

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KARLA CROZETA

**VALIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE COLETA DE DADOS DE ÚLCERA POR
PRESSÃO NO BRASIL**

CURITIBA

2013

KARLA CROZETA

**VALIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE COLETA DE DADOS DE ÚLCERA POR
PRESSÃO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dra. Marineli Joaquim Meier

CURITIBA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Crozeta, Karla

Validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão no Brasil / Karla Crozeta – Curitiba, 2013.
247 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Marineli Joaquim Meier
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.
Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Úlcera por pressão. 3. Medidas, métodos e teorias. I. Meier, Marineli Joaquim. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.545

TERMO DE APROVAÇÃO

KARLA CROZETA

VALIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE COLETA DE DADOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO BRASIL

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:


Orientadora:




Prof.^a. Dra. Marineli Joaquim Meier
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof.^a. Dra. Maria Helena Larcher Caliri
Membro Titular: Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (EERP)



Prof. Dr. Pedro José Steiner Neto
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof.^a. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Prof.^a. Dra. Mitzy Tannia Reichembach Danski
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 12 de julho de 2013.

Dedico...

Ao meu esposo Rafael, as minhas irmãs Patrícia e Silmara, a minha mãe Maria Terezinha (*in memoriam*) por representarem a minha força e estímulo e serem exemplos de amor.

Aos meus sogros Cida e Dimi pelo carinho, pelo apoio e por tornarem a vida mais divertida...

AGRADECIMENTOS

À Deus, Senhor do meu viver, por permitir que os meus sonhos se concretizem e por inclui-los em Seus propósitos na minha vida. Jesus, amigo de todas as horas, intercessor junto ao Pai, pelo sacrifício que me tornou livre para chegar até aqui e pelo exemplo de Amor...

A minha mãe Terezinha (in memoriam) que mesmo ausente representa a minha energia para encarar os desafios com a força que me ensinou... como gostaria de lhe agradecer com um abraço e um afago...

A você amore, Rafael, por abdicar dos seus sonhos pelos nossos... por me compreender e me estimular sempre com carinho. Tenho por você toda a admiração e essa conquista é nossa! Te amo!

As minhas irmãs Patrícia e Silmara, por serem a minha rede de apoio e por me incentivarem a prosseguir... A você Pati, obrigada pelo carinho especial de todas as horas... A vó Maria, pelas orações e por acreditar que chegaria até aqui... À Cida e ao Dimi, sogros, pais e amigos, por me acolherem e compreenderem as lutas com palavras de incentivo...

À Professora Marineli, orientadora, amiga, pelos ensinamentos e apoio, e por tornar essa experiência muito agradável...

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da UFPR, mestres e colegas, pelo estímulo e apoio. Às colegas da área de Administração e Planejamento, minha especial gratidão...

Ao Ruud Halfens e pesquisadores da LPZ, pela parceria de pesquisa e por compreenderem as motivações para realização desse estudo... À Professora Marilene Wall e a Enfermeira Otília Maciel, por viabilizarem a realização da pesquisa...

Aos membros da banca examinadora pelas valiosas contribuições... Ao Prof. Pedro Steiner pelo apoio na análise estatística e pelo exemplo de Mestre...

Aos Professores do Programa de Pós Graduação, pelos ensinamentos e pelo estímulo constante ao desenvolvimento profissional...

Às amigas Hellen e Janislei, por fazerem parte de todos os momentos dessa trajetória, por compartilharem das lutas, desafios e conquistas com amizade e companheirismo... À amiga Luciana, por me incentivar a dar o primeiro passo nessa pesquisa, e pelas conversas sempre intensas, que proporcionaram amadurecimento pessoal e profissional...

Aos amigos de todas as horas Luis Fernando e Michele, ao nosso amor Neto, por compreenderem a ausência e insistirem em nossa amizade... A Larissa, Gisele e Fernanda, amigas do coração, por fazerem parte da minha vida e torcerem por mim, pelos momentos de diversão e pelo apoio que o abraço de vocês proporciona...

Aos amigos Hilton e Tatiana e a todos aqueles que dedicaram suas orações para o desenvolvimento desse trabalho, que Deus lhes retribua em bênçãos.

À Mayra, Fernanda e Dalnie, e às bolsistas de Iniciação Tecnológica – Pandora, Larissa, Letícia, Camila e Thays, por fazerem parte dessa trajetória. Vocês fizeram a diferença nessa pesquisa!

Ao Fernando Halfen, Katia Reis e Elaine Roncen, e demais colaboradores do IbacBrasil, pelo apoio na realização da pesquisa e por acreditarem na Educação em Enfermagem.

Aos tradutores e especialistas, pela dedicação na tradução e adaptação transcultural e pelo incentivo em prosseguir... Aos Enfermeiros e estudantes coletadores de dados, por acreditarem e viabilizarem a realização do estudo!... Aos pacientes, pela participação no estudo.

“Para que possais andar dignamente diante do Senhor, agradando-lhe em tudo, frutificando em toda a boa obra, e crescendo no conhecimento de Deus”.

Colossenses 1:10

RESUMO

A realização de estudo de tradução e/ou validação de instrumentos é uma alternativa para a comparação de dados epidemiológicos entre diferentes contextos. A partir da identificação da ausência de instrumentos validados e reconhecidos nacionalmente para coleta de dados de úlceras por pressão passíveis de aplicação rotineira nas instituições de saúde brasileiras, bem como de uma parceria internacional, o presente estudo propõe o desenvolvimento e a validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão, composto por instrumentos e protocolo de coleta de dados traduzidos e adaptados transculturalmente, e por material educativo e planilha online desenvolvidos. Para tanto, objetivou-se desenvolver e validar um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão para a realidade brasileira. Trata-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quali-quantitativa, realizada em três fases: Fase 1 - Procedimentos teóricos: a. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados (1, 2, 3 e 3a) desenvolvido nos países baixos – *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke* (LPZ), com posterior análise de itens, avaliação de juízes e pré-teste; b. Tradução livre do protocolo de coleta de dados da LPZ, e c. Elaboração do material educativo e planilha online para digitação dos dados. Fase 2 - Procedimentos empíricos: aplicação dos instrumentos de coleta de dados traduzidos e adaptados transculturalmente, do material educativo, do instrumento de avaliação dos coletadores, e digitação dos dados na planilha online – sistema de coleta de dados. Fase 3 - Procedimentos analíticos: estratégias estatísticas destinadas às análises das propriedades psicométricas dos instrumentos de coleta de dados (1, 2, 3 e 3a) resultantes da tradução e adaptação transcultural e da avaliação da aplicação dos componentes do sistema de coleta de dados para validação. Nos resultados, apresentaram-se os dados dessas fases, com ênfase à terceira, que diz respeito à validação do sistema de coleta de dados. Foram validados os instrumentos 1, 2, 3 e 3a, com inadequação do último citada apenas nas unidades críticas adulto, clínica médica e materno infantil. A planilha online não apresentou erros de salvamento ou dificuldades, e foi viável a exportação de dados em programa compatível com os pacotes estatísticos de análise e, o material educativo contribuiu para a aplicação do sistema. Conclui-se que o sistema de coleta de dados foi considerado validado para aplicação nas unidades que compõem as áreas crítica, clínica médica, cirúrgica adulto e pediatria, com aprovação superior a 80%. Não se recomenda a aplicação na área materno-infantil, devido às limitações em relação as especificidades da mulher em ciclo gravídico-puerperal.

Palavras chaves: Enfermagem. Úlcera por pressão. Medidas, Métodos e Teorias.

ABSTRACT

Studies on tool translation and/ or validation can be used to compare epidemiological data between different contexts. Since there are no validated and nationally recognized tools to collect data from pressure ulcers that can be applied frequently in Brazilian health care facilities, and no international partnerships, this study proposes the development and validation of a pressure ulcer data collection system that comprehends tools and a data collection protocol that were translated and transculturally adapted, and also comprises an educational content and online spreadsheet. In order to achieve these goals, a pressure ulcer data collection system to be used in the Brazilian reality was developed and validated. It is a methodological research, of qualitative and quantitative approach, developed in three stages: Stage 1 – Theoretical procedures: translation and transcultural adaptation of the data collection tool (1, 2, 3 and 3a) developed in the Netherlands – (Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke (LPZ), with item analysis, judges analysis and pre-test; b. Free translation of the LPZ's data collection protocol, and c. Development of the educational material and online spreadsheet to data entry. Stage 2 – Empirical procedures: Implementation of the translated and transcultural adapted data collection tool, of the educational content, of the collectors evaluation tool, and entry of the data collected on the online spreadsheet – data collection system. Stage 3 – analytical procedures: statistical strategies used to analyze the psychometrical properties of the data collection tools (1, 2, 3 and 3a) which were the result of the translation, transcultural adaptation and evaluation of the data collection system's components implementation in order to validate them. As results, data from these stages are presented, with more emphasis in the third stage, regarding to the data collection system validation. Tools 1, 2, 3 and 3a were validated, with a citation of inadequacy only in adult critical unit, clinical unit and mother-infant unit. The online spreadsheet did not present any difficulties on its use or mistakes in the data registration, the exportation to statistical and analysis softwares were possible, and the educational content contributed to the implementation of the data collection system. It is concluded that the data collection system was considered validated to be implemented in critical units, clinical units, adult and child surgery units, with more than 80% of approval. Its implementation on maternal-child units is not recommended because of the limitations regarding specificities of women in labor, delivery and puerperal processes.

Key words: Nursing. Pressure Ulcer. Measurements, Methods and Theories

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -ETAPAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL ADOTADAS NO ESTUDO.....	39
FIGURA 2 -SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA, DE ACORDO COM O REFERENCIAL DE PASQUALI (1998; 2011).....	44
FIGURA 3 -ITENS QUE COMPÕEM O SISTEMA DE COLETA DE DADOS	61
FIGURA 4 -FLUXOGRAMA DAS FASES DA PESQUISA.....	67
FIGURA 5 -ETAPAS DA APLICAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS	81
FIGURA 6 -RELATÓRIO DE ACESSOS	100
GRÁFICO 1 -RELATÓRIO DE ACESSOS POR DIA DA SEMANA.....	101
FIGURA 7 -RELATÓRIO DE HORÁRIOS DOS ACESSOS	101
GRÁFICO 2 -RELATÓRIO DE ACESSOS POR PERÍODOS DO DIA	101

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -DISTRIBUIÇÃO DOS COLETADORES POR NÍVEL DE FORMAÇÃO (N=29)	104
TABELA 2 -FREQUÊNCIA DO PERÍODO DA GRADUAÇÃO EM CURSO PELOS ESTUDANTES (N=13).....	104
TABELA 3 -TEMPO MÉDIO DE FORMAÇÃO E TRABALHO EM ANOS (N=16).....	104
TABELA 4 -LOCAL DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS (N=16).....	105
TABELA 5 -CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO DAS EQUIPES (N=29)	105
TABELA 6 -CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO DOS ENFERMEIROS DE ACORDO COM A ÁREA DE ATUAÇÃO (N=16)	106
TABELA 7 -QUANTIDADE DE LINHAS E COLUNAS DAS PLANILHAS DIGITADAS.....	111
TABELA 8 -MOTIVOS DA EXCLUSÃO DOS PACIENTES (N=59).....	112
TABELA 9 -OUTROS MOTIVOS DA EXCLUSÃO DOS PACIENTES (N=23).....	112
TABELA 10 -TIPOS DE UNIDADE CLÍNICA ASSINALADAS NA OPÇÃO HOSPITAL TERCIÁRIO (N=37).....	114
TABELA 11 -TIPOS DE UNIDADE CLÍNICAS ASSINALADAS NA OPÇÃO HOSPITAL SECUNDÁRIO (N=37)	115
TABELA 12 -TIPOS DE UNIDADES CLÍNICAS ASSINALADAS PELOS COLETADORES (N=37).....	115
TABELA 13 -AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ADOTADAS NAS UNIDADES CLÍNICAS AVALIADAS (N=120).....	117
TABELA 14 -AGRUPAMENTO DAS UNIDADES CLÍNICAS POR ÁREA (N=37)	118
TABELA 15 -PRESENÇA DE ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA POR ÁREAS (N=37)	118
TABELA 16 -DISCUSSÃO INDIVIDUAL DE CASOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM POR ÁREAS (N=37)	119
TABELA 17 -DISCUSSÃO DE CASOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL POR ÁREAS (N=37).....	119
TABELA 18 -TRABALHO REALIZADO DE MANEIRA CONTROLADA OU DE ACORDO COM PROTOCO/DIRETRIZ POR ÁREAS (N=37)	120
TABELA 19 -AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREAS (N=37).....	120
TABELA 20 -REGISTRO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO QUE DEVEM SER APLICADAS AOS CLIENTES EM RISCO POR ÁREAS (N=37).....	121

TABELA 21 -DISTRIBUIÇÃO DOS PRODUTOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO PRESCRITOS EM ATÉ 24 HORAS POR ÁREAS (N=37)	121
TABELA 22 -DISTRIBUIÇÃO DE FOLHETO EXPLICATIVO PARA OS PACIENTES E CUIDADORES EM RISCO POR ÁREAS (N=37)	122
TABELA 23 -REVISÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA POR PRESSÃO DURANTE A ADMISSÃO E ALTA PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE POR ÁREAS (N=37).....	122
TABELA 24 -SOMATÓRIO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO ADOTADAS NAS UNIDADES CLÍNICAS AVALIADAS (N=37)	123
TABELA 25 -SOMATÓRIO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO ADOTADAS NAS UNIDADES CLÍNICAS AVALIADAS POR ÁREAS (N=37).....	124
TABELA 26 -DISTRIBUIÇÃO DAS FAIXAS ETÁRIAS DOS PACIENTES (N=254) .	125
TABELA 27 -DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR SEXO (N=254).....	126
TABELA 28 -DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR SEXO E FAIXA ETÁRIA (N=254)	126
TABELA 29 -DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR ETNIA (N=254)	126
TABELA 30 -TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS (N=248)	127
TABELA 31 -TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS POR ÁREA (N=248)	127
TABELA 32 -TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS POR FAIXA ETÁRIA (N=248).....	127
TABELA 33 -DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=254).....	128
TABELA 34 -TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=254)	128
TABELA 35 -FAIXAS DE TEMPO DE DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=254)	129
TABELA 36 -DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU NECESSIDADES DE CUIDADO (N=254).....	129
TABELA 37 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DO GRAU DE DEPENDÊNCIA ÀS ATIVIDADES (N=254).....	130
TABELA 38 -DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA ÀS ATIVIDADES (N=254)	131
TABELA 39 -AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS DO GRAU DE DEPENDÊNCIA ÀS ATIVIDADES (N=3337).....	133
TABELA 40 -DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254)	133
TABELA 41 -DISTRIBUIÇÃO DO MAIS ALTO ESTÁGIO DA ÚLCERA POR PRESSÃO (N=231)	134

TABELA 42 -OCORRÊNCIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO EM RELAÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR ANTES OU APÓS (N=254).....	134
TABELA 43 -DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO ANTES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ÁREA (N=237)	135
TABELA 44 -DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO APÓS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ÁREA (N=237)	135
TABELA 45 -DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE E O AGENTE CAUSAL (N=254)	136
TABELA 46 -DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE EM RELAÇÃO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR ANTES E APÓS (N=254)	136
TABELA 47 -DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE POR ÁREA (N=244)	137
TABELA 48 -DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE EM RELAÇÃO À INTERNAÇÃO, ANTES E APÓS, POR ÁREA (N=243).....	137
TABELA 49 -DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES POR UMIDADE EM RELAÇÃO AO SEXO (N=244)	138
TABELA 50 -DISTRIBUIÇÃO DOS AGENTES CAUSAIS DAS LESÕES POR UMIDADE EM RELAÇÃO AO SEXO (N=244)	138
TABELA 51 -DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO POR SEXO (N=231)	139
TABELA 52 -RELAÇÃO ENTRE A ETNIA E AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=231).....	139
TABELA 53 -RELAÇÃO ENTRE A ETNIA E O ESTÁGIO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=231).....	139
TABELA 54 -RELAÇÃO ENTRE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=221).....	140
TABELA 55 -DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO POR SEXO (N=231)	140
TABELA 56 -DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO POR FAIXA DE TEMPO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=46)	141
TABELA 57 -COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO E O TEMPO DE INTERNAMENTO (N=225).....	141
TABELA 58 -COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO E A PRESENÇA DE LESÕES POR UMIDADE (N=238). 142	
TABELA 59 -DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES COM ÚLCERA POR PRESSÃO (N=231)	142
TABELA 60 -RELAÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR COM A OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=218)	143
TABELA 61 -RELAÇÃO DA DOENÇA INFECCIOSA COM A OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=218)	144

TABELA 62 -RELAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL/HEMIPARESIA COM A OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=218).....	144
TABELA 63 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS SUBESCALAS DE BRADEN (N=254).....	145
TABELA 64 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS SUBESCALAS DE BRADEN Q (N=254).....	145
TABELA 65 -DISTRIBUIÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN (N=254).....	146
TABELA 66 -DISTRIBUIÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q (N=254).....	148
TABELA 67 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS ADOTADAS (N=254).....	150
TABELA 68 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS ADOTADAS POR ÁREA (N=218).....	151
TABELA 69 -TOTAL DE RESPOSTAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS ADOTADAS (N=218).....	152
TABELA 70 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CAMAS E COLCHÕES COMO MEDIDAS PREVENTIVAS (N=254).....	153
TABELA 71 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CAMAS E COLCHÕES COMO MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=254).....	154
TABELA 72 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ALMOFADAS EM CADEIRAS DE RODAS COMO MEDIDA PREVENTIVA (N=254).....	155
TABELA 73 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ALMOFADAS EM CADEIRAS DE RODAS COMO MEDIDA PREVENTIVA POR ÁREA (N=254).....	156
TABELA 74 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO ITEM OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS (N=254).....	157
TABELA 75 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO ITEM OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=254).....	157
TABELA 76 -QUANTIDADE DE ÚLCERAS POR PRESSÃO POR PACIENTE (N=32).....	158
TABELA 77 -CASOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO E O ESTÁGIO DA LESÃO (N=267).....	159
TABELA 78 -CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ÁREA (N=267).....	159
TABELA 79 -LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO IDENTIFICADAS (N=267).....	160
TABELA 80 -LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO IDENTIFICADAS POR ÁREA (N=267).....	161
TABELA 81 -PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=254) ..	161

TABELA 82 -LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E A CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO (N=267).....	162
TABELA 83 -DURAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=32).....	163
TABELA 84 -DURAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ÁREA (N=32).....	163
TABELA 85 -DURAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (N=32).....	164
TABELA 86 -LOCAL AONDE A ÚLCERA POR PRESSÃO SE DESENVOLVEU (N=32).....	164
TABELA 87 -LOCAL AONDE A ÚLCERA POR PRESSÃO SE DESENVOLVEU POR ÁREA (N=32).....	165
TABELA 88 -TRATAMENTO ATUAL DA ÚLCERA POR PRESSÃO (N=32).....	166
TABELA 89 -TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=32).....	166
TABELA 90 -TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO (N=32).....	167
TABELA 91 -DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO ITEM DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254).....	168
TABELA 92 -REAGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS AO ITEM DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254).....	168
TABELA 93 -ESCALA DA DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254).....	169
TABELA 94 -LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO EM QUE HOUE RELATO DE DOR (N=254).....	169
TABELA 95 -AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS DOR RELACIONADA À UP (INSTRUMENTO 3A) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DA LESÃO (INSTRUMENTO 3) (N=254).....	170
TABELA 96 -AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DA LESÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=244).....	171
TABELA 97 -AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS LESÃO POR UMIDADE (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=244).....	171
TABELA 98 -AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS MÉDIA DE TEMPO DE INTERNAMENTO (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=248).....	172
TABELA 99 -AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=248).....	172

TABELA 100 -AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS TEMPO DE CIRURGIA EM MINUTOS (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=58).....	172
TABELA 101 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES DO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA (N=76).....	174
TABELA 102 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES DO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA (N=76).....	175
TABELA 103 -COMBINAÇÃO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO AO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA POR ÁREAS (N=37)	175
TABELA 104 -CONSENSO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO AO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA (N=38)	176
TABELA 105 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=76).....	176
TABELA 106 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=76).....	176
TABELA 107 -CONSENSO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ÁREAS (N=37)	177
TABELA 108 -CONSENSO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=38)	178
TABELA 109 -TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 2 (N=302)	178
TABELA 110 -TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 2 POR ÁREA (N=302)	178
TABELA 111 -PERCENTUAL DE ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO 2 A PARTIR DO TOTAL DE ITENS AVALIADOS POR ÁREA (N=298).....	179
TABELA 112 -RESPOSTAS OBTIDAS NOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 (N=74)	180
TABELA 113 -RESPOSTAS OBTIDAS NOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 POR ÁREA (N=37)	180
TABELA 114 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO PACIENTE POR ÁREA (N=72)	180
TABELA 115 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO PACIENTE (N=72).....	181
TABELA 116 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=68)	182
TABELA 117 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=69).....	182
TABELA 118 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS (N=37)	183

TABELA 119 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS (N=37).....	183
TABELA 120 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37).....	184
TABELA 121 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37).....	184
TABELA 122 -TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3 (N=296).....	185
TABELA 123 -TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3 POR ÁREA (N=296).....	185
TABELA 124 -ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 A PARTIR DO TOTAL DE ITENS AVALIADOS POR ÁREA (N=281).....	186
TABELA 125 -TOTAL DE RESPOSTAS OBTIDAS NA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 POR ITENS (N=74).....	187
TABELA 126 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74).....	187
TABELA 127 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74).....	187
TABELA 128 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=74).....	188
TABELA 129 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=74).....	188
TABELA 130 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DA DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74).....	189
TABELA 131 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR (N=74).....	189
TABELA 132 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DA DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=74).....	190
TABELA 133 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DA DOR POR ÁREA (N=74).....	191
TABELA 134 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA TABELA COM AS INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74).....	191
TABELA 135 -AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74).....	192
TABELA 136 -AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=74).....	192
TABELA 137 -AVALIAÇÃO DA FONTE DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=74).....	193

TABELA 138 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DA ÚLCERA (N=37)	194
TABELA 139 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES DAS MEDIDAS PREVENTIVAS (N=37)	194
TABELA 140 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AVALIAÇÃO DA DOR (N=37)	195
TABELA 141 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR (N=37)	195
TABELA 142 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37)	196
TABELA 143 -CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37)	196
TABELA 144 -TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3A (N=444)	197
TABELA 145 -TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3A POR ÁREA (N=329)	197
TABELA 146 -PERCENTUAL DE ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO 3A A PARTIR DO TOTAL DE ITENS AVALIADOS POR ÁREA (N=329).....	198
TABELA 147 -DISTRIBUIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS COLETADORES POR ÁREAS (N=26).....	198
TABELA 148 -FREQUÊNCIA DE ADEQUAÇÃO DO SISTEMA À CLÍNICA AVALIADA (N=28)	199
TABELA 149 -AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE APLICAÇÃO DO SISTEMA (N=28)	199
TABELA 150 -AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA (N=28)	200
TABELA 151 -AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL DE APOIO DA COLETA PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA (N=28)	200
TABELA 152 -ADEQUAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS ÀS CLÍNICAS POR ÁREA (N=26)	201
TABELA 153 -VIABILIDADE DE APLICAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS POR ÁREA (N=26)	201
TABELA 154 -AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA POR ÁREA (N=26)	202
TABELA 155 -AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA POR ÁREA (N=28)	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AHCPR** - *Agency for Health Care Policy and Research*
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- DCNT** - Doenças crônicas não transmissíveis
- EaD** - Educação a Distância
- EPUAP** - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*
- LMS** - *Learning Management Systems*
- LOPD** - *National Prevalence Survey of Pressure Ulcers*
- LPZ** - *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke*
- NPUP** - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*
- PNSP** - Programa Nacional de Segurança do Paciente
- SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCT** - Teoria clássica dos testes
- TIS/UFPR** - Tecnologia e Inovação em Saúde: fundamentos para a prática profissional
- TRI** - Teoria de resposta ao item
- UP** – Úlcera por pressão

SUMÁRIO

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	VIII
LISTA DE TABELAS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XVII
1INTRODUÇÃO	21
2REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
2.1FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS.....	33
2.2FUNDAMENTOS TEÓRICOS, CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E AS RELAÇÕES COM O SISTEMA DE COLETA DE DADOS	46
2.3PANORAMA INTERNACIONAL E NACIONAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E A UP	52
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	61
3.1 SISTEMA DE COLETA DE DADOS	61
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	61
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	62
3.4 LOCAL DA PESQUISA	63
3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO	65
3.6 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	65
3.7 FASES DA PESQUISA.....	65
3.7.1 Fase 1 - Tradução e adaptação transcultural e elaboração do sistema	68
3.7.1.1 Instrumento de coleta de dados	68
3.7.1.2 Tradução independente e versão de consenso das tradutoras	70
3.7.1.3 Comitê de Especialistas	71
3.7.1.4 Retrotradução independente	73
3.7.1.5 Painel da LPZ	74
3.7.1.6 Pré-teste	75
3.7.1.7 Versão final do instrumento	76
3.7.1.8 Tradução livre do protocolo de coleta de dados	76
3.7.1.9 Elaboração do Material educativo.....	78
3.7.1.10 Elaboração da planilha online para registro dos dados	80

3.7.2 Fase 2 – Procedimento empírico: aplicação do sistema de coleta de dados.....	81
3.7.2.1 Protocolo de coleta de dados: etapas e atribuições dos colaboradores	81
3.7.3 Fase 3 – Procedimento analítico para validação do sistema	87
3.7.3.1 Análise da validade do sistema de coleta de dados	90
3.7.3.2 Análise da consistência interna do sistema/instrumentos.....	91
4 RESULTADOS	95
4.1 FASE 1: PROCEDIMENTO TEÓRICO - TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	95
4.2 FASE 2: PROCEDIMENTO EMPÍRICO - APLICAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS.....	99
4.2.1 Procedimentos adotados na aplicação do sistema	99
4.2.2 Dados empíricos resultantes da coleta de dados	111
4.2.2.1 Instrumento 1 – Dados da instituição.....	113
4.2.2.2 Instrumento 2 – Dados das unidades clínicas	114
4.2.2.3 Instrumento 3 – Dados dos pacientes incluídos na pesquisa	124
4.2.2.4 Instrumento 3a – Dados do módulo específico das úlceras por pressão.....	144
4.3 FASE 3: PROCEDIMENTO ANALÍTICO - VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS.....	173
4.3.1 Validação do sistema: instrumentos de coleta de dados	173
4.3.2 Validação global do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão.....	198
5 DISCUSSÃO.....	204
6 CONCLUSÕES.....	229
REFERÊNCIAS.....	239
APÊNDICES	253
ANEXOS	270

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Frente aos avanços tecnológicos internacionais na área da saúde, estudos que realizam a tradução e/ou validação de instrumentos empregados em diferentes realidades têm sido desenvolvidos para aprimorar a atenção à saúde e possibilitar a comparação de dados epidemiológicos, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado prestado pelos serviços de saúde.

Nesse sentido, autores como Guilhemin, Bombardier e Beaton (1993) e Ferrer *et al.* (1996) destacam duas opções: (1) elaborar um novo instrumento, ou (2) usar uma medida previamente desenvolvida em outro idioma. A segunda opção é onerosa em termos de tempo e custo ao pesquisador, e complexa em relação à clareza na conceituação da medida e a seleção e redução de seus itens. (ALONSO; ANTO; MORENO, 1990; REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 2000; MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002; SCALA; NASPITZ; SOLÉ, 2005; AIRES; WERNECK, 2006; PAIXÃO *et al.*, 2007).

Em contraponto, o emprego de uma medida previamente desenvolvida em outro idioma requer o uso de métodos rigorosos de tradução e adaptação transcultural, visto que a tradução livre, como mera transposição da medida do seu contexto cultural original, tem poucas chances de sucesso, em virtude das diferenças de linguagem e de cultura e da compreensão dos problemas relacionados à saúde entre o contexto original e aquele em que será aplicado. (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; GUILHEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BERKANOVIC, 1980). Essas diferenças também são verdadeiras em relação aos perfis epidemiológicos e o acesso a recursos tecnológicos entre as realidades culturais, o que implica em especificidades na condução de estudos epidemiológicos.

Em estudos epidemiológicos, Reichenheim e Moraes (2007) acrescentam o primeiro passo para a aplicação de um instrumento desenvolvido em um contexto cultural específico (mediante as diferenças entre as definições dos construtos, crenças e comportamentos) é a avaliação minuciosa acerca da equivalência entre o conteúdo do instrumento original e a versão traduzida.

Em relação à prevalência de úlceras por pressão (UP), não há na realidade brasileira um instrumento de coleta de dados validado e reconhecido nacionalmente.

Além disso, os diferentes contextos de saúde e a variabilidade de métodos empregados nesses inquéritos inviabilizam a comparação de dados. (BAHARESTANI *et al.*, 2009; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Para os instrumentos traduzidos, o Comitê Científico Consultivo (SAC) da *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust* afirmou a necessidade de utilização de instrumentos capazes de captar dados em diferentes culturas de uma mesma nação ou em outras (Medical Outcomes Trust, 2013). Assim, a tradução envolve desde pequenