermeiros”, “mas o enfermeiro...tem que estar sempre cobrando”. As UCE expressaram uma concepção construída pelos técnicos de enfermagem do papel do enfermeiro como coordenador do cuidado de enfermagem, por meio da gestão da Sistematização da Assistência de Enfermagem, enquanto ao técnico de enfermagem recai o papel de executor das medidas preventivas.

Assim, os discursos produzidos acerca da necessidade de cobrança da realização das ações prescritas de prevenção indicaram que o desempenho dos enfermeiros requer maior liderança frente aos demais membros da equipe de enfermagem.

UCE n° 771 *part 17

“Mas a tarde a gente sempre tenta fazer, porque na clínica masculina quase não tem, não tem essa cultura de prevenção, aí não fazem, porque precisa mais de conscientização das equipes, e eu acho que acaba esbarrando mesmo no enfermeiro, eu te digo assim, conhecendo os dois lados, sendo técnica ou como enfermeira, porque ao enfermeiro cabe a ele cobrar”.

UCE n° 1029 *part 22

“Olha, tem muita enfermeira que cobra, que pede o que tem que fazer, mas tem uns técnicos que não fazem, não obedecem. Acho que falta um pouco, dela ter um pulso mais forte, sempre eu vi isso na clínica, gerência de enfermagem passar a mão na cabeça de alguns enfermeiros, de alguns eu sempre vi isso daí, mas muito pouco, pouco, mas tem”.

UCE n° 1283 *part 27

“Outros não conseguem fazer pela falta de tempo ou pelo tumulto do plantão, entendeu. E outros não fazem porque não vêem necessidade, não acham que há necessidade, mas o enfermeiro, o papel dele é muito importante nisso, porque ele tem que estar sempre cobrando”.

UCE n° 554 *part 11

“Até mesmo os médicos, olham mesmo as prescrições se foram checadas, se as drogas foram feitas, se estão fazendo as mudanças de decúbito, os médicos cobram até mais do que os enfermeiros. Alguns enfermeiros até fazem mais do que realmente devem e outros nem tanto, são mais aqueles enfermeiros de cadeira de protocolo, de papelada”.

As UCE apresentadas trouxeram uma ideia de atuação deficitária do enfermeiro no acompanhamento da equipe, logo, quando essa “cobrança” não acontece, aumentam as

chances de não implementação das medidas preventivas, em particular pelos técnicos de enfermagem. Esse não acompanhamento e/ou não aplicação pelo enfermeiro, bem como não execução pelos técnicos têm nexos com as construções simbólicas e posições assumidas por cada profissional, que implicam na dimensão prática expressa nos comportamentos no cotidiano do cuidado, conforme se observa nas UCE abaixo.

UCE n° 777 *part 17

“Quando a equipe está completa é muito individual, a conduta de cada um, é complicado, mas melhorou muito porque a gerente de enfermagem sempre cobra muito. Eu acho que ainda falta mais atuação do enfermeiro junto com a equipe, de sensibilizar, de ir lá e fazer junto essas coisas”.

UCE n° 1128 *part 24

“Infelizmente não são todos, diria que são uns noventa por cento, por exemplo, são aqueles que realmente abraçam a causa. Eu acredito que por tempo de serviço, e geralmente infelizmente os colegas mais antigos tanto enfermeiro como médico, eles acabam se acomodando”.

UCE n° 486 *part 10

“Porque tem colega que você não precisa nem falar, mas tem outros que já é mais difícil. Nessa questão da mudança decúbito, por exemplo, tipo, em alguns plantões de alguns colegas enfermeiros, às vezes quando chegava no outro dia eu via que o técnico, tipo, não tinha marcado “x”, não tinha assinado”.

UCE n° 208 *part 04

“Porque a equipe técnica acaba executando, porque já tem a cultura também, dos cuidados. Então, acho que talvez por isso que tem outras colegas aplicando. Já recebi plantão do paciente não estar com uma área coberta: _Nossa! Estava no plantão tal dia, cheguei hoje, olhei para o paciente e pensei: _O que aconteceu nesses dias?”.

A relevância da atuação do enfermeiro no âmbito das medidas preventivas foi verificada na classe através do termo “avaliação”, complementado pelos termos “visita, atribuição, escalas e prescrição”. A avaliação foi entendida como o momento de visita do enfermeiro para o exame clínico e inspeção da integridade da pele, com a análise do risco de desenvolvimento da LPP a partir da avaliação dos itens que integram a Escala de Braden, presente no prontuário dos pacientes internados na instituição para o preenchimento pelo enfermeiro.

Com base nesse conjunto de dados clínicos são prescritas as medidas preventivas, considerando o raciocínio diagnóstico do enfermeiro, com o posterior acompanhamento da

sua implementação pelos demais membros da equipe. Todavia, conforme sinalizou o depoente na UCE 556, nem todos os enfermeiros realizam essa avaliação diária.

UCE n° 287 *part 07

“A Escala de Braden quem preenche é o enfermeiro, ela é realizada todos os dias, diariamente durante a evolução, a gente vai fazer a evolução diária do paciente a gente já preenche, a Escala de Dor, Escala Morse e a evolução e a prescrição dos cuidados”.

UCE n° 901 *part 21

“Fazendo a avaliação do paciente, visita diária, acompanhando os cuidados que estão sendo feitos pelos técnicos, vendo os relatórios, vendo se as escalas estão sendo preenchidas, pelo menos a gente tem tentado fazer”.

UCE n° 174 *part 04

“Acho que a avaliação clínica do paciente, o aspecto físico também, porque aí você entra com as medidas preventivas, então a primeira coisa é avaliar o paciente e a partir daí tomar as condutas que têm que ser feitas através das escalas ou das medidas preventivas e tal”.

UCE n° 628 *part 13

“Já é a primeira coisa que faço de manhã, já passo a visita, já avalio, já solicito para equipe os cuidados. Não dá para dizer que isso é mais importante que aquilo”.

UCE n° 556 *part 11

“Não fazem a avaliação diária, acho que só preenchem o papel. É que nem a evolução do enfermeiro, às vezes eles copiam e colam. Fazer aquela comunicação, aquele exame físico que até o técnico consegue fazer, auscultar o paciente, ver ali o acesso do paciente se está legal, se está com infiltração”.

As outras aproximações de destaque da classe relacionaram-se aos léxicos “diarista, plantonista, clínica e burocrática”. O diarista refere-se ao enfermeiro que trabalha diariamente no turno diurno no setor e é responsável pela gestão dos protocolos assistenciais, acompanhamento da evolução clínica dos pacientes e do desempenho da equipe, bem como pela gestão das atividades administrativas necessárias ao cuidado direto ao paciente; enquanto o plantonista assume uma escala de trabalho em dias alternados, cujo perfil de atuação deve ser prioritariamente assistencial.

Na dependência do setor clínico de internação, os participantes reportaram que a presença da enfermeira diarista é um fator que gera diferenciação entre os setores na implementação das medidas preventivas, no sentido de maior ou menor adesão pelos profissionais. Isto porque, nas clínicas onde há a presença de enfermeiro diarista as medidas

preventivas tendem a ser mais bem adotadas pela equipe, uma vez que o enfermeiro plantonista tem a oportunidade de ficar mais envolvido com as atividades de cuidado direto ao paciente, enquanto o diarista teria maior atenção às atividades burocráticas, além do acompanhamento do trabalho da equipe.

UCE n° 427 *part 09

“Dividir, essa parte é mais assistencial e essa parte é mais organizacional, então o plantonista consegue ficar totalmente disponível apenas para a assistência, sem se preocupar com outras atribuições do técnico, do funcionário que faltou”.

UCE n° 425 *part 09

“Não tem ninguém lá para olhar, para ver, para registrar, então eu acho que as clínicas que têm enfermeiros diaristas e plantonistas, com certeza, essas medidas conseguiam ter uma implantação mais satisfatória”.

UCE n° 509 *part 10

“Vai depender de quem está, do enfermeiro que está na clínica feminina, porque tendo um enfermeiro diarista ele consegue ali priorizar aquilo que precisa ser priorizado e ir dando um destino, procurando ver a questão do dia após o outro”.

A participação dos outros profissionais da equipe multidisciplinar no contexto da prevenção também foi apontada na classe, quando se destacou na CHD os termos médicos, fisioterapeutas e interdisciplinar. Tais profissionais possuem um papel relevante na avaliação do paciente e prescrição de medidas preventivas em conjunto com a equipe de enfermagem, favorecendo o diálogo interdisciplinar.

UCE n° 527 *part 10

“A parte médica também é importante na avaliação do paciente, não só da hidratação venosa, mas do paciente como um todo. A fisioterapia é muito importante, e a equipe de enfermagem também”.

Por fim, os léxicos “dia e prioridade” fizeram emergir uma dimensão de temporalidade que resulta na realização ou não das medidas preventivas, análise que é ilustrada pelo verbo conseguir/consegue. Significa dizer, que nem sempre se consegue implementar as medidas preventivas, pois na dependência da dinâmica do dia e das demandas assistenciais outras atividades assumem maior prioridade de atenção dos profissionais de enfermagem. Percebe-se, portanto, que a despeito de outros fatores que interferem nessa prática e de se reconhecer a

importância das medidas preventivas, existe uma classificação entre as atividades de cuidado, com maior ou menor prioridade no cotidiano assistencial.

UCE n° 518 *part 10

“As medidas preventivas devem ser prioridade, porque parece que assim, tem colega que vem fazer o plantão só para cumprir escala e não assumir os cuidados com o paciente”.

UCE n° 292 *part 07

“Às vezes na correria do dia a dia passa batido algumas coisas, eu já recebi plantão em que as medidas preventivas não foram implementadas, e assim, se eu não vi, outro colega vai ver o que não deu para eu ver”.

UCE n° 205 *part 04

“Acaba tomando um pouco mais de tempo. Às vezes, às vezes sim e às vezes não dá para executar as medidas preventivas, porque depende da dinâmica do dia, hoje se você está com o plantão mais tranquilo, você consegue executar isso com mais calma, num plantão tumultuado com duas, três admissões, com óbito, isso já muda”. (...) “Então assim, depende muito do dia, isso é variável de cada plantão, isso vai subindo edescendo dependendo do que vai acontecendo. Existe uma questão de sobreposição das medidas preventivas. As vezes comodismo mesmo, coisas aparecem na hora, então, comodismo, não tem outra explicação, se o plantão está tranquilo”.

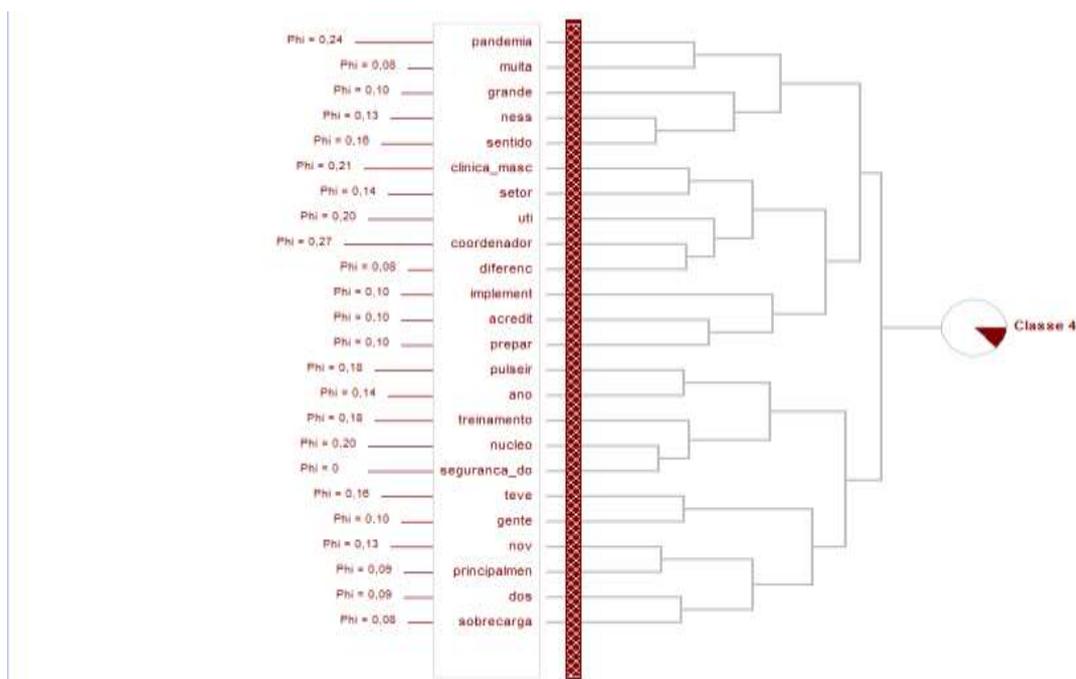
5.2.4 Classe 04: Contexto de realização da prevenção da LPP e as implicações à segurança do paciente

A classe 04 trouxe aspectos ligados aos contextos em que os cuidados preventivos são prestados, particularmente quando abordou as particularidades dos cenários assistenciais em que os profissionais se encontravam inseridos. Além disso, trouxe à tona a situação de pandemia pela COVID-19 que o país vivenciou e os reflexos que a mesma produziu na atuação dos profissionais, em especial na segurança do paciente quanto ao desenvolvimento da LPP.

Essa interpretação pode ser visualizada através da Figura 10, que mostra a Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4. Nessa figura, retratam-se as aproximações entre os léxicos UTI x coordenador e setor x Clínica Masculina, as quais apontaram para características desses ambientes que incidem na implementação das medidas preventivas. Outro léxico que emergiu na análise foi pandemia, com Φ^2 de 0,24, referindo-se ao contexto epidemiológico sanitário desencadeado pela pandemia do novo coronavírus. Nessa

compreensão, a implementação das medidas preventivas no âmbito da assistência de enfermagem foi impactada diretamente pelo contexto pandêmico. Sobressaiu, ainda, as conexões entre núcleo, segurança do paciente e treinamento, que ressaltando a atuação dos profissionais desse setor em prol da segurança do paciente.

Figura 10 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4



Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

O Quadro 14 apresenta as palavras desta classe que compuseram a Classificação Hierárquica Descendente.

Quadro 14 - Classe 4 - Classificação Hierárquica Descendente. Rio de Janeiro, 2021.

CLASSE 4			
Forme	Phi	Effectif	Percent
Coordenadora	0,27	20	84%
Pandemia	0,24	13	81%
Clínica Masculina	0,21	17	63%

Segurança do Paciente	0,21	19	59%
UTI	0,20	44	43%
Núcleo	0,20	12	73%
Pulseira	0,18	10	80%
Treinamentos	0,18	14	61%
Associação	0,17	5	100%
Rotatividade	0,17	5	100%
Sentido	0,16	11	55%
Teve	0,16	14	47%
Novos	0,15	12	100%
Elencar	0,15	4	100%
Clínica Covid Jbs	0,15	4	100%
Incentivo	0,15	5	83%
Ano	0,14	11	48%
Setores	0,14	24	35%
Novas	0,13	12	50%
Nesse	0,13	19	33%
Palestras	0,13	5	71%
Experiência	0,13	5	71%
Sobrecarregado	0,13	6	71%
Dedica	0,13	4	80%
Alcance	0,13	3	100%
Número	0,13	6	60%
Colaboram	0,13	3	100%
Variáveis: Sexo feminino			

Fonte: Relatório do Alceste, 2021.

Na CHA verificou-se que a ligação de maior destaque foi entre os léxicos UTI x coordenadora, os quais vieram conectados à palavra diferença. Nesse sentido, os participantes retrataram a concepção de que o setor de terapia intensiva se diferencia positivamente das demais clínicas de internação na implementação das medidas preventivas à LPP, em particular pela atuação da coordenadora da UTI. Essa análise foi corroborada pelo léxico de maior Phi2 na CHD, que foi “Coordenadora”, com valor de 0,27, cujas UCE selecionadas pelo processamento feito pelo Alceste expressaram tais diferenças:

UCE n° 1158 *part 24

“Porque quando eu entrei aqui fiquei muito na UTI, que é onde é o isolamento. Há poucos anos que estou na clínica masculina, mas assim, se eu pudesse dizer qual o melhor setor eu diria a UTI”.

UCE n° 703 *part 15

“Eu não sei te explicar isso, essas diferenças, praticamente trabalhei esses anos todos só na clínica, Clínica Masculina. Eu vejo sim diferença do comprometimento do pessoal da enfermagem, na mudança de decúbito, eu vejo que o pessoal da UTI tem essa cultura mais puxada do que dos outros setores, que é algo que a gente aprende muito na faculdade que a mudança de decúbito (...)”.

UCE n° 209 *part 04

“O número de lesões na UTI e na clínica masculina melhorou muito ao longo dos anos, acho que isso é reflexo da dedicação da coordenadora da UTI e de toda equipe também, acho que isso diminuiu muito”.

As coocorrências entre as palavras permitiram caracterizar a lógica de separação feita pelos participantes entre o contexto do cuidado intensivo (UTI) e externo a ele (Clínica Médica). Ao passo que a UTI se destacou positivamente no que tange à implementação das medidas preventivas à LPP, a Clínica Masculina mostrou-se como o setor que possui mais dificuldades na implementação das mesmas, sinalizadas pelas UCE 302, 45 e 1157. O léxico “Clínica Masculina” em destaque na CHD acrescido do termo “setor” veiculou as dificuldades enfrentadas para a prevenção da LPP nesse cenário. Dentre as dificuldades elencadas foram mencionadas: “dificuldade de receber ordens, ou preguiça”, “falta sensibilidade”, “questões pessoais, culturais, de querer”.

UCE N° 302 *part 07

“Tem gente que tem dificuldade em receber ordens, ou preguiça, não sei. Assim, e eu acho que a Clínica Masculina é uma das clínicas que, pelos gráficos, os indicadores, esse era o termo que eu queria usar, os indicadores são maiores na Clínica Masculina (...)”.

UCE n° 45, n° 18 *part 01

“A Clínica Masculina, por exemplo, é um setor muito difícil de trabalhar, a equipe é grande e há alta rotatividade de profissionais. Tem equipe somente a noite ou nos fins de semana, sendo mais difícil o alcance de todos os profissionais. É evidente que esse setor vai ter uma qualificação no indicador pior do que a Clínica Feminina, em que todas as equipes vão estar dispostas a escutar” (...) “Falta sensibilidade nesse sentido. Possuem conhecimento, porém poucos são sensíveis para implementar as medidas de maneira adequada. São questões pessoais, culturais, de querer, ele não precisa que ninguém ensine, uma resistência muito grande a mudanças, à saída da zona de conforto”.

UCE n° 1157, 1156 *part 24

“O Isolamento como o terceiro setor e acredito talvez a Clínica Masculina por ser um setor um pouco maior, por ter mais pacientes mais ruinzinhos, ruinzinhos eu digo assim, em relação ao diagnóstico, eu acredito que dá para gente elencar sim (referindo-se aos setores com melhor aplicação das medidas) (...) “Eu acredito que é a Clínica Masculina, na minha visão, seria o setor com maior dificuldade em implementar as medidas preventivas”.

O termo pandemia notabilizou o contexto que os profissionais de enfermagem estavam vivenciando quando ocorreu a realização das entrevistas sobre as medidas preventivas à LPP. Diante disso, esse cenário de cuidado aos pacientes com COVID-19 apareceu nos depoimentos como outro fator relevante que interferia na atuação da equipe nesse momento e ajudava a explicar o aumento dos indicadores de LPP. Isso porque os léxicos: “rotatividade, novos, sobrecarga” mostraram que houve um aumento da sobrecarga de trabalho no contexto pandêmico, pelo afastamento/adoecimento de profissionais, déficit de recursos humanos, chegada de profissionais contratados emergencialmente para a suprir a necessidade assistencial, sem o treinamento adequado, que repercutiram nas ações de prevenção da LPP.

UCE n°389 *part 09

“Prevenção de lesão por pressão. A gente tem a segurança do paciente os seis pontos bem implantados, a gente deu uma retrocedida por conta da pandemia, então a gente recebeu muita gente nova, é um corre-corre, muito paciente, uma rotatividade muito grande”.

UCE n° 1037 *part 22

“Mas o grande aumento mesmo na minha concepção foi devido a pandemia, poucos funcionários, muita gente se afastou, outros faleceram, contratou, mas mesmo assim não cobria os plantões, a quantidade que tinha que ter”.

UCE n° 1195 *part 25

“A equipe reduzida é um fator que interfere na implementação das medidas preventivas, então assim, a equipe muito reduzida dá muita sobrecarga, está puxado os plantões, então assim, terminou um banho, tem que fazer a mudança”.

UCE n° *part 24

“Eu estou recebendo pouco, estou sobrecarregado, ninguém me ajuda, tem todas essas questões, é que nem eu falei, principalmente agora que infelizmente teve um déficit de recursos humanos, então eu acredito que a gente pode associar mais à sobrecarga de trabalho mesmo, e aí causa essa insatisfação e essa falta de apetite, digamos, em realizar determinadas atividades, como a mudança de decúbito, prevenção e aquele olhar mais dedicado”.

Os léxicos “segurança do paciente, núcleo, treinamentos e palestras” refletiram o reconhecimento do papel dos Núcleos de Segurança do Paciente e do Núcleo de Educação Permanente da instituição na promoção da segurança do paciente em relação à ocorrência da LPP, seja por meio de ações de monitoramento e vigilância a partir das notificações dos profissionais, seja através das ações de qualificação dos profissionais por meio de palestras e treinamentos. Houve o reconhecimento de que as práticas de educação permanente em serviço são deveras necessárias quanto à temática da segurança do paciente, para a promoção de um cuidado preventivo da LPP e da qualidade assistencial.

UCE n° 585 *part 12

“A pulseira é colocada quando o paciente tem risco. Sempre precisamos estar se atualizando, o hospital também oferece os treinamentos, esse ano não teve por conta da pandemia, mas a coordenadora de segurança do paciente que representa o Núcleo de Segurança do Paciente (...)”.

UCE n° 854 *part 19

“A enfermeira da educação permanente que é do Núcleo de Educação Permanente ela deu treinamento. Hoje mesmo ela foi lá, explicou direitinho, tirou as dúvidas, mas eu só vim aprender aqui no hospital, nas unidades onde eu trabalhei é a única que faz direitinho e que cobra também, não sei se agora em outros hospitais, mas aqui eles cobram”.

UCE n° 1045 *part 22

“Mas a técnica de enfermagem de segurança do paciente está mais por dentro, a gente até conversou sobre ver um meio das notificações saírem mais bem-feitas, por exemplo, ela notificar paciente, coloca os dados lá direitinho”.

5.3 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

A imersão analítica no conteúdo não processado pelo software Alceste e sua contextualização em relação ao conteúdo global do corpus das entrevistas resultou na organização de três categorias de análise, que possibilitaram a compreensão das dimensões que integram o processo de elaboração das RS dos profissionais de enfermagem, quais sejam: crenças, imagens, afetos e contexto social em relação às medidas preventivas à LPP.

5.3.1 Crenças sobre a prevenção: (in)visibilidade dos seus resultados

A Categoria 01 abordou a dimensão das crenças construídas pelos profissionais de enfermagem sobre a prevenção, a qual abarcou duas perspectivas: a da invisibilidade e a da visibilidade dos resultados da sua realização. Nessa ótica, no primeiro caso, quando o paciente não possui a LPP, ao aplicarem as medidas preventivas os profissionais não visualizam um resultado imediato, ou seja, a resolução de um problema previamente identificado, a exemplo de uma situação de um paciente com dor. Logo, como não há nada de concreto, palpável, não se justifica a preocupação com o emprego constante de medidas preventivas, o que implica na não priorização dessa atividade por uma parte dos profissionais, pela ideia de invisibilidade dos resultados da sua implementação.

“Porque o resultado da prevenção não é imediato, a prevenção não traz resultado imediato, e sim ao longo do tempo. Posso estar fazendo uma medida agora, em que o resultado só sairá daqui um mês. Exemplo, um paciente gritando com dor terá atenção maior da equipe enquanto um outro que apresenta um risco alto para queda e lesão por pressão, por exemplo, será preterido” (Part. 01 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“Há falta de comprometimento mesmo com o paciente, porque, acredito que a pessoa não deve estar achando que vai dar certo, que não vai ter retorno daquele procedimento, de imediato a melhora” (Part. 05 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“As medidas preventivas são os primeiros cuidados que ficam descobertos quando ocorre uma situação de um plantão agitado, por exemplo, porque eu acho que quando se fala de prevenção não é palpável o problema, e as pessoas tendem a resolver problemas ao invés de prevenir que eles aconteçam, por isso que a prevenção fica de lado. _Não, então depois a gente vira, porque tem uma parada que é meu problema que eu vou resolver agora! Aí viu, passou o plantão e não virou porque estava todo mundo ocupado” (Part. 21 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“A gente, na verdade, que trabalha dentro do hospital, não tem muito assim o preventivo, nós temos mais o tratamento dentro do hospital, o tratamento em si, mas nada impede você de prevenir tipos de lesões no paciente (...) Preventivo é muito bom, maravilhoso, mas dentro do hospital em si a gente usa mais o tratamento do que o preventivo (...)” (Part. 23 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

Essa visão dos profissionais de enfermagem foi complementada pelo entendimento de que se a pele do paciente está íntegra, não há necessidade da mudança de decúbito, por exemplo, de duas em duas horas. Nesse sentido, como não se visualizam os resultados

imediatos da não realização da prevenção, houve uma crença de que não faz diferença não as implementar, já que acreditam que o paciente não irá desenvolver a LPP no futuro.

“É cômodo, mais fácil, porque as pessoas interpretam que não vai ter interferência no cuidado. Não aparece na hora, não é imediato, é uma coisa que quando ela vai aparecer, a lesão por pressão, ela demora um determinado tempo, então aquele dia, não é imediato, acho que talvez essa coisa de não visualizar, acaba dando a impressão que não faz diferença” (Part. 04 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“É bem mais fácil você mudar um paciente que já está com uma lesão por pressão para que ele não vá abrir outra, do que você cuidar de um paciente que tem uma pele íntegra, porque não tem nada ali, não sei por que estão querendo mudar ele toda hora. Eu mudei ali de manhã, à tarde eu mudei e já está ótimo, não precisa ficar mudando toda hora. Tem gente que infelizmente tem esse pensamento, então, realmente, é bem mais fácil você executar uma atividade em cima de algo que já está formado do que você tentar se prevenir(....)” (Part. 24 – Enfermeiro; Clínica Masculina).

“Pessoas que não têm aquela visão do que pode ocorrer com paciente com lesão por pressão, creio que tanto faz tanto fez. Eu acho que se deveria trabalhar mais, levar ao profissional o que uma lesão por pressão pode ocorrer no paciente, tem muitos que não têm essa visão, pensam que só é uma feridinha ali e colocar uma cobertura e logo vai estar em casa (...) pensam que não vai ocorrer aquela lesão por pressão, eu penso assim, está com a pele íntegra então não vai ocorrer uma lesão por pressão, então passa meu plantão para outra, entendeu” (Part. 25 – Enfermeira; Clínica Feminina).

Por outro lado, quando a LPP se desenvolve ela foi interpretada como a materialidade da ausência ou inadequação na prestação do cuidado preventivo. Assim, os participantes em seus depoimentos adjetivaram ela como um “mal”, um “peso” que foi considerada resultado das falhas na assistência de enfermagem, sendo atribuída a essa categoria a culpa pelo desenvolvimento da lesão no paciente. Os excertos denotaram que os profissionais se ressentem de serem responsabilizados por esse evento adverso.

“A culpa sempre recai sobre a enfermagem, como se fosse um mal só nosso, acho que tem todo uma participação, quando o paciente abre uma lesão por pressão, todo mundo é responsável por ela, não só aquela equipe” (Part. 04 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“Eu acho que fica muito nas costas da enfermagem, particularmente, eu penso assim, não sei se os outros colegas pensam da mesma forma, mas eu vejo que a escara, a lesão por pressão é muito voltada assim, se teve, é culpa da enfermagem, não é vinculada a lesão por pressão para as outras equipes interdisciplinares, eu não vejo dessa forma, porque as pessoas acham que a lesão por pressão só vai acontecer se eu fizer uma mudança decúbito eficaz, as outras

coisas mais externas não são muito pesadas nesse momento na lesão por pressão” (Part. 07 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“A enfermagem tem muito essa relação com o cuidado, então é como se a lesão por pressão é um peso que a gente carrega, paciente desenvolveu lesão por pressão é 100% da enfermagem, porque a enfermagem não desenvolveu as medidas e tudo, então quando o paciente não desenvolve lesão por pressão é por nossa culpa também (...). Me preocupo com a cobrança, a cobrança quando o paciente desenvolve a lesão por pressão, eu acredito que existe uma cobrança que posso dizer até de uma forma agressiva quando o paciente já desenvolve a lesão por pressão, mas essa cobrança com a prevenção não é tão forte” (Part. 24 – Enfermeiro; Clínica Masculina).

“Um exemplo é um paciente de COVID-19, que ele ficou muito tempo acamado e abriu uma lesão por pressão no calcâneo, mas aí ela ficou muito tempo entubada, ela teve alta, foi para casa, depois ela foi reclamar da lesão por pressão, depois que a mulher teve alta super bem, recuperou da COVID-19 e depois a família foi mostrar os dois calcanhares da mulher que estava preto, bem pequeno. E aí teve que explicar que ela ficou muito tempo entubada, porque a família foi direto na enfermagem, eles não foram diretamente atrás do médico, eles foram diretamente na enfermagem e foi a enfermagem que não virou paciente (...) Sim, porque é só a enfermagem que se preocupa com isso, você não vê o médico fazendo isso, você não vê essa cultura. O médico só vê quando abre, que para ele é culpa da enfermagem, a gente tem esse problema” (Part. 15 – Enfermeira; Clínica Masculina).

Essa carga de responsabilidade transferida pelos membros da equipe e assumida pelos profissionais de enfermagem na prevenção da LPP gera diferentes sentimentos quando da ocorrência desse desfecho indesejável, que perpassam a sensação de frustração, revolta, impotência, fracasso da assistência. Isso porque, observou-se que a LPP foi considerada um sinal, uma marca que visibiliza/materializa de forma negativa o cuidado de enfermagem, como uma prova de (des)cuidado.

“Quando abre uma lesão por pressão, acho que a sensação, acho que de quem é comprometido é de que a equipe falhou, que é totalmente possível você ter paciente com muito tempo de internação e não ter lesão nenhuma, existem muitas medidas para que a lesão não aconteça, então acho que é uma falha tanto individual quanto conjunta, já que a assistência é de continuidade. Então acho que a sensação é essa” (Part. 09 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“Minha maior frustração é um paciente que evolui para uma lesão, porque dá uma ideia de fracasso na assistência, entendeu, infelizmente. A enfermagem tem papel importante neste cuidado que é prevenção da lesão por pressão” (Part. 16 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“Sim, muitas coisas, por exemplo, se o paciente chega sem lesão por pressão e ele fica internado e dá lesão por pressão, toda equipe pode responder, porque isso é negligência da enfermagem, o paciente pegar lesão por pressão você sabe que é negligência, e a gente pode responder criminalmente por isso, não é só uma equipe, a equipe toda vai responder (...) Me sinto impotente quando o paciente desenvolve lesão por pressão” (Part. 19 – Téc. Enfermagem; Clínica Feminina).

“Eu me sinto revoltada quando um paciente desenvolve lesão por pressão, porque se ele criou aquela lesão por pressão lá foi por falta de cuidado da enfermagem, mas assim, eu já recebi paciente assim, mas vindo de um outro lugar, de outro hospital, então quando você vê que está com necrose, está com um buraco grande, ou seja, a ferida está grande, tudo aquilo é descaso, é falta de cuidado” (Part. 23 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

5.3.2 Prevenção da lesão por pressão: imagens e afetos negativos

Nessa unidade temática 02 verificou-se que os depoentes veicularam imagens que carregam consigo sentidos negativos sobre a realização das medidas preventivas da LPP e, por sua vez, influenciam na sua adesão pelos profissionais no cotidiano. Emergiram assim nos discursos a ideia de trabalhar com algo feio, penoso, difícil e “pesado”.

“É, é difícil, porque assim, eu vejo pela cultura, o brasileiro tem a cultura do bonito, o que é bonito. _O quê que é bonito? É bonito só a pele brilhando, sua pela viçosa, é você estar com blush, é você estar hidratada e cheirosa. O brasileiro tem muito a questão do visual, ele releva muito, ele dá muita importância para o que ele vê só por fora. Eu acho que leva as pessoas a não aderirem a trabalhar com ferimento, o ferimento não é bonito, quando você tira a pele, a pessoa não fica mais bonita, ela fica feinha, para ela ficar bonita você tem que fazer a pele fechar de novo (...) porque assim, quando você preveniu uma ferida, você não previne só uma ferida, você previne dores para todos daquela família, porque uma pessoa doente, principalmente com uma ferida, que o povo não gosta de pessoas que têm feridas, ela desestabiliza toda a estrutura familiar” (Part. 03 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“É um trabalho cansativo, é um trabalho chato, é uma coisa bem puxada, então a gente pode olhar muito pela questão da mudança de decúbito” (Part. 24 – Enfermeiro; Clínica Masculina).

“Eu acho que isso é da pessoa, não sei se é cultural, porque tem pessoas que elas parecem que são, responsabilidade mesmo, a pessoa sabe que aquilo lá é o dever dela, que ela está aqui para isso e ela não vê isso como um peso, e as pessoas que você sabe que não são comprometidas, elas vêem aquilo, as medidas preventivas, como um peso a mais, elas não se sentem apropriadas daquelas atividades, elas acham que aquilo não é delas, que elas não precisam fazer” (Part. 13 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“Porque eles acham difícil, acham que a gente está dificultando a vida deles, você já trabalha muito e você está arranjando mais trabalho, porque assim, fazer o serviço da

enfermagem é difícil e você ainda acrescentar mais coisa, quando você já tem um monte de coisa para fazer” (Part. 03 – Enfermeira; Clínica Feminina).

Outro aspecto negativo foi relacionado aos impactos físicos no profissional ocasionados pelas inadequações ergonômicas durante a implementação das práticas preventivas. Com isso, veio à tona o entendimento de que o profissional é uma segunda vítima, pelas lesões articulares, dores musculares vivenciadas pelos membros da equipe da enfermagem, seja pela falta de equipamentos adequados, problemas na infraestrutura dos setores de internação ou posicionamento incorreto do profissional.

“Esses dias tive que carregar um paciente nas costas, porque a cadeira de rodas não entra até o chuveiro. Isso me gerou uma lesão no ombro. Talvez se eu estivesse escutado mais as orientações do Núcleo de Segurança do Paciente e Saúde do trabalhador a tempo, eu não fosse tirar o paciente sozinha da cama e me lesionado (...) E aí estudando eu descobri que temos a segunda vítima, a gente sempre soube disso, porém hoje já tem uma abordagem da segunda vítima. Eu sempre procuro trazer isso para quem não conhece, dizer, olha o problema não é o profissional (...)” (Part. 01 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“Eu acho que a maior dificuldade é a mudança de decúbito, quando o paciente é gordo, grande, pesado. Eles falam porque eu tenho problema de coluna, tenho problema disso, tenho problema daquilo, aí já entra outra situação, questão que se realmente eles tiverem o que estão falando é a questão de doenças que foram desenvolvidas no decorrer dos anos trabalhado, que já envolve a saúde do trabalhador” (Part. 10 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“Eles reclamam muito da sobrecarga de trabalho, minha coluna, dor no braço, essas coisas. Mas eu particularmente sempre falo, vamos lá, eu também vou, vou ajudar vocês” (Part. 17 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“(...) Aí um colega vai fazer a mudança de decúbito e acaba lesionando a coluna, acaba contraindo para si uma lesão que na hora não é problema, mas futuramente vai prejudicar o trabalho dele, então por essa falta de não ter o material adequado, a mão de obra humana acaba sendo prejudicada através das lesões que acontecem inúmeras vezes, principalmente nessa mudança de decúbito, é quando mais acontecem casos de lesões no profissional que trabalha nessa área” (Part. 28 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“Às vezes o colchão é de péssima qualidade, você mal coloca e fura, um transtorno, porque às vezes o paciente é muito obeso, aí você tem que ficar trocando o colchão de ar, aí é peso, é o problema ergonômico que você tem” (Part. 26 – Enfermeira; Clínica Feminina).

5.3.3 Infraestrutura dos cenários assistenciais: a Clínica e a UTI

A terceira unidade categorial que emergiu da análise de conteúdo foi referente às implicações e impactos das condições de trabalho na adesão às medidas preventivas. Ao proceder o aprofundamento dessa análise percebeu-se que houve uma preocupação dos profissionais com o déficit de pessoal de enfermagem nas escalas de trabalho, pois traz influências na continuidade da assistência de enfermagem, particularmente quanto ao fenômeno de estudo.

Foi destacado que possuir um dimensionamento adequado contribui para propiciar uma assistência de qualidade e livre de danos, aspecto que se configurou uma preocupação para os participantes pelas suas repercussões na adesão às medidas preventivas, sobretudo na mudança de decúbito, como emergiu nos segmentos de entrevistas abaixo.

“Mas é muito difícil você conseguir de duas em duas horas, de três em três horas, seguir aquele relóginho, devido justamente à sobrecarga de trabalho e pelo número de pacientes assistidos” (Part. 08 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“A mudança de decúbito eu acredito que não ocorra devido ao próprio quadro reduzido. Ultimamente o número de profissionais anda muito reduzido, mais escasso” (Part. 03 – Enfermeira; Clínica Feminina).

“Volto a bater na tecla daquela questão de dimensionamento, que é falta de recursos humanos, muito trabalho para um enfermeiro só no setor, nem sempre a gente consegue ter diarista, hoje mesmo estou responsável por dois setores” (Part. 17 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“O déficit de funcionários, por exemplo, na clínica feminina são dois técnicos, às vezes a clínica está cheia. Não tem como você seguir à risca de duas em duas horas com a equipe deficiente (...) Estou cobrindo a clínica feminina e clínica masculina, não tem como, o enfermeiro tem que cobrar e supervisionar para executar as ações, só que nem sempre dá” (Part. 19 – Téc. Enfermagem; Clínica Feminina).

Esses excertos evidenciaram ainda que os profissionais questionam sobre a necessidade de um enfermeiro diarista, que iria contribuir com a gestão das ações administrativas relacionadas ao cuidado, proporcionando ao enfermeiro plantonista maior tempo à beira leito, ou seja, maior tempo de assistência direta ao paciente e, por conseguinte, maior atenção às questões que envolvem a prevenção das LPP. A sobrecarga que o déficit de recursos humanos e o dimensionamento inadequado traz se associa também ao perfil clínico da própria clientela atendida na unidade (pacientes crônicos).

Os segmentos extraídos das entrevistas dos participantes revelaram ainda nessa categoria a importância e necessidade da disponibilidade das tecnologias e insumos para a implementação das medidas preventivas. Uma parte dos entrevistados apontou a escassez de materiais adequados, como trouxeram os participantes 08, 12 e 17, utilizando-se desse argumento para justificar as situações de não adesão às medidas preventivas. Em menor proporção, os depoentes também afirmaram que os insumos necessários para a realização das medidas preventivas estão sendo disponibilizados a contento.

“Não vamos esquecer de falar da estrutura física que é uma vergonha” (Participante 08 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“O que torna um ponto negativo é a falta de equipamentos, igual no início da pandemia não estava tendo colchão e coxins, a equipe se reuniu, juntou um dinheirinho e mandou confeccionar. Aí temos cama, mas não tinha colchão, mas aí chegou que foi pedido lá para a secretaria” (Part. 12 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“Às vezes a gente tem que fazer uma gambiarra da vida porque a gente não tem coxins, porque às vezes é complicado, porque você não consegue fazer a mudança corretamente porque não tem coxins” (Part. 17 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“Coberturas nós temos no momento” (Part. 25 – Enfermeira; Clínica Feminina).

Nesse contexto de abordagem da infraestrutura da instituição, seja no que tange aos recursos humanos quanto aos recursos materiais adequados, verificou-se que a gestão institucional possui um lugar relevante quando se pensa na gestão dos processos de cuidar relacionados com a segurança do paciente. Sob tal ótica, conforme se visualiza no fragmento de entrevista do participante 01, nem sempre àqueles que estão à frente das tomadas de decisão gerencial conhecem esses processos e as demandas assistenciais.

Diante disso, os participantes ressaltaram que as gerentes, em especial as de enfermagem, devem monitorar os indicadores relacionados à LPP e propor ações que favoreçam a sua mitigação.

“A falta de apoio da alta gestão. Quando vamos falar sobre segurança do paciente, a gestão não sabe nem o que é, pois não é da área. Aí quando não se alcança o objetivo, vem a cobrança, mesmo sem atender às demandas de segurança do paciente (...) Tem profissionais que desconhecem as escalas, um erro do profissional e, sobretudo, da instituição que não o treinou direito para aplicação das medidas preventivas, para implementar é necessária a sensibilização dos profissionais” (Part. 01 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“Acho que os núcleos, os protocolos, devem ser trabalhados, as chefias devem sinalizar isso, porque aí já é um problema. Uma coisa que é pontual, um paciente ou outro, ok, mas se em uma ala, uma ala com trinta leitos eu tenho dez pacientes que estão com lesão por pressão, então a gente tem, acho que todos, os núcleos, as chefias, devem parar e dizer onde está o erro. Temos que achar uma solução para o erro, o que está acontecendo. Levantar o problema e tentar resolver” **(Part. 08 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).**

“Porque você deixa de executar coisas que seriam sua atribuição (...), e quando isso acontece com muita frequência, a gerência de enfermagem, a segurança do paciente precisa saber, para saber o que pode ser feito a nível de intervenção nessa situação para que a assistência consiga ser executada na sua totalidade” **(Part. 09 – Enfermeira; Clínica Feminina).**

A participação ativa da gerência de enfermagem, Núcleo de Segurança do Paciente e Núcleo de Educação Permanente institucionais foi destacada como um ponto positivo, cuja atuação se articula em torno da cobrança dos profissionais que atuam na ponta do sistema de atendimento. Em alguns momentos, inclusive, os depoentes indicaram que ainda há a necessidade de que esses gestores cobrem mais, particularmente dos profissionais que não executam determinadas atividades assistenciais, para que sejam identificados e acompanhados no sentido de permitir seu aperfeiçoamento profissional e melhor participação na prevenção da LPP.

“A cobrança também da chefe do setor, na verdade, a intensificação do trabalho, até a pessoa aprender” **(Part. 03 – Enfermeira; Clínica Feminina).**

“A gente tem uma gerente que cobra, a gente tem treinamento direto, só que infelizmente a gente não tem tanta cobertura” **(Part. 15 – Enfermeira; Clínica Masculina).**

“Falta cobrança, falta de organização, aqui geralmente a gerência nos cobra, dão treinamento” **(Part. 19 – Téc. Enfermagem; Clínica Feminina).**

“Eu acho que eles cobram bastante, temos um comitê de segurança do paciente, eles passam orientando, eles reforçam para o chefe de equipe cobrar da equipe também” **(Part. 27 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).**

Considerando os elementos apontados como primordiais para a prevenção da LPP, quais sejam, dimensionamento de recursos humanos correto, disponibilidade de recursos materiais, gestão dos processos/rotinas assistenciais, apoio institucional, emergiu a concepção de que o setor da UTI é o local onde essas práticas preventivas servem de exemplo, porque os

profissionais seguem os protocolos assistenciais, há a presença dos insumos, a equipe é empenhada e ocorre a gestão das cobranças.

A enfermeira Coordenadora de Enfermagem da UTI foi, inclusive, vista como distinta das enfermeiras das clínicas, com valorização do seu trabalho. Nas clínicas, ao contrário, os profissionais foram classificados como preguiçosos, sendo considerado inadmissível o paciente apresentar LPP.

“(...) Na minha opinião todo profissional deveria passar pela UTI para criar o hábito, porque só na clínica, geralmente a pessoa fica mais preguiçosa, se acomoda mais, isso aí dificulta um pouquinho só a assistência, não é tanto dificuldade, na verdade precisa de um esclarecimento melhor para eles, para saber a importância” (Part. 06 – Enfermeiro; Clínica Masculina).

“Também, porque a equipe é de setor fechado, quem trabalha nas UTI conhece e tem a rotina, e pessoas que vêm das enfermarias não querem, uns não vão gostar da rotina porque é trabalho, tanto que a gente descansa pouco, porque é trabalho mesmo, porque se a gente não olhar, não vistoriar, não tiver aquele cuidado que é preciso ter, o paciente pode ir a óbito, ou cair da cama, enfim (...) A vistoria é maior lá do que nas próprias clínicas. A gente é mais cobrada no setor fechado do que aqui fora, hoje atuo na Clínica Masculina, mas já trabalhei na UTI” (Part. 11 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

“A UTI funciona bem. A atuação da coordenadora da UTI que é uma atuação muito forte, ela cobra, ela faz isso mesmo. A atuação da coordenadora da UTI é fundamental ali, que acaba tendo, na UTI não falta nada, raramente falta alguma coisa, aí a coordenadora da UTI vai lá e compara, faz isso, faz aquilo, mas lá é bem melhor em relação a isso” (Part. 17 – Enfermeira; Clínica Masculina).

“A gente vê que a gente recebe paciente que veio de um setor onde tem muito mais leito para cuidar do que dentro de uma UTI, porque eu trabalho dentro de uma UTI e a gente recebe paciente vindo da clínica com uma lesão por pressão muito grande na sacral, é uma coisa que é inadmissível. (...)” (Part. 28 – Téc. Enfermagem; Clínica Masculina).

5.4 DISCUSSÃO

Os achados oriundos da análise dos dados das entrevistas indicaram que o processo de elaboração das RS pelos profissionais de enfermagem sobre as medidas preventivas à LPP se deu a partir da crença simbólica sobre a visibilidade/(in)visibilidade dos resultados da aplicação do cuidado preventivo. Assim, de um lado, acredita-se que implementar as medidas

para a prevenção não traz nenhum tipo de resultado visível, concreto, uma vez que se partiu da ideia de que, nesses casos, não há problema palpável para ser resolvido, já que a pele do paciente se encontra íntegra.

Por outro lado, também existiu o entendimento de que a LPP é um “mal da enfermagem”, isto é, configura-se numa manifestação clínica concreta no paciente que visibiliza um descuido dos profissionais de enfermagem. Nessa ótica, a presença desse desfecho clínico negativo foi interpretada com um sentido de responsabilização dessa categoria profissional, o que trouxe uma dimensão de culpa que produz sentimentos negativos quando a LPP se desenvolve, tais como: frustração, impotência, fracasso e negligência.

Essas ideias que sustentaram a compreensão dos profissionais sobre tal fenômeno resultaram numa classificação/hierarquização do cuidado preventivo da pele em relação às outras atividades de cuidado que a equipe precisa realizar. Com isso, para um grupo de profissionais, implementar as medidas preventivas preconizadas é uma atividade prioritária e importante, em vista de evitar que esse “mal” ocorra. Para outros, contudo, prevenir não é prioridade e, portanto, essas medidas são menos importantes. Isso foi evidenciado nos dados a partir da utilização da palavra cobrança e do verbo cobrar, ou seja, para que as medidas preventivas possam ser implementadas é preciso cobrar, o enfermeiro do técnico de enfermagem, o gestor do setor do enfermeiro e o Núcleo de Segurança do paciente do gestor.

Acerca dessas construções simbólicas, pontua-se que Moscovici (2012) definiu a RS inicialmente como um conjunto organizado de crenças descritivas e prescritivas, também chamado de conhecimento cotidiano ou senso comum, que permite a interação e comunicação entre os membros de um grupo em relação a determinado objeto da realidade social. Trata-se de como as pessoas interpretam a realidade, como constroem explicações para objetos sociais. O teórico complementa, são sistemas de significações produzidos a partir da interação e dos discursos que circulam nos grupos sociais, que têm por funções explicar a realidade, definir a identidade grupal, orientar as práticas sociais e justificar as tomadas de posição (MOSCOVICI, 2012).

Ainda sobre o escopo conceitual das RS, Arruda (2004, pg 335-350) refere: “constituem uma espécie de fotossíntese cognitiva: metabolizam a luz que o mundo joga sobre nós sob a forma de novidades que nos iluminam (ou nos ofuscam) transformando-se em

energia. Esta energia se incorpora ao nosso pensar/perceber este mundo, e a devolvemos a ele como entendimento, mas também como juízos, definições, classificações (...).”

Sobre esse processo de classificação, Moscovici (2012) sinaliza que a elaboração das RS envolve classificar e denominar, visto que coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Portanto, os objetos devem ter um valor positivo ou negativo, logo, devem ocupar uma determinada posição numa hierarquia, não se admitindo uma neutralidade.

Sá (1998) continua afirmando que classificar significa escolher um, dentre os paradigmas presentes na memória, e compará-lo com o objeto que está sendo representado, decidindo em qual classe tal objeto deve ser incluído. Constitui-se assim, numa comparação mais geral ou particular, na qual se decide a categoria que o objeto se inclui, baseando-se na coincidência ou divergência com relação a determinados aspectos.

Se as RS ajudam a classificar e pôr ordem nas coisas, permitem definir as prioridades, as ações. Por isso a classificação é importante de ser identificada no recorte do objeto em discussão, pois ajuda a entender o porquê das ações em relação à aplicação das medidas preventivas no cotidiano dos profissionais de enfermagem, qual a lógica de natureza simbólica que sustenta as escolhas dos cuidados prioritários a serem implementados.

Na produção científica analisada a partir da revisão de literatura realizada pela autora não foram identificados estudos que trouxessem aprofundamentos sobre as construções subjetivas dos profissionais sobre as medidas para a prevenção da LPP. Nesse caso, a maioria das investigações aborda o tema a partir de um delineamento quantitativo.

A despeito disso, destaca-se uma das linhas de investigações que permite estabelecer interface com os resultados obtidos sobre a construção de sentidos dos profissionais quanto à prevenção da LPP, em vista do aprofundamento analítico na interpretação do fenômeno. Tal perspectiva versa sobre o estudo das atitudes e dos comportamentos dos enfermeiros quanto à prevenção da LPP. Esses estudos partem do princípio de que existem fatores que predizem o desempenho ou o não desempenho pelos indivíduos de um determinado comportamento. Dentre eles estão a atitude, que envolve crenças sobre os resultados da participação em uma determinada atividade; e o comportamento, cujo controle é mediado pelas crenças sobre as dificuldades de participar numa atividade (JIANG et al., 2020).

À luz desses conceitos, pesquisa chinesa determinou as atitudes e comportamentos dos enfermeiros para a prevenção da LPP. Foi feito um estudo transversal com 1.806 enfermeiros de 10 hospitais da China a partir da Escala de atitudes quanto à prevenção da LPP e um questionário de comportamento.

A escala da atitude variava de 13 a 52, e quanto maior o número de pontos mais positiva era a atitude. A escala avaliou a competência pessoal para prevenir LPP, prioridade da prevenção, responsabilidade pessoal na prevenção e confiança na eficácia da prevenção. No geral, 53,4% tiveram atitude positiva; a pontuação média da atitude foi de 40,80, sendo o valor mais alto para o item responsabilidade pessoal e o mais baixo para competência pessoal. A afirmação: “Tenho uma tarefa importante na prevenção” obteve a concordância de 99% dos participantes; e 30% (540) discordaram da afirmação: “Muita atenção vai para a prevenção da LPP” (JIANG et al., 2020).

Para a avaliação do comportamento, o instrumento abarcava cinco dimensões: avaliação de risco, consciência de risco, intervenção de prevenção, educação em saúde e avaliação e tratamento de feridas, com pontuação variando de 36 a 180. A pontuação média foi de 154,91 e, no geral, 78,2% tiveram boas práticas. A melhor taxa de execução foi de avaliação de risco na admissão/transfêrencia; e a menor para a avaliação nutricional dos pacientes (JIANG et al., 2020).

Outra pesquisa avaliou a atitude sobre a prevenção da LPP por meio de um questionário aplicado a enfermeiros que trabalhavam em unidades de internação de seis hospitais públicos da capital da Etiópia. O questionário continha a Escala de Atitude sobre a prevenção da LPP já validada no país, na qual o profissional avaliava os itens através de uma escala Likert (ETAFA et al., 2018).

Dos 222 participantes, o resultado da pesquisa demonstrou que 52,2% dos enfermeiros tiveram uma atitude negativa em relação à prevenção. No detalhamento da análise das afirmativas que compõem a escala, verificou-se que: 68,8% acreditavam que a lesão podia ser prevenida; 63% discordaram que tinham menos interesse na prevenção da LPP do que em outros aspectos do cuidado; 58,1% discordaram que não precisavam se preocupar com a prevenção da LPP durante o seu trabalho; 58% acreditavam que os cuidados preventivos não consumiam muito tempo; 44,4% concordavam que em comparação com outras áreas de cuidado a prevenção tinha baixa prioridade (ETAFA et al., 2018).

Já na pesquisa realizada com 105 profissionais da equipe clínica atuante em um hospital de reabilitação da Arábia Saudita, que avaliou a atitude sobre a prevenção, a pontuação média da atitude foi de 30,5, numa pontuação que variava de 11 a 55, resultado que foi considerado como uma atitude insatisfatória pelos autores. Ainda sobre os resultados, 89% discordaram que a prevenção da LPP consumia muito tempo; 98% discordaram que não precisavam se preocupar com a prevenção da LPP em sua prática; 98% acreditavam que a LPP pode ser evitada; 93% discordaram que tinham menos interesse na prevenção do que em outras áreas de cuidado; 95% discordaram que em comparação com outras áreas de cuidado a prevenção tinha baixa prioridade (KADDOURAH et al., 2016).

Revisão integrativa realizada em bases de dados internacionais no ano de 2020 identificou as atitudes dos enfermeiros sobre a prevenção da LPP em pacientes de cuidados intensivos. Os autores captaram seis artigos que abordaram as atitudes, dos quais em quatro deles foram avaliadas como atitudes positivas e em dois deles atitudes negativas. Os fatores elencados que influenciam as atitudes positivas foram: maior tempo de experiência profissional e treino específico voltado à LPP. Não foi possível fazer afirmações sobre a correlação entre conhecimento e atitude (FERREIRA et al., 2021).

Conclui-se que a função simbólica das RS é onde estão situadas as razões e as lógicas, através das quais o sujeito confere uma racionalidade específica ao seu sistema de conhecimento. Por meio de símbolos que dão sentido, incute-se na representação uma complexa rede de significados que vão se repercutir na mediação das pessoas com o objeto, abarcando os desejos e afetos nesse processo de conhecer (JOVCHELOVITCH, 2008). Esses símbolos se expressam nas práticas por meio dos rituais, que são sistemas representacionais colocados em ação. Logo, apreender o sentido presente nas rotinas e repetições implementadas permite captar o valor simbólico e afetivo investidos, que são bases do porquê da RS, mapeando a lógica que orienta a perspectiva adotada (JOVCHELOVITCH, 2008).

Nos estudos atuais sobre o tema, as crenças sobre a participação na prevenção da LPP se refletem nos comportamentos dos profissionais. Nesse sentido, os resultados das pesquisas veiculam achados que indicam atitudes consideradas negativas, bem como positivas. Na investigação em tela, a crença sobre a prevenção da LPP situada na visibilidade/invisibilidade dos resultados das medidas implementadas se expressou na maior ou menor prioridade que os

profissionais conferiram no seu cotidiano assistencial à realização de ações voltadas a prevenir a ocorrência da lesão.

Destaca-se que essa classificação que os profissionais realizaram sobre o cuidado preventivo com base nos sentidos produzidos sobre ele, mobilizou a dimensão afetiva em relação a tal fenômeno, que serviu de ponto de partida para as atitudes e as práticas que se desenvolveram como parte desse processo de elaboração.

Farias e Rouquete (2003, p. 436) ao abordarem a dimensão afetiva das RS indicam que essa dimensão é ativada quando os indivíduos do grupo de pertença realizam uma avaliação do objeto da representação. Assim, os afetos influenciam nas cognições e comportamentos avaliativos sobre o que agrada ou não agrada tais participantes do grupo em relação ao objeto.

Arruda (2004) acrescenta dizendo que os afetos são mobilizados a partir da identificação dos membros com o grupo, dos laços de pertença social. Por conseguinte, quando um objeto é relevante socialmente para o grupo, faz com que os seus integrantes queiram falar sobre ele e participar da rede de conversação que é criada a partir da sua circulação no grupo. A participação gera o reconhecimento dos pares, fortalece a identidade e a pertença grupal, aspecto que ilustra como a dimensão afetiva fomenta a familiaridade com o grupo no processo de elaboração da RS.

Considerando essa dimensão afetiva, quando as medidas preventivas foram entendidas como prioritárias, os profissionais trouxeram as situações em que o paciente evolui clinicamente de maneira positiva e sai de alta do hospital, sem a ocorrência da LPP. Nessas situações, referiram se sentir felizes, contentes e realizados profissionalmente, pois tal paciente volta para casa e para o seio familiar sem a presença de complicações provenientes da hospitalização, o que reflete um bom cuidado da enfermagem, aspecto que fortalece a identidade da profissão, que se assenta no cuidado que resulta na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.

Em outra análise, porém, surgiram nos depoimentos as adjetivações pautadas nos afetos de cunho negativo mobilizados pelo objeto, que foram utilizadas para justificar a falta de prioridade na implementação desse cuidado, tais como: não é bonito, é chato, é cansativo/difícil, é pesado e pode trazer riscos à saúde dos profissionais (dor e lesões osteomusculares oriundas da necessidade de esforço físico durante a mobilização dos pacientes dependentes).

No que se refere aos afetos positivos veiculados pelos participantes a partir da recuperação do paciente e sua alta hospitalar, esse sentimento de felicidade e satisfação dos profissionais já foi identificado em outras pesquisas, inclusive como um aspecto identitário da atuação da enfermagem em determinados cenários assistenciais. No caso, por exemplo, dos enfermeiros que trabalham em cenários de terapia intensiva, em pesquisa realizada sob o prisma teórico das RS, um elemento emocional que integra a pertença social dos intensivistas, fortalecendo a sua identidade grupal, é a recuperação do paciente crítico. Quando o paciente que estava grave se recupera e é transferido para as enfermarias ou recebe alta para casa gera satisfação com o trabalho desenvolvido e em ser intensivista (SILVA et al., 2018).

Na pesquisa que buscou identificar as situações geradoras de prazer em profissionais de enfermagem que trabalham no contexto do pronto-socorro de hospital do sul do país, os dados das entrevistas mostraram que, dentre outros aspectos, a recuperação do paciente é motivo de grande prazer dos profissionais. Então, estabilizar o paciente de uma situação que ameaça a vida produz sentimentos positivos nos profissionais (MIORIN et al., 2018).

Por outro lado, em relação aos afetos negativos mobilizados pela prevenção da LPP, como reportado pela depoente 03 quando disse que trabalhar com feridas não é bonito e essa visão interfere na adesão dos profissionais, destaca-se que a temática da LPP pode se articular à dimensão da imagem que circula no meio social sobre a presença da ferida no corpo de uma pessoa, principalmente aquelas que são de natureza crônica. Essas imagens sociais são, em grande parte, de cunho negativo, as quais foram construídas ao longo da história e trazem consigo uma repulsa causada pelos odores e pela matéria que se decompõe das lesões e, em alguns casos, também são associadas ao risco de contágio (SOUZA, 2010). Sob tal ótica, os pacientes com lesão foram historicamente estigmatizados, visualizados a partir de imagens dotadas de significados e sentimentos negativos, tais como impuros, repulsivos, incuráveis e resignados, o que resultou em descaso e isolamento (CARVALHO, 2010).

Quanto aos aspectos negativos ligados ao cansaço, às dificuldades da implementação e aos potenciais impactos físicos no profissional ocasionados pela realização das medidas preventivas da LPP, resultados de pesquisas trazem evidências das repercussões na saúde do trabalhador relacionadas ao desempenho de determinadas atividades profissionais.

No estudo que descreveu as características ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem afastados por distúrbios osteomusculares em hospital universitário, desenvolvido

a partir da análise do prontuário dos profissionais atendidos no Setor de Medicina Ocupacional de 2012 a 2017, dos 2.212 profissionais atendidos, 220 se afastaram por distúrbios osteomusculares. Foram identificados 2.761 afastamentos, sendo 449 por distúrbios osteomusculares, e o setor de maior índice de afastamento foi o de internação clínica. Os principais distúrbios foram dorsalgia (41%) e lesões no ombro (25%). Afastamentos superiores a 15 dias foram associados aos técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais executam atividades que demandam esforço físico no manejo de pacientes dependentes, além de fatores como questões ergonômicas, condições de trabalho e número de pessoal (SOUZA et al., 2020).

Revisão integrativa desenvolvida a partir da análise de 18 artigos avaliou os determinantes de aparecimento de doenças osteomusculares entre os profissionais de enfermagem, dentre os quais evidenciaram o levantamento de carga, a força muscular utilizada nos braços e com as mãos, os movimentos repetitivos e a adoção de posturas de pé andando a maior parte do tempo. Essas características são acrescidas de déficit de profissionais, turnos prolongados e condições inadequadas de trabalho que contribuem para os agravos (OLIVEIRA et al., 2017).

É importante pontuar que o processo de elaboração das RS se dá dentro de um contexto social de inserção dos profissionais, que influencia nas comunicações e interações do grupo sobre o fenômeno e, por conseguinte, nas práticas sociais. Conforme indica Jodelet (2001), o lugar social está implicado na produção das RS, sendo uma condição essencial para a sua compreensão. Essas condições de produção se referem às questões institucionais, ideológicas, políticas, culturais, que retratam a marca social das representações.

Os dados empíricos indicaram que o contexto de produção das RS da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas esteve relacionado com os seguintes aspectos: disponibilidade na instituição de recursos materiais – coxins, lençóis, hidrocolóide, creme de barreira, cama elétrica, coberturas para a pele; quadro de recursos humanos – número adequado de enfermeiros e técnicos de enfermagem, presença de enfermeiro “diarista”, remuneração salarial dos profissionais, carga de trabalho; gestão do cuidado – existência de protocolos assistenciais, atuação efetiva do Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente e Chefias de Serviço; Interdisciplinaridade – participação da equipe interdisciplinar na prevenção da LPP; Pandemia da COVID-19 – maior demanda assistencial,

adoecimento de profissionais, perfil crítico do paciente, incerteza/medo, contratação de profissionais inexperientes.

Quanto a essas características identificadas no contexto da instituição investigada, os estudos que dão suporte à interpretação dos achados da pesquisa em tela, realizados em diferentes regiões do mundo, trazem os principais fatores que repercutem nas ações de cuidado da equipe de enfermagem.

Estudo realizado com 390 enfermeiras de seis hospitais da Turquia analisou as barreiras ao cuidado de prevenção da LPP. As barreiras mais comumente citadas foram níveis insuficientes de pessoal (85,6%) e de materiais e equipamentos de redistribuição de pressão (82,6%). As variáveis que afetaram as atitudes dos enfermeiros em relação à prevenção foram autossuficiência na avaliação do risco de LPP, disposição para aprender mais sobre a prevenção de LPP e conhecimento (AYDOGAN; CALISKAN, 2019).

Em âmbito nacional, pesquisa buscou identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a prevenção na gestão da assistência ao paciente hospitalizado. A pesquisa foi realizada com 197 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pelo cuidado direto e indireto ao paciente hospitalizado. Dentre os resultados, 52,8% relataram não haver facilitadores para a prevenção da LPP, enquanto os 47,2% que responderam positivamente indicaram principalmente o processo de trabalho e os recursos humanos; 76,1% mencionaram existir elementos dificultadores, dentre os quais a falta de material, a sobrecarga de trabalho, o processo de trabalho e os recursos humanos (SOUZA; LOUREIRO; BATISTON, 2020).

Estudo de Etafa et al. (2018) realizado em hospitais públicos em Addis Ababa/Etiópia identificou as barreiras percebidas para a prevenção de LPP. A pesquisa revelou várias barreiras que precisam ser superadas para colocar em prática as estratégias de prevenção, sendo as principais: carga de trabalho elevada e quadro de pessoal inadequado (falta de vínculo) (83,1%), escassez de recursos/equipamentos (67,7%) e treinamento inadequado (63,2%).

Já na avaliação feita com 212 enfermeiros australianos atuantes em hospitais públicos, além de ter indicado que 91,5% possuíam conhecimentos inadequados para a prevenção de LPP, verificou-se que falta de dispositivos de alívio de pressão, falta de pessoal e falta de treinamento foram as barreiras percebidas mais comumente citadas para a prática da

prevenção de LPP. Recomendou-se promover e/ou aumentar treinamentos de maneira regular em relação à prevenção a LPP (EBI; HIRKO; MIJENA, 2019).

Ainda quanto a essas condições estruturais que incidem no contexto em que o fenômeno se manifesta, no Brasil, autores fizeram uma reflexão sobre a importância dos recursos humanos e materiais na perspectiva da prevenção da LPP. No que tange aos recursos humanos, os autores referiram que são indispensáveis para a avaliação do risco de desenvolver a LPP e na implementação de medidas individualizadas, muitas delas relacionadas aos cuidados de enfermagem que são aplicados para minimizar fatores de risco extrínsecos: pressão, fricção, cisalhamento e maceração. Logo, sinalizam a importância de recursos humanos, em quantidade adequada, de forma a evitar a sobrecarga de trabalho ocasionada pelo déficit de recursos humanos, sendo essa um desafio para a assistência segura e livre de danos (TONOLE; BRANDÃO, 2019).

Os recursos materiais, por sua vez, são dispositivos que auxiliam no cuidado preventivo da LPP e, caso não estejam completamente disponíveis, comprometem o processo de cuidar e, por conseguinte, o seu resultado. Incluem: superfícies de redistribuição da pressão, superfícies de apoio e barreiras para a manutenção da integridade da pele (TONOLE; BRANDÃO, 2019).

As evidências atuais sobre o tema mostram que se configuram como barreiras à implementação das medidas de prevenção da LPP: recursos humanos, recursos materiais, satisfação no trabalho, carga de trabalho, nível de qualificação, treinamentos sobre prevenção da LPP, tempo de experiência profissionais (GETIE et al., 2020; BERIHU et al, 2020; JIANG et al., 2020; LIMA et al., 2020; ETAFI et al., 2018). Algumas dessas barreiras foram reportadas pelos participantes desta pesquisa no conjunto dos dados empíricos, corroborando com o que tem sido veiculado na literatura.

Essas barreiras percebidas no contexto da pesquisa são relevantes na construção do pensamento sobre o fenômeno, pois, segundo Jovchelovitch (2008), o conhecimento que construímos individualmente se dá porque pertencemos a um grupo social (sociedade), a uma história, cultura, família, e esse sentido de pertença é que conforma o conhecimento. Nessa direção, o pensamento humano e suas atitudes se dão com base nos constructos sociais dos sujeitos, em suas inserções grupais, e esta configuração individual em um espaço social e

coletivo produz um sentimento de pertencimento que conforma a identidade grupal (ARRUDA, 2009; JODELET, 2005).

Acrescenta-se que a atitude é uma das dimensões que concorrem para a construção das RS. Ela diz respeito às tomadas de posição, favoráveis ou contrárias, sobre aspectos ligados ao fenômeno de investigação (JODELET, 2001). Essas tomadas de posição orientam as práticas sociais e entender como as práticas são delineadas é essencial para se pensar intervenções e propostas de melhorias.

O termo prática social pode ser compreendido como o comportamento (ação observável) expresso por indivíduos que fazem parte de grupos sociais. Na defesa de que haja uma interdependência entre as representações e as práticas sociais, parte-se da premissa de que o ator social elabora um sistema cognitivo que dá coerência e sentido ao fenômeno representado e, ao mesmo tempo, aos comportamentos empreendidos. Nesse sentido, os comportamentos não podem ser estudados separados de um “sistema ação-representação”. Ademais, as práticas são construções dos grupos de pertencimento, logo, se expressam considerando as normas e papéis sociais (CAMPOS, 2017).

Pelo exposto, face à crença simbólica baseada na ideia de invisibilidade dos resultados das medidas preventivas à LPP, aos afetos negativos que estão implicados nesse fenômeno e as dificuldades vivenciadas no contexto institucional relacionadas ao número insuficiente dos profissionais, sobrecarga de trabalho, desmotivação/desvalorização pelos baixos salários, falta de sensibilização/valorização para a temática da LPP, identificou-se que há profissionais que não querem implementar ou acreditam que não precisam implementar as medidas preventivas. Portanto, são menos comprometidos com a prevenção. Essa atitude desfavorável resulta em práticas que não aderem ao protocolo institucional de prevenção da LPP ou que não promovem a continuidade dos cuidados preventivos, o que se configura um erro que pode gerar o evento adverso LPP.

Em outra perspectiva, face ao risco do paciente desenvolver a LPP, que foi entendida como uma marca negativa para o cuidado de enfermagem, houve profissionais que desejam e querem implementar as medidas preventivas, mobilizados principalmente pelos afetos positivos que são ativados quando o paciente sai de alta hospitalar sem nenhuma complicação. Assim, a responsabilidade profissional com o cuidado que sustenta a identidade da profissão, o comprometimento com os preceitos da segurança do paciente, bem como a valorização dos

princípios da humanização do cuidado servem de base para a adoção de práticas comprometidas com a prevenção no cotidiano assistencial, tais como: mudança de decúbito do paciente com regularidade; uso de coxins (improvisos, confecção); avaliação do paciente com escalas de mensuração do risco; hidratação e proteção da pele com cremes; sinalização do risco com placas; instalação do tipo de colchão adequado; busca de assessoria com o Núcleo de Segurança do Paciente; participação das atividades de educação permanente. Tais práticas vão ao encontro da segurança do paciente hospitalizado.

Para estabelecer o contraponto com esses resultados, apresenta-se alguns estudos que abordam a dimensão das práticas de prevenção da LPP. Um deles referiu-se ao cuidado de enfermagem omitido em pacientes com risco ou com LPP. O objetivo dessa investigação foi o de identificar os cuidados de enfermagem omitidos a partir da percepção da equipe de enfermagem e o cuidado de enfermagem omitido identificado a partir da avaliação dos pacientes com risco ou com LPP. A pesquisa envolveu 161 enfermeiros e 483 pacientes em um hospital público do México (HERNANDÉZ-VALLES et al., 2016).

A pontuação média de cuidado omitido na percepção da equipe foi de 29,95, numa escala que ia de 0 a 100 pontos. Os cuidados de enfermagem com os maiores índices de omissão foram: cuidado da pele/cuidado de feridas (38,5%); registro de fatores predisponentes à LPP (33,5%); reposicionamento do paciente a cada duas horas (31,1%); e elaboração do plano de alta e educação do paciente (31,1%). Os principais fatores que contribuíram para omissão foram: recursos humanos, materiais e comunicação (HERNANDÉZ-VALLES et al., 2016).

Na avaliação dos cuidados a serem realizados no paciente com risco ou com LPP, a pontuação de cuidado omitido foi de 52,01% e predominaram as seguintes omissões: uso de alívio de pressão em proeminências ósseas (58,6%); tubos de drenagem fixos sem interferir em movimentos dos pacientes (58,6%); posicionamento do paciente com bom alinhamento corporal (58,2%); uso de colchões pneumáticos (57,6%). Dentre outras omissões, o reposicionamento do paciente a cada duas horas teve omissão de 54,5% (HERNANDÉZ-VALLES et al., 2016).

Sobre essa omissão, autores partiram da sua experiência profissional de dificuldades na realização da mudança de decúbito no cotidiano e desenvolveram uma pesquisa bibliográfica com publicações feitas de 2013 a 2019 para avaliar os motivos relacionados à

dificuldade da realização da mudança de decúbito de pacientes internados na terapia intensivo. Dentre os 13 artigos que compuseram o corpus de análise, os pesquisadores identificaram: sobrecarga de trabalho pelo número deficiente de profissionais, carência de profissionais, baixa adesão da equipe, déficit de conhecimento dos profissionais e falta de programas de prevenção padronizados que organizem o processo de trabalho durante os plantões (GONÇALVES et al., 2020).

Por fim, levantamento de evidências sobre os cuidados clínicos e gerenciais desenvolvidos por enfermeiros para a prevenção da LPP a partir de uma revisão integrativa em bases de dados nacionais reuniu 15 artigos para análise. Os cuidados foram categorizados em: a) alívio da pressão: mudança de decúbito, utilização de colchão adequado, cabeceira elevada a 30°, proteção de saliências ósseas e posicionamento correto no leito. A mudança de decúbito foi a medida citada em todos os artigos, mas os estudos captados indicaram que muitas vezes essa não é implementada na prática; b) nutrição: envolvendo a promoção de suporte nutricional adequado; c) higiene da pele; d) hidratação: oral ou endovenosa, e hidratação da pele; e) gerenciamento do cuidado: por meio da utilização de escalas para avaliação do grau de risco e de protocolos para prevenção da LPP, elaboração de tecnologias educacionais e programas de educação permanente (MENEZES et al., 2017).

À luz dos resultados, é importante pensar nas implicações das práticas delineadas no âmbito RS elaboradas na segurança do paciente. Nessa direção, é preciso situá-las dentro do Modelo Conceitual da Segurança do Paciente. Esse modelo pauta-se na Abordagem Sistêmica do Erro, conforme proposto por James Reason, ou seja, busca-se compreender os fatores relacionados às falhas cometidas pelos profissionais e, conseqüentemente, à potencial ocorrência de eventos adversos. Assim, a tentativa é a de explicar como os erros acontecem, em vista de evitar a sua recorrência. Tal abordagem se contrapõe à abordagem pautada no próprio sujeito, ou seja, que se centra no profissional, numa perspectiva moral e de culpabilização (REASON, 2000).

No modelo conceitual da segurança, as falhas ativas são atos inseguros (erros e violações) cometidos por aqueles que estão na "ponta" do sistema (cirurgiões, anestesistas, enfermeiras, médicos etc.). São resultados da interface das pessoas com o sistema de saúde, cujas ações podem, e às vezes têm, conseqüências adversas imediatas. Os erros ativos são classificados em falhas de raciocínio, deslizes e lapsos (REASON, 1995).

Erros advindos de deslizes são associados às falhas na atenção, comumente identificados em atividades que podem ser observadas, como os procedimentos e as intervenções. As falhas de raciocínio afetam o planejamento, a condução das ações de saúde e a tomada de decisão. Os lapsos decorrem de situações mediadas pela memória, nas quais o esquecimento sobre qual conduta deveria ou não ser tomada pode ocasionar a ocorrência do erro (REASON, 1995).

Já as falhas latentes são criadas como resultado de decisões tomadas nos escalões superiores de uma organização. Suas consequências danosas podem permanecer latentes por muito tempo, só se tornando evidentes quando combinadas com fatores desencadeantes locais, que terminam por romper as defesas do sistema (REASON, 1995).

A abordagem conceitual do sistema parte do princípio de que as falhas ativas são esperadas, já que o ser humano é falível, originando-se mais devido a fatores sistêmicos e não tanto na perversidade humana. Portanto, não se enfatiza a culpabilização e a responsabilização do indivíduo como única causa do erro, sendo os aspectos morais colocados em segundo plano. A questão principal é saber o porquê as defesas falharam e não quem errou, em vista de se criar barreiras para evitar a repetição do erro (REASON, 2000).

Logo, assume-se, de partida, a premissa de que não se pode mudar a natureza humana, mas é possível mudar as condições em que os indivíduos trabalham. Com isso, os sistemas de defesa são o eixo desta abordagem (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010). O Modelo do Queijo Suíço proposto por James Reason (2000) representa esquematicamente o modelo de análise da ocorrência de incidentes provenientes das falhas.

O modelo compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço, que se referem às falhas ativas e às falhas latentes. Em um mundo ideal, cada camada defensiva estaria intacta. Na realidade, porém, eles se parecem mais com fatias de queijo suíço - com muitos buracos, embora, ao contrário do queijo, esses buracos estejam continuamente se abrindo, fechando e mudando de localização. A presença de orifícios em qualquer “fatia” normalmente não causa um resultado ruim. Normalmente, isso pode acontecer apenas quando os buracos em muitas camadas se alinham momentaneamente para permitir uma trajetória de oportunidade de acidente, trazendo perigos às vítimas (REASON, 2000).

Ainda de acordo com o modelo, as defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição chave. Sua função é proteger potenciais vítimas e, na maioria das vezes, eles fazem isso de forma muito eficaz, mas sempre há pontos fracos (REASON, 2000).

Tomando por referência o entendimento de que não implementar as medidas preventivas ou implementá-las de forma incorreta ou descontinuada se configura em um erro, que pode resultar em danos ao paciente (evento adverso), o qual abarca fatores relacionados ao profissional (ativos) e institucionais (latentes) é preciso refletir sobre estratégias de intervenção que possam se configurar em barreiras à recorrência de tais erros. Sob tal ótica, a literatura traz resultados de intervenções que têm se mostrado efetivas em maximizar a segurança do paciente em relação à integridade da pele.

A adoção de protocolos, guias, aplicativos, *checklist*, diretrizes clínicas adaptadas para cada realidade é um caminho apontado na literatura para a minimização das LPP, como ressaltam em seus estudos Vasconcelos, Caliri (2017); Loudet et al., (2017); Souza, Loureiro, Batiston (2018); Snaches et al., (2018) e Oliveira et al., (2018). Esses pesquisadores concluíram que a utilização de protocolos promove o aumento das ações de prevenção à LPP, as quais devem ser desenvolvidas a partir de uma gestão compartilhada entre os executores da assistência, além de alicerçadas em recomendações baseadas em evidência.

O estudo de Snaches et al. (2018) é um exemplo. Esse teve como objetivo verificar a adesão da equipe de enfermagem ao protocolo de LPP e segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados por meio de *checklist* à beira do leito no período de maio a agosto de 2017 em UTI de um hospital em São Paulo. Foram incluídos 945 pacientes, dos quais apenas 5,29% apresentaram LPP durante a internação, com predominância da faixa etária de 41 a 60 anos e sexo masculino. Constatou-se adesão da equipe de enfermagem ao protocolo, demonstrada pelo baixo índice de lesão comparado com a literatura (SNACHES et al., 2018)

Outra pesquisa também avaliou a aplicabilidade e efetividade de protocolo institucional para prevenção da LPP implantado em uma UTI de um hospital universitário em Petrolina-PE. Os achados foram baseados na análise de prontuários de 566 pacientes. Houve redução significativa de LPP durante o internamento (36,6% para 12,3%), da média do tempo de internamento (11,4 para 7,1 dias), bem como do surgimento de LPP em regiões calcânea

(25,7% para 3,7%) e sacra (9,9% para 2,8%). Com esses resultados, os autores concluíram que o protocolo implantado foi efetivo (HOLANDA et al., 2018),

Vasconcelos e Caliri (2017), enfatizando a necessidade de implementação de protocolos internos, avaliaram as ações dos profissionais de enfermagem antes e após a utilização de protocolo de prevenção de LPP em uma UTI de hospital de ensino da Paraíba. Por meio de um estudo observacional, comparativo, do tipo antes e depois, observou-se especificamente as ações de enfermagem durante 38 banhos no leito antes e 44 depois da aplicação do protocolo de prevenção da LPP.

Os resultados demonstraram que houve maior frequência das ações: avaliação do risco para LPP nos dias subsequentes à admissão ($p < 0,001$), observação de proeminências ósseas ($p < 0,001$), 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 ($p < 0,005$). Concluiu-se que a maior frequência de ações preventivas após o uso do protocolo evidenciou a importância dessa ferramenta na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais.

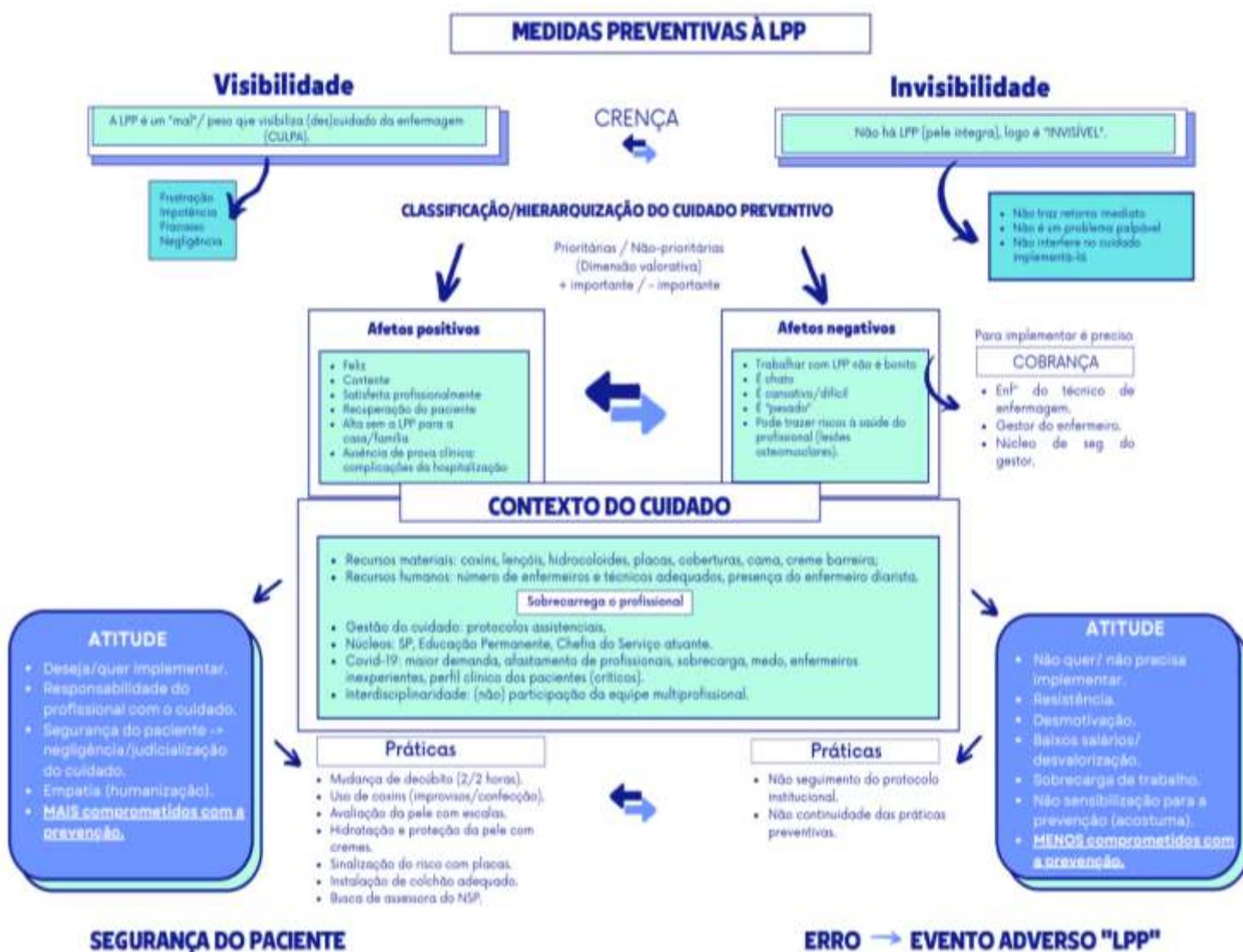
No campo das intervenções de cunho educacional, Olkoski e Assis (2016) avaliaram a efetividade de uma campanha para prevenção de LPP realizada em um hospital de ensino de Curitiba. Consistiu na avaliação de medidas preventivas aplicadas aos pacientes críticos por meio de avaliação leito a leito com *checklist* contendo as medidas recomendadas. O aumento no percentual de adesão foi estatisticamente significativo para as medidas preventivas: reposicionamento, angulação de lateralização, elevação de cabeceira e de calcâneos.

Já Baracho, Chaves e Lucas (2020) analisaram a utilização da simulação realística como estratégia para promoção do ensino sobre LPP. Participaram 67 profissionais de enfermagem inseridos em hospital, que foram avaliados através do teste de conhecimento de Pieper. Os autores concluíram que a aplicação da simulação realística se associou com a melhoria do conhecimento quanto à prevenção e tratamento das LPP.

Esses estudos que integram à discussão levantam possibilidades de estratégias que podem se configurar como barreiras para a ocorrência dos erros relacionados à prevenção da LPP. Sob tal ótica, a adoção de protocolos institucionais, diretrizes clínicas, campanhas educativas e tecnologias educacionais são fatores latentes que contribuem para a segurança do paciente na manutenção da integridade da pele.

Nos resultados interpretados pelo marco teórico das RS, elementos simbólicos, valorativos, afetivos e contextuais orientam as atitudes e as práticas adotadas pelos profissionais de enfermagem para a prevenção da LPP. Então, a proposição de intervenções que atuem como barreiras para evitar as práticas que comprometem a segurança do paciente devem considerar tais elementos que incidem no campo das RS, com vistas a reconstruir sentidos que circulam nesse grupo social que concorrem para o desenvolvimento da LPP (evento adverso). A Figura 11 apresenta o esquema do processo de elaboração das RS sobre as medidas preventivas à LPP.

Figura 11 – Esquema explicativo da RS das medidas preventivas



Fonte: autoria própria, 2021.



CAPÍTULO 06

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos achados obtidos a partir dos dados da abordagem estrutural, evidenciou-se que as evocações “cuidado”, “decúbito” e “massagem” compuseram o provável núcleo central das RS. Após a aplicação dos testes de confirmação da centralidade, mantiveram-se nesse núcleo os termos “cuidado” e “decúbito”. Diante disso, concluiu-se que a RS se estruturou com base na dimensão imagética da mudança de decúbito, a partir da qual ocorre uma hierarquização das medidas preventivas.

O termo cuidado remeteu à dimensão normativa da RS, na compreensão de que o emprego das medidas preventivas é um cuidado de responsabilidade da enfermagem. Essa compreensão da prevenção da LPP como um cuidado que é de responsabilidade da equipe de enfermagem e o decúbito como elemento central desse cuidado preventivo carrega consigo a possibilidade de uma atitude positiva frente a essa prática pelos profissionais e, como consequência, a sua aplicação no cotidiano com maior frequência em relação às demais medidas.

Ademais, o termo cuidado também remeteu à dimensão prática da RS. Sob tal ótica, os termos presentes na primeira periferia indicaram que esse cuidado por meio da mudança de decúbito, em si, não é suficiente para prevenir a LPP, sendo preciso pensar nos diferentes elementos que se associam a esse cuidado, principalmente os recursos materiais e humanos. Assim, as ações de cuidado preventivo são sustentadas pelo emprego de tecnologias que foram descritas no núcleo periférico, como colchão, coxim, lençol e hidrocolóide.

A articulação dos termos equipe, hidratação e nutrição mostrou que a equipe de enfermagem está ciente de que há cuidados que compõem as medidas preventivas para LPP que são da alçada autônoma da enfermagem, mas há outros que são interdependentes, ou seja, se desenvolvem na intercessão das ações de outros profissionais. Nessa direção, os termos avaliação e dieta revelaram uma possível zona de conflito em relação ao núcleo central, ou seja, levantaram questionamentos sobre a efetiva participação da equipe multiprofissional na avaliação dos riscos do paciente de desenvolver LPP e no emprego dos instrumentos de avaliação na prática profissional em relação às demais medidas preventivas.

O termo dieta na zona de contraste também indicou um processo ainda de incorporação dessa medida na prevenção da LPP, considerando que nas diretrizes anteriores sobre o tema não era considerada uma medida preventiva.

Na segunda periferia as evocações trouxeram cuidados preconizados para a prevenção de LPP, ilustrando conteúdos apropriados ao conhecimento básico de enfermagem para este tipo de assistência. Destacou-se ainda o termo leito-ergonomia, que remeteu a uma preocupação com a saúde do profissional, isto é, a ausência de um cuidado ergonômico pode exigir o emprego de mais força e energia na implementação das medidas preventivas, considerando o quadro clínico dos pacientes, o que pode trazer sentimentos negativos ao profissional.

Essa dimensão afetiva pode ser considerada um fator importante na avaliação da implementação ou não de medidas preventivas e serve de alerta para potenciais intervenções de educação permanente nas instituições, ou seja, muitas vezes as lacunas nos cuidados não se dão por falta de conhecimento, mas por falta de condições para a sua execução.

Sobre o processo de elaboração dessas RS (abordagem processual), tais representações alicerçaram-se em crenças que integraram a dimensão simbólica: na primeira delas, as medidas preventivas foram construídas a partir da presença da LPP, que visibiliza a ideia de descuido da enfermagem. Logo, como a aplicação de tais medidas foram consideradas como de sua responsabilidade, quando está presente a LPP traz sentimento de culpa, fracasso e frustração à equipe de enfermagem.

Por outro lado, quando a pele do paciente está íntegra e não há LPP, considerou-se que não há problema que demande ações a serem realizadas para a sua resolução. Nesse sentido, a representação foi construída a partir da ideia de invisibilidade dos resultados da prevenção. Essas construções simbólicas orientaram numa hierarquização das medidas preventivas, que resultaram na sua maior ou menor prioridade no âmbito das ações de cuidado de enfermagem. Tal processo também foi guiado pelos afetos que estão implicados no fenômeno das medidas preventivas.

Com isso, os afetos positivos relacionados à satisfação profissional em ver o paciente retornar ao seio familiar, social e comunitário sem LPP, resultaram na maior valorização das medidas preventivas nas práticas de cuidado, com vistas a evitar a ocorrência do “mal/peso”

(LPP) que foi atribuído por eles à enfermagem. Isso impulsionou uma atitude favorável, que foi marcada pelo desejo de implementar as medidas preventivas.

Tal atitude também se alicerçou na responsabilidade profissional e nos princípios que fundamentam o cuidado de enfermagem seguro, humano e de qualidade, próprios da identidade da enfermagem. Nessa lógica, os profissionais estariam mais comprometidos e compromissados com a prevenção, repercutindo-se em práticas sociais capazes de promover a segurança do paciente, como: mudança de decúbito de duas em duas horas, uso de dispositivos de alívio de pressão, avaliação da integridade da pele com instrumentos preconizados, utilização de cremes de barreira para hidratação e proteção da pele, sinalização dos riscos, instalação de colchão adequado e busca pelo apoio e assessoria das equipes de segurança do paciente e educação permanente.

Quando se visualiza que não há LPP, as medidas preventivas não são priorizadas, pois entendeu-se que não interferem no cuidado, uma vez que sua implementação não gera benefícios imediatos e visíveis. Portanto, nessa lógica, tais medidas foram consideradas de menor valor e importância em comparação a outros cuidados de enfermagem. Como resistência a essa não priorização, é criada uma cadeia de cobranças para a realização desse cuidado: o enfermeiro cobra do técnico de enfermagem, o gestor do enfermeiro e o Núcleo de Segurança do gestor.

Essa compreensão foi influenciada por afetos negativos relacionados às medidas preventivas, fenômeno visto como algo cansativo, difícil, que não é bonito e que pode trazer sintomas físicos desagradáveis ao profissional. Esses elementos afetivos, articulados às dificuldades inerentes ao contexto institucional de inserção dos profissionais, marcado por questões ligadas ao número inadequado de profissionais, indisponibilidade de recursos materiais, desvalorização profissional, desmotivação, sobrecarga de trabalho, fragilidades na gestão institucional e do cuidado, assistência a pacientes com a COVID-19 num cenário global de pandemia, contribuíram para uma atitude desfavorável à implementação das medidas preventivas.

Então, resultaram no menor comprometimento dos profissionais com esse cuidado, que se refletiu na baixa adesão ou não adesão aos protocolos institucionalizados, não seguimento/ continuidade das práticas preventivas.

Pelo exposto, as dimensões simbólica, imagética, normativa, afetiva, identitária, da atitude e da prática conformam o fenômeno das medidas preventivas à LPP aplicadas aos pacientes hospitalizados, orientando o pensamento e ação dos profissionais de enfermagem frente a esse objeto no cotidiano do cuidado. Essas dimensões foram assim delineadas:

Dimensão simbólica: Crenças sobre a visibilidade/invisibilidade das medidas preventivas à LPP;

Dimensão normativa: Norma social de que o cuidado preventivo é uma responsabilidade da equipe de enfermagem. Não implementar esse cuidado é contranormativo;

Dimensão imagética: A mudança de decúbito é uma medida preventiva que traz, em si, uma imagem do posicionamento do paciente que objetiva e dá concretude ao fenômeno;

Dimensão afetiva: O fenômeno mobiliza afetos positivos ligados à saída do paciente de alta sem a ocorrência da LPP; e afetos negativos relacionados à natureza das atividades preventivas e aos impactos que provoca no profissional que as executa;

Dimensão identitária: As ações preventivas à LPP compõem o cuidado integral, humano e seguro que promove a recuperação do paciente hospitalizado sem complicações;

Dimensão social: Existem características do contexto de atuação dos profissionais de enfermagem que influenciam nas facilidades/dificuldades no emprego das medidas preventivas à LPP;

Dimensão valorativa: Hierarquização das medidas preventivas à LPP, com maior ou menor priorização em relação às outras ações de cuidado;

Dimensão da atitude: Favorável: Quer/deseja implementar as medidas preventivas à LPP; Não-favorável: Não quer/tem resistência à implementação das medidas preventivas à LPP;

Dimensão da ação: Cuidado preventivo com tecnologias de cuidado e de processo com o apoio da equipe multiprofissional/Não adesão às diretrizes do cuidado preventivo à LPP.

O conjunto dos dados oriundos da abordagem estrutural e processual das RS em triangulação possibilita **defender a tese** de que a atitude favorável e a consequente aplicação das medidas preventivas à LPP nas práticas de cuidado é mediada pelos afetos positivos mobilizados nos profissionais de enfermagem, disparados a partir do sentido de responsabilidade profissional em promover um cuidado seguro e de qualidade que esse

fenômeno carrega, com o objetivo de evitar a ocorrência de um “mal” que visibiliza um descuido pela equipe de enfermagem, fragiliza a sua identidade e gera sentimentos de culpa e fracasso; por outro lado, a não aplicação expressa uma atitude desfavorável em relação ao fenômeno, a qual é orientada pelos afetos negativos mobilizados por dificuldades contextuais, estruturais e vivenciadas pelo profissional durante a prática das medidas preventivas. Nesse caso, parte-se do entendimento de que os resultados da aplicação do cuidado preventivo são invisíveis e não trazem benefício imediato, já que a pele do paciente está íntegra, não justificando, pois, a sua valorização no cotidiano assistencial.

Essas RS trazem, na dependência dos elementos psicossociais que são ativados, implicações à segurança do paciente, com maior risco do paciente desenvolver a Lesão por Pressão enquanto evento adverso. Diante disso, ao trazer à tona a compreensão psicossocial desse fenômeno, é possível planejar intervenções voltadas a prevenir a LPP a partir da reorganização dos elementos que organizam/estruturam sentidos e práticas dos profissionais de enfermagem. Assim, propõem-se intervenções nos níveis individual, grupal e institucional, que se conformem como barreiras em prol da segurança do paciente, quais sejam:

a) Programa de Formação Permanente da equipe multiprofissional do campo assistencial: intervenção com o uso de metodologias ativas, com vistas a trabalhar junto aos profissionais habilidades técnicas e não-técnicas. Quanto às habilidade não-técnicas, as estratégias devem levar os profissionais a refletirem: sobre as crenças situadas na invisibilidade dos resultados da prevenção, que implicam na não adesão ao cuidado preventivo; sobre a ideia de culpabilização da enfermagem quando da presença da LPP, que resulta em sentimentos de fracasso e frustração, diminuindo a pressão normativa sobre essa categoria; bem como sobre as construções subjetivas que levam a uma visão negativa sobre o emprego da prevenção no ambiente hospitalar.

Em relação às habilidades técnicas, deve-se focalizar na atualização das diretrizes de prevenção à luz das evidências nacionais e internacionais sobre boas práticas de prevenção, e no manejo das tecnologias de cuidado e de processo a serem aplicadas pelos profissionais no cuidado preventivo. Isso porque, um dado que chamou a atenção referiu-se ao fato de que houve a indicação de cuidados preventivos que não são mais recomendados, à exemplo da

massagem, e de tecnologias que estão desatualizadas, como o uso do colchão “caixa de ovo” e do hidrocoloide.

Esse programa deve ser articulado entre o Núcleo de Segurança do Paciente, Núcleo de Educação Permanente e Comissão de Manutenção da Integridade da Pele, voltado à equipe multiprofissional, e ser fornecido com regularidade de modo a envolver os profissionais novatos e experientes na instituição;

b) Oficinas de Segurança do Paciente: proposta de intervenção a ser promovida pelo Núcleo de Segurança do Paciente, para trabalhar a cultura de segurança no âmbito institucional e desenvolver nos profissionais gestores e que se encontram em contato direto com o paciente o comprometimento proativo com as ações de segurança do paciente, em particular com a Meta de redução da ocorrência da LPP a partir do emprego das medidas preventivas.

Nessa direção, destaca-se que os dados sobre as RS do objeto pesquisado revelaram que a enfermagem está no centro dos programas de prevenção à LPP, ou seja, a equipe de enfermagem possui um lugar de destaque quando se pensa a responsabilidade sobre esse cuidado. Por sua vez, tais dados também mostraram que as práticas são realizadas pelos profissionais mediadas pelos afetos. Logo, para além do conhecimento sobre os protocolos e diretrizes, da ordem dos superiores para realizar e da cobrança dos gestores é preciso que cada membro da equipe compreenda o seu lugar e importância nesse processo de cuidar. Portanto, é preciso desenvolver durante as oficinas essa compreensão, mobilizando os afetos e envolvimento dos profissionais, fatores que podem contribuir para a adesão às medidas preventivas.

Além disso, deve despertar o sentimento de corresponsabilização nos demais profissionais da equipe multidisciplinar, considerando os discursos dos participantes sobre as dificuldades de interação/participação desses profissionais. Sob tal ótica, as oficinas devem abarcar a equipe multiprofissional e interdisciplinar e discutir os impactos das falhas de comunicação entre as equipes no contexto do cuidado preventivo à LPP, principalmente considerando a aplicação dos instrumentos/escalas estabelecidos nos protocolos e procedimentos institucionais.

c) Programas de Auditoria Clínica: proposta de intervenção a ser promovida pela Comissão de Manutenção da Integridade da Pele que visa, a partir do desenvolvimento do programa de formação permanente, o estabelecimento de metas para os gestores dos setores de internação,

com o acompanhamento da realização das ações preventivas no cotidiano assistencial e o monitoramento dos indicadores de LPP;

d)Gestão do Cuidado: os profissionais trouxeram nos achados a ideia da ocorrência da LPP como um descuido da enfermagem. Essa compreensão precisa ser discutida pelos gestores e equipe para promover uma análise não de culpabilização dos profissionais, mas de natureza crítica e reflexiva das dimensões institucional e política que se refletem no contexto de trabalho dos profissionais. Dessa feita, é preciso haver articulação dos gestores clínicos com a gestão central e o Núcleo de Segurança do paciente com o objetivo de evidenciar a necessidade de recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade, com demonstração dos impactos clínicos, econômicos e sociais em relação à segurança do paciente, em particular, na manutenção da integridade da pele quando a decisão política e institucional dos gestores é a de não disponibilizar esses recursos na sua plenitude, retirando a carga de responsabilização de cunho pessoal da equipe de enfermagem.

A aquisição e disponibilização dos recursos materiais deve considerar as novas tecnologias de cuidado voltadas à prevenção da LPP, de produto: camas, coxins, placas, coberturas, cremes etc; de processo: instrumentos assistenciais. Ressalta-se, ainda, a importância dos gestores promoverem ações com o uso de tecnologias relacionais, para trabalhar a motivação e a interação da equipe multiprofissional;

e) Núcleo de Saúde do Trabalhador: desenvolvimento de ações preventivas voltadas à saúde do profissional em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, com foco nos aspectos ergonômicos envolvidos nas ações de cuidado e na saúde mental, pois são fatores que resultam no afastamento do trabalhador e na piora da sua qualidade de vida;

f)Formação em Fundamentos de Enfermagem: aplicar os conhecimentos gerados sobre a Meta de Segurança do Paciente relacionada à Manutenção da Integridade da Pele na graduação em enfermagem, desenvolvendo no futuro enfermeiro a consciência sobre a prevenção dos eventos adversos, em especial no que tange aos aspectos objetivos e subjetivos envolvidos no cuidado preventivo da LPP, ao encontro das recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que possui como uma das estratégias a inclusão do tema da segurança nos currículos dos cursos de formação em saúde em nível superior e na pós-graduação.

As limitações da pesquisa se relacionaram: à impossibilidade de aplicar a TALP com todos os participantes ao mesmo tempo, de forma a assegurar maior fidedignidade à técnica;

ao número de participantes da abordagem processual, já que, as limitações impostas pela pandemia da COVID-19 inviabilizaram a ampliação do número de participantes; a não realização da observação sistemática das práticas profissionais como técnica de produção dos dados, conforme inicialmente prevista, o que contribuiria para o cruzamento dos discursos produzidos com as rotinas de cuidado, aprofundando a compreensão do fenômeno de investigação. Outra limitação referiu-se à atuação da pesquisadora principal como membro da equipe da Coordenação Estadual de Vigilância Sanitária, que pode ter trazido alguma influência na produção dos dados, apesar das estratégias adotadas para minimizar essa implicação normativa.

REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Org.). Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

ABRIC, J. C. et al. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán, 1994.

ACENDRA, Janeth et al. Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana, v. 32, n. 2, p. 151-161, jun. 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200002. Acesso em: 2 out. 2020.

ALMEIDA, R. M. F. et al. Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. Escola Anna Nery, v. 25, edição especial, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118>. Acesso em: 15 dez. 2021.

AMOLDEEP et al. Practices followed by nurses for prevention of pressure ulcer among patients admitted. International Journal of Nursing Education, v. 11, n. 3, p. 1-6, jul./set. 2019. DOI: 10.5958/0974-9357.2019.00064.1. Disponível em: https://www.ijone.org/scripts/IJONE_July-Sep%202019.pdf. Acesso em: 2 mar. 2021.

ARRUDA, A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Org.). Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 83-102.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cadernos de Pesquisa, n. 117, p. 127-147, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>. Acesso em: 2 mar. 2021.

ASTI, E. et al. Prevalence and risk factors of nasal pressure ulcers related to nasogastric intubation: an observational study. European Surgery, v. 49, n. 4, p. 171-174, 2017. DOI: 10.1007/s10353-017-0476-y. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10353-017-0476-y.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2021.

AYDOGAN, S.; CALISKAN, N. A Descriptive study of turkish intensive care nurses' pressure ulcer prevention knowledge, attitudes, and perceived barriers to care. *Wound Management & Prevention*, v. 65, n. 2, p. 39-47, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30730304/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE Online*, Recife, v. 7, n. esp., p. 5015-5022, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11764>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BARAKAT-JOHNSON, M. et al. Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *Journal of Tissue Viability*, v. 26, n. 4, p. 246-253, 2017. DOI: 10.1016/j.jtv.2017.09.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29050901/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Paris: PUF, 2011.

BERIHU, H. et al. Practice on pressure ulcer prevention among nurses in selected public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, v. 13, n. 1, 207, 2020. DOI: 10.1186/s13104-020-05049-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32276650/>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BERNARDES, R. M. Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência e características dos pacientes. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-23122015-103420/pt-br.php>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde n. 13: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2015. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-132013-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2013-2015.pdf/view>. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde no 16: Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência microbiana do ano de 2016. v. 16, p. 83, 2016. Disponível em: <https://11nk.dev/GNvTz>. Acesso em: 2 ago. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n. 01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2015a. Disponível em:

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES n. 03/2017. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf/view>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: ANVISA, 2015b. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/plano-integrado-para-gest%C3%A3o-sanit%C3%A1ria-da-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2016. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1626>. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html/print/. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 2: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 5 jan. 2018.

CALDANA, G. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 3, p. 906-911, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cM8Vn6jCdvq4zLWdsqNzzhd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 4 mar. 2021.

CAMPOS, P. H. F. Editorial da seção - O estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. *Psicologia e Saber Social*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 42-46, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.30664>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30664/21811>. Acesso em: 2 fev. 2022.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M.-L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [online], v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300003>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300003>. Acesso em: 2 fev. 2022. Epub 31 maio 2004. ISSN 1678-7153.

CARDOSO, G. A. D.; MOTA BINDA, A. L.; NASCIMENTO, P. E.; SANTOS, D. O. E.; BINDA, N. I. A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 265, p. 4151-4170, 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i265p4151-4170. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/626>. Acesso em: 2 fev. 2022.

DALVAND, S.; EBADI, A.; GHESHLAGH, R. G. Nurses' knowledge on pressure injury prevention: a systematic review and meta-analysis based on the Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, v. 11, p. 613-620, 2018. DOI: 10.2147/CCID.S186381. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257136/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

DANTAS, A. L. M. et al. Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista. *Revista de Enfermagem UFPE, Recife*, v. 7, n. 1, p. 706-12, mar. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/7183>. Acesso em: 4 mar. 2021.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

ETÀFA, W. et al. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC nursing*, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0282-2>.

Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-018-0282-2>. Acesso em: 4 mar. 2021.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: quick reference guide. [s.l] EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: https://internationalguideline.com/static/pdfs/Quick_Reference_Guide-10Mar2019.pdf. Acesso em: 4 mar. 2021.

FERREIRA, M. A. Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wdyxP7y3X3QZLLcZJWqX6mq/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2021.

FERREIRA, Paulo Alexandre Carvalho et al. Prevenção de lesões por pressão nos doentes em unidades de cuidados intensivos [Preventing pressure ulcers in patients in intensive care units] [Prevenición de úlceras por presión en pacientes en unidades de cuidados intensivos]. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 29, p. e55832, ago. 2021. ISSN 0104-3552. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.55832>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55832>. Acesso em: 2 fev. 2022.

FULBROOK, P. et al. Australian nurses' knowledge of pressure injury prevention and management: a cross-sectional survey. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, v. 46, n. 2, p. 106, 2019. DOI: 10.1097/WON.0000000000000508. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30801563/>. Acesso em: 4 mar. 2021.

GAITA, M. C.; FONTANA, R. T. Percepções e saberes sobre a segurança do Paciente Pediátrico. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0223>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400206&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2021.

GALVÃO, N. S. et al. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. Revista Brasileira de enfermagem, v. 70, n. 2, p. 294-300, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0063>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gGBz83T98q5BbymbNWz7KXq/?lang=en>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GETIE, A. et al. Pressure ulcer prevention practices and associated factors among nurses in public hospitals of Harari regional state and Dire Dawa city administration, Eastern Ethiopia. PLOS ONE v. 15, n. 12, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0243875. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7737888/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. As representações sociais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 16, 122-129, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100019>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16927>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GOMES DOS SANTOS, Ariane et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 33, n. 3, out. 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GRIFFITHS, M. J. D. et al. Guidelines on the management of acute respiratory distress syndrome. *BMJ open respiratory research*, v. 6, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000420>. Disponível em: <https://bmjopenrespres.bmj.com/content/6/1/e000420>. Acesso em: 12 jan. 2021.

GUERRA, A. et al. A Identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 87, n. 25, 8 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.especial-art.156>. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/156>. Acesso em: 12 jan. 2021.

HEKMATPOU, D. et al. The effect of Aloe Vera gel on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in the orthopedic wards: a randomized triple-blind clinical trial. *BMC Complement Altern Med*, v. 18, n. 1, 264, 2018. DOI: 10.1186/s12906-018-2326-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30268162/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

HERNÁNDEZ-VALLES, J. H.; MORENO-MONSIVÁIS, M. G.; INTERIAL-GUZMÁN, M. G.; VÁZQUEZ-ARREOLA, L. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BDBxH8NyzyFf4J8qtF4WhNG/?lang=en>. Acesso em: 2 fev. 2022.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Avaliação de custo-efetividade de dois tipos de curativos para prevenção de úlcera por pressão. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 415-419, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500070>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500415&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press, 2000.

JACOBOVSKI, R.; FERRO, L. F. Permanent education in Health and Active Learning methodologies: a systematic integrative review. *Research, Society and Development*, [S. l.],

v. 10, n. 3, 2021. DOI: <https://orcid.org/0000-0001-6028-5528>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13391>. Acesso em: 19 dez. 2021.

JESUS, M. A. P. et al. Incidence of pressure injury in hospitalized patients and associated risk factors. *Rev. Baiana Enferm.*, v. 34, e36587, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36587>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36587>. Acesso em: 19 dez. 2021.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf.*, v. 22, n. 10, p. 809-815, out. 2013.

JIANG, L. et al. Nurses' knowledge, attitudes, and behaviours related to pressure injury prevention: A large-scale cross-sectional survey in mainland China. *Journal Clinical Nursing*, [S. l.], v. 29, p. 17-18, 4 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15358>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15358>. Acesso em: 30 jul. 2021.

JODELET, D. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. *Sociedade e Estado*, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 423-442, set. 2018. Disponível em: <http://ojs.bce.unb.br/index.php/estado/article/view/31117>. Acesso em: 02 ago. 2021.

JODELET, D. *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JOFFE, H. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S.; DUVEEN, G. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 297-321.

KADDOURAH, et al. Knowledge and attitudes of health professionals towards pressure ulcers at a rehabilitation hospital: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, [S. l.], v. 15, p. 17, 2 maio 2016. DOI: 10.1186/s12912-016-0138-6. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0138-6#citeas>. Acesso em: 2 ago. 2021.

KHOJASTEHFAR, et al. Shima. Factors related to knowledge, attitude, and practice of nurses in intensive care unit in the area of pressure ulcer prevention: A multicenter study. *Journal of Tissue Viability*, [S. l.], v. 29, p. 76-81, 2 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.02.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X18301608>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LI, Z. et al. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, [S. l.], v.

105, p. 103546, 1 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920300316?via%3Dihub>. Acesso em: 2 ago. 2021.

LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 5, p. 930-936, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680523i>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680523i>. Acesso em: 19 dez. 2020.

LIMA, J. C; SILVA, A. E. B. C.; CALIRI, M. H. L. Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 28, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/t4PWzd3J4c5DWWMXW5SGMNx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2020.

LOPES, A. N. M.; BATASSINI, E.; BEGHETTO, M. G. Pressure wounds in a cohort of critical patients: incidence and associated factors. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 42, e20200001, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QJVDGBnJztSqd3wHSzwSwNM/>. Acesso em: 03 fev. 2021.

MACHADO, L. B.; ANICETO, R. A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, v. 18, n. 67, p. 345-364, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/k74M4V3f8qpPMNfRJdhRQwB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000200004. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200004>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MAIA, A. C. A. R. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 29, n. 3, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kcWh5sz6wThsSdsXDQVrygb/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MEDEIROS, L. N. B. et al. Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. *Rev. enferm. UFPE online*, p. 2697-2703, 2017. DOI: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201707. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32336>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MENEZES, C. G. et al. Cuidados Clínicos e Gerenciais de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, [S. l.], v. 15, n. 2, 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700020007. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/486>. Acesso em: 2 fev. 2022.

MENIN, M. S. S. O aspecto normativo das representações sociais: comparando concepções. *Revista de Educação Pública*, Cuiabá, MT, v. 16, n. 30, p. 121-135, 2007.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, SP, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MIORIN, J. D. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S. l.], v. 27, n. 2, e2350015, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>. Acesso em: 02 fev. 2022.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, [S. l.], v. 18, n. 6, nov./dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NGzrXTcmJf4SbNNhVmCQzGS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2022.

MOLINER, P. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (ed.) *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel, Switzerland: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 199-232.

MÖLLER, G.; MAGALHÃES, A. M. M. Banho no leito: carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 24, n. 4, p. 1044-1052, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003110014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LYZmW3VFVLsqfgxmpr46WWt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L. Resumo de Dissertação - Prevalência de Úlcera por Pressão em Pacientes em Risco e o Cuidado no Domicílio após Alta Hospitalar. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, [S. l.], v. 14, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/201>. Acesso em: 6 dez. 2021.

MOSCOVICI, S. *A Psicanalise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Associação Brasileira de Estomaterapia. Consenso NPUAP 2016: classificação das lesões por pressão adaptado culturalmente para o Brasil, 2016. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf. Acesso em: 26 jun. 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. *Prevention and*

treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Osborne Park: Cambridge Media, 2014a. Disponível em: <https://www.ehob.com/media/2018/04/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media, 2014. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>. Acesso em: 29 maio 2021.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005b. p. 573-603.

OLIVEIRA, A. P. C. et al. State of Nursing in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>. Acesso em: 21 dez. 2021.

OLIVEIRA, D. C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (org.). *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005a. p. 157-200.

OLIVEIRA, L. Análise de texto automatizada e análise de conteúdo: abordagens combinadas e apontamentos sobre a produção latino-americana. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 10., 2019; ESCUELA ALACIP, 3., 2019, Monterrey. *Anais [...]*. Monterrey: AMECIP, 2019. Disponível em: <https://alacip.org/cong19/241-oliveira-19.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

OLIVEIRA, V.; ALMEIDA, R. Aspectos que Determinam as Doenças Osteomusculares em Profissionais de Enfermagem e seus Impactos Psicossociais. *Journal of Health Sciences*, v. 19, n. 2, p. 130, 2017. Disponível em: <http://10.17921/2447-8938.2017v19n2p130-135>. Acesso em: 2 fev. 2022.

OLKOSKI, E.; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Escola Anna Nery Revista*

de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. 363-369, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160050>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/j7rTPtJWtMvTtQq4G5yW38b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final. Lisboa, [2009]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Fotografia da enfermagem no Brasil. Brasília: OMS/OPAS, 2020. 12 gráficos. Disponível em: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>. Acesso em: 21 dez. 2021.

PADULA, C. A. et al. Prevention of medical device-related pressure injuries associated with respiratory equipment use in a critical care unit. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, v. 44, n. 2, p. 138-141, 2017. DOI: 10.1097/WON.0000000000000311. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28267119/>. Acesso em: 26 jun. 2017.

PACHÁ, H. H. P. et al. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 6, p. 3027-3034, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>. Acesso em: 21 dez. 2021.

PECORA, A. R.; SÁ, C. P. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 2, p. 319-325, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/LnfXqmSyGvgNkWx76RpxJ8B/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20020086>. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pd5Cm9Mx3C5P3b3mjpyPg7C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 mar. 2021.

PEREIRA, A. A. et al. Prevenção de lesão por pressão e o uso do colchão pneumático versus colchão piramidal em unidade de terapia intensiva. *Enfermagem Brasil*, v. 18, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2449>. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2449>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PEREIRA, F. J. C. Estratégias de pesquisa plurimetodológicas. In: MOREIRA, A. S. P. (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005. p. 25-60.

PORTUGAL, L. B. A.; CHRISTOVAM, B. P. Estimativa do custo do tratamento da lesão por pressão, como prevenir e economizar recursos. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 86, n. 24, 10 dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.93>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/93>. Acesso em: 2 mar. 2021.

RABEH, S. A. N. et al. Adaptação cultural do instrumento Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test para o Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 4, p. 1977-1984, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dZwLkNNkJXcPbXbH93JLRRq/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2017.

RAMALHO, A. O.; FREITAS, P. S. S.; NOGUEIRA, P. C. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico nos profissionais de saúde em época de pandemia. *Estima, Braz. J. Enterostomal Ther*, v. 18, 2020. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v18.867_PT. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v18.867_PT. Acesso em: 2 ago. 2021.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO TECNOLOGIA E SAÚDE (REBRATS). Centro de Medicina Tropical de Rondônia – Cemetrôn, 2017. Disponível em: <https://rebrats.saude.gov.br/membros-cat/495-centro-de-medicina-tropical-de-rondonia-cemetrôn>. Acesso em: 15 dez. 2021.

REASON, J. T. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care*, v. 4, n. 2, p. 80-89, 1995. DOI: 10.1136/qshc.4.2.80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10151618/>. Acesso em: 2 fev. 2022.

REASON, J. T. Human errors: models and management. *BMJ*, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RODRIGUES, J. M. et al. Incidência e fatores relacionados ao aparecimento de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. *Estima*, v. 19, n. 1, jan.-dez., 2021. DOI: https://doi.org/10.30886/estima.v19.1014_PT. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1280951>. Acesso em: 15 dez. 2021.

RUMBO-PRIETO, J. M. et al. Calidad de las guías de práctica clínica sobre úlceras venosas de la extremidad inferior. *Enfermería Clínica*, v. 28, n. 1, p. 49-56, jan. 2018. DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.10.003. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-calidad-guias-practica-clinica-sobre-S1130862117301560>. Acesso em: 26 jun. 2017.

SÁ, C. P. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2000.

SÁ, C. P. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2002.

SÁ, C. P.; ARRUDA, A. O estudo das representações sociais no Brasil (The study of the social representations in Brazil). *Revista de Ciências Humanas*, n. 3, p. 11-31, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/24121>. Acesso em: 26 jun. 2017.

SAMURIWO, R.; DOWDING, D. Nurses' pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, v. 51, n. 12, p. 1667-1685, dez. 2014. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24835078/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SANTOS, E. I. et al. Autonomia profissional e enfermagem: representações de profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.59033>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472017000100414&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2020.

SANTOS, G. S. et al. Social representations of adolescents about sexuality on the internet. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/REEUSP-2020-0488>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeus/a/BFJ3PfTLWqj8TqnzgVphR5m/?lang=en&format=pdf>. Acesso: 2 jul. 2021.

SANTOS, V. B.; TURA, L. F. R.; ARRUDA, A. M. S. As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 3, p. 497-509, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mar. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA. Hospital encerra 2017 contabilizando mais de meio milhão de reais de investimentos e 100% de satisfação dos pacientes. 2017. Disponível em: <http://www.rondonia.ro.gov.br/>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SENGUL, T.; KARADAG, A. Determination of nurses' level of knowledge on the prevention of pressure ulcers: The case of Turkey. *Journal of Tissue Viability*, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 337-341, 1 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.06.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X20300838?via%3Dihub>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SHI, C. et al. Beds, overlays and mattresses for preventing and treating pressure ulcers: an overview of Cochrane Reviews and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 8, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD013761. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8407250/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SILVA, R. C. Estilos de cuidar na terapia intensiva em face das tecnologias: uma contribuição à clínica do cuidado de enfermagem. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 3, p. 607-612, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300026>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300026>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção; APOSTOLIDIS, Thémis. Ser enfermeira intensivista: elementos identitários presentes no campo das representações sociais [Being an intensive care nurse: identity elements present in the field of social representations] [Ser enfermera intensivista: elementos de identidad presentes en el campo de las representaciones sociales]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S. l.], v. 26, p. e20787, dez. 2018. ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/20787>. Acesso em: 2 fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.20787>.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. S. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*, n. 96, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOARES, S. S. S. et al. Dupla jornada de trabalho na enfermagem: paradigma da prosperidade ou reflexo do modelo neoliberal? *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38745>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOUSA, E. S. et al. Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina: Embrapa Cerrados, 2009.

SOUSA, L. R. M. et al. Análise da prevalência de desbridamento cirúrgico de úlcera por pressão em um hospital municipal. *J. Res.: Fundam. Care. Online*, v. 8, n. 2, p. 4186-4196, abr./jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4186-4196>. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4186-4196>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOUSA, R. G.; SANTANA, A. B. Risco de integridade da pele prejudicada: avaliação e conduta de enfermagem frente às úlceras por pressão (UPP) em pacientes em terapia intensiva. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 14, n. 2, p. 167-173, jul./dez. 2016. DOI: : <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3840>. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3840>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOUZA, M. C.; LOUREIRO, M. D. R.; BATISTON, A. P. Organizational culture: prevention, treatment, and risk management of pressure injury. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0510>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0510>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 75-81, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100010> Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100010>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SOUZA, Y. M. et al. Caracterização dos trabalhadores da enfermagem afastados por distúrbios osteomusculares em hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S. l.], v. 10, p. e10, 2020. DOI: 10.5902/2179769236767. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36767>. Acesso em: 2 fev. 2022.

SUVA, G. et al. Strategies to support pressure injury best practices by the inter-professional team: A systematic review. *International Wound Journal*, v. 15, n. 4, p. 480-589, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29600545/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

TONOLE, Renato; BRANDÃO, Euzeli. Recursos humanos e materiais para a prevenção de lesão por pressão [Human resources and materials for the prevention of pressure ulcers] [Recursos humanos y materiales para la prevención de lesión de presión]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 27, p. e38472, maio 2019. ISSN 0104-3552. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38472>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38472>. Acesso em: 2 fev. 2022.

TORRA-BOU, J. E. et al. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*, v. 27, n. 4, p. 161-167, 2016. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400007. Acesso em: 2 ago. 2021.

VALLES, J. H. H. et al. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2016, v. 24, e2817. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>. Acesso em: 2 fev. 2022. Epub 21 nov. 2016. ISSN 1518-8345.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/f66m674NhqxSCMhrFwy6DDR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2021.

VIEIRA, C. P. B. et al. Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 2, p. 4447-4459, 2016. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4447-4459>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4617>. Acesso em: 2 ago. 2021.

WACHELKE, J. F. R. Índice de centralidade de representações sociais a partir de evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo da representação social sobre envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 1, p. 102-110, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 out. 2020.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 521-526, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2021.

WOLTER, R. P.; WACHELKE, J.; NAIFF, D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 1139-1152, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-18>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300018. Acesso em: 2 mar. 2021.

WOLTER, R. The structural approach to social representations: Bridges between theory and methods. *Psico-USF*, v. 23, n. 4, p. 621-631, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230403>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 20 jan. 2023.

XAVIER, F. G. Significado de demandas de cuidados de pessoas que vivenciam úlceras crônicas de membros inferiores: contribuições para enfermagem. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

XIMENES, F. R. G. et al. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019> Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>. Acesso em: 19 dez. 2021.



APÊNDICES

APÊNDICE A - PROTOCOLO DE LEITURA DOS TEXTOS DA AMOSTRA DA REVISÃO INTEGRATIVA

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 TÍTULO:

1.2 Periódico que o artigo foi publicado:

1.3 Ano:

2013	2014	2015	2016	2017
------	------	------	------	------

1.4 Banco de dados que o artigo foi localizado:

	LILACS;
	MEDLINE;
	IBECS;
	BDENF.

2. ASPECTOS TEXTUAIS

2.1 Objetivos do artigo:

2.2 Tipo de estudo/ metodologia:

2.3 Identificação dos participantes (quando aplicável):

2.4 Hipóteses ou variáveis (para pesquisas quantitativas):

2.5 Questões norteadoras (para pesquisas qualitativas):

2.6 Tratamento dos dados:

2.7 Resultados do artigo:

2.8 Aspectos relevantes encontrados e relacionados com a RI:

2.9. Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? () Sim () Não
Os resultados estavam baseados nos dados? () Sim () Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? () Sim () Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? () Sim () Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? () Sim () Não

2.10. Recomendações

O artigo apresentou recomendações? () Sim () Não

2.11. Conclusões e implicações do artigo

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? () Sim () Não

2.12. Limitações do estudo:

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

() Sim () Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

() Sim () Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

() Sim () Não

2.14. Nível de evidência científica atribuída ao estudo (POLIT E BECK, 2011):() Nível 1 ()

Nível 2 () Nível 3 () Nível 4 () Nível 5 () Nível 6 () Nível 7

Nível	
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

APÊNDICE B - COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES DE PALAVRAS

Diga as cinco primeiras palavras que lhe vem à mente quando você ouve a expressão:

“Medidas preventivas à lesão por pressão”

Palavras Evocadas

1.
2.
3.
4.
5.

Em seguida, enumera-as de 1 a 5 da mais importante para a menos importante.

Ordem de importância

1.
2.
3.
4.
5.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Dados Gerais

-Idade: _____ anos

-Sexo: () Masculino () Feminino

-Religião: _____

-Profissão:

() Enfermeira (o)

() Técnica (o) de enfermagem

() Auxiliar de Enfermagem

-Quanto tempo de formação? _____

-Quanto tempo de atuação na instituição? _____

- Setor de atuação: _____

-Tempo de atuação no setor: _____

-Turno de trabalho: _____

-Se enfermeiro:

Pós-graduação:

Pós-graduação lato sensu () Especificar _____

Pós-graduação stricto sensu () Mestrado () Doutorado

-Realização de cursos acerca da prevenção da LP _____

-Realização de cursos e eventos acerca da prevenção da LP

Sim () Não ()

Se sim, ano da última participação _____

-Teve acesso às diretrizes mais recentes de prevenção da LP

Sim () Não ()

Se sim, como _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

1. Quando eu falo sobre a prevenção da lesão por pressão em pacientes com patologias crônicas e doenças tropicais, o que você teria a me dizer sobre isso?
2. Poderia me falar sobre como você emprega no seu dia-a-dia da assistência de enfermagem as medidas preventivas à LP? Pode me dar exemplos?
3. E os seus colegas? Como você visualiza o emprego das medidas preventivas pelos demais membros da equipe de enfermagem no cotidiano da assistência?
4. Como você avalia o seu preparo/qualificação para a implementação das medidas preventivas à LP?
5. Na sua opinião, que fatores interferem no emprego das medidas de prevenção à LP pela equipe de enfermagem? O que te facilita? O que te dificulta? Como você lida com as dificuldades?
6. E os seus colegas, como eles lidam com essas dificuldades na implementação das medidas preventivas à LP?
7. Você considera que há diferenças entre os setores do hospital na aplicação dessas medidas preventivas? Se sim, por quê? Quais seriam essas diferenças?
8. Há situações em que as medidas preventivas à LP não são implementadas? Se sim, a que você atribui esta não implementação?
9. Em relação às outras atividades que você desenvolve no seu cotidiano de trabalho, qual o grau de importância das medidas preventivas à LP?
10. E os seus colegas, qual o grau de importância que você acha que eles atribuem às medidas preventivas em relação às atividades que desenvolvem no cotidiano?
11. Realizar as medidas preventivas traz algum benefício ao profissional? Te distingue? Se sim, quais as que mais te distingue e as que menos te distingue?
12. Há alguma coisa que te preocupa acerca da implementação das medidas de prevenção à LP na prática pela equipe de enfermagem? Se sim, quais seriam as suas preocupações sobre a prevenção da LP?
13. Na sua concepção, o que você precisa para implementar as medidas preventivas na prática?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Representações sociais das medidas preventivas à lesão por pressão para a equipe de enfermagem**, que tem como objetivo: **“Analisar as Representações Sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à Lesão por Pressão em pacientes hospitalizados.”**. Este é um estudo baseado em uma pesquisa que utiliza técnica projetiva, entrevista e observação. A pesquisa terá duração de até 4 anos, com o término previsto para 2020. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

Os dados coletados durante a aplicação da técnica projetiva, da observação e entrevista serão utilizados apenas NESTA pesquisa e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, arquivados por um período de cinco anos. Será garantido seu completo anonimato, fidelidade às informações que você nos fornecer e sigilo de sua participação, inclusive na divulgação da pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador. Sua participação nesta pesquisa consistirá basicamente em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista com duração média de uma hora e, além disso, será feita uma observação durante o seu atendimento de enfermagem (assistência). A entrevista será gravada em um gravador digital para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Esclareço que a realização desta pesquisa pode oferecer riscos mínimos, que são prioritariamente de cunho emocional, não havendo, pois, riscos físicos de danos à saúde. Há riscos emocionais uma vez que pode haver algum desconforto para o Sr(a) a presença do pesquisador em campo na fase de observação, bem como durante as entrevistas, cujas questões elaboradas podem remeter a situações vivenciadas podendo fazer emergir emoções e sentimentos. Todavia, serão utilizadas estratégias para tornar o ambiente o mais natural possível, de modo a não causar constrangimento de qualquer natureza. Caso haja algum desconforto emocional, a entrevista poderá ser suspensa momentaneamente a partir da avaliação da pesquisadora ou do seu desejo, havendo a possibilidade de prosseguimento em outro momento a ser definido junto ao participante. Caso esta situação ocorra, e sendo solicitado o pesquisador se compromete a descartar o material que gerou o constrangimento.

Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação do conhecimento científico na área de Enfermagem Fundamental, além da formação de profissionais da saúde, serviços de saúde e para enfermagem, no sentido de oferecer subsídios para a atuação da equipe em processos voltados a qualidade e segurança do paciente ao paciente hospitalizado com risco de desenvolver LP.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Pesquisadora responsável: Rosa Maria Ferreira de Almeida, preceptora Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia, Campus José Ribeiro Filho, BR 364, Km 9,5 CEP: 76.801-050, meu telefone para contato é (69) 98416-6211 e e-mail rosamfalmeida@yahoo.com.br.

CEP: CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048 R: 200 E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Porto Velho, ____ de _____ de 20____ .

Assinatura do(a) Participante

Nome em letra de forma do Participante

Assinatura do(a) Pesquisadora

Nome em letra de forma do Pesquisador

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.



ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MEDIDAS PREVENTIVAS À LESÃO POR PRESSÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 01396818.8.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.323.665

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto referente a alteração na terceira etapa de coleta de dados, incluindo entrevista remota.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à lesão por pressão em pacientes hospitalizados.

Objetivo Secundário:

- Identificar as representações sociais da equipe de enfermagem sobre as medidas preventivas à lesão por pressão em pacientes hospitalizados;
- Conhecer os elementos constitutivos das RS e como estes se estruturam, analisando suas relações com a adesão as medidas preventivas à lesão por pressão pelos profissionais de enfermagem, nas práticas de cuidado ao paciente hospitalizado; • Discutir as implicações das representações e práticas na segurança do paciente em relação à manutenção da integridade da pele.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.211-110

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cep@eeanhesa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 4.323.665

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

A presente pesquisa possui riscos mínimos, que são de cunho emocional, não havendo, pois, riscos físicos de danos à saúde. Há riscos emocionais uma vez que pode haver algum desconforto para o participante a presença do pesquisador em campo na fase de observação, bem como durante as entrevistas, cujas questões elaboradas podem remeter a situações vivenciadas que podem fazer emergir emoções e sentimentos. Todavia, serão utilizadas estratégias para tornar o ambiente o mais natural possível, de modo a não causar constrangimento de qualquer natureza. Caso haja algum desconforto emocional, a entrevista poderá ser suspensa momentaneamente a partir da avaliação da pesquisadora ou do desejo do entrevistado, havendo a possibilidade de prosseguimento em outro momento a ser definido junto ao participante.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, os resultados do estudo são importantes para a ampliação do conhecimento científico na área de Enfermagem Fundamental, além da formação de profissionais da saúde, serviços de saúde e para enfermagem, no sentido de oferecer subsídios para a atuação da equipe em processos voltados a qualidade e segurança do paciente ao paciente hospitalizado com risco de desenvolver LPP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda ao projeto de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide pendência ou conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Justificativa da Emenda:

À Coordenação do CEP/EEAN/HESFA/UFRJ, Senhor(a) Coordenador(a), Solicito Emenda para: Alteração metodológica de coleta de dados da terceira fase (entrevistas) – páginas 54 e 55 – e cronograma – página 72, apêndice C –. Itens a serem contemplados: Metodologia e cronograma. Justificativa para incluir esta emenda: • A presente proposta de pesquisa está em andamento com três técnicas de coleta de dados. À princípio, constava no cronograma que a coleta dos dados se daria no primeiro e segundo semestres de 2019, entretanto, o local da pesquisa passou por reformas e algumas equipes necessitaram ser

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeenhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 4.323.665

remanejadas, o que comprometeu o cumprimento do cronograma planejado; • Após o retorno as atividades em campo, no segundo semestre de 2019, foi necessária maior adaptação (naturalização) do pesquisador ao campo, com um número maior de horas de observação antes de iniciar as próximas etapas da pesquisa; • Nos meses de setembro e outubro coletaram-se os dados referentes à Técnica de Associação Livre de palavras – TALP, entretanto, as entrevistas necessitaram ser remanejadas para o primeiro semestre do corrente ano; • No início do corrente ano, após a retomada da observação (que é contínua) para os agendamentos das entrevistas, houve a suspensão das atividades de coleta de pesquisa e redução da circulação de pessoas no campo devido à pandemia do novo coronavírus (SARS-Cov-2), visto que trata-se do Hospital de Referência para pacientes com a Covid-19; • Por entender as necessidades do campo e por se tratar de um problema de saúde pública global (pandemia), sendo um vírus novo, inclusive para as autoridades de saúde do país, a pesquisa necessitou ser interrompida, com necessidade de readequar a metodologia e cronograma, para atender ao contexto atual. O detalhamento da proposta de ementa encontra-se anexado neste processo com o arquivo: ementa_cep.doc.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo ao previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU A EMENDA ao Protocolo de Pesquisa em 06/10/2020. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e ao Sistema Plataforma Brasil. Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração no projeto e no TCLE, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cep@eeshfa@eean.ufrj.br

Página 03 de 05



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEA N



Continuação do Parecer: 4.323.665

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1603987_E1.pdf	04/10/2020 23:47:02		Aceito
Outros	RELATORIO_PARCIAL.pdf	04/10/2020 23:39:53	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	EMENDA_02.pdf	04/10/2020 23:35:02	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_EMENDA_2.pdf	04/10/2020 23:31:34	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2020.docx	02/09/2020 00:26:57	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostapendencias.pdf	29/11/2018 19:44:24	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADO.docx	29/11/2018 19:21:18	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOMODIFICADO.doc	29/11/2018 19:09:04	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostorosa.pdf	29/11/2018 19:02:18	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	outros_anuencia.pdf	18/10/2018 02:42:53	ROSA MARIA FERREIRA DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275.

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 4.323.665

RIO DE JANEIRO, 06 de Outubro de 2020

Assinado por:
Maria Angélica Peres
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: ospeanhesa@eean.ufrj.br

Página 05 de 05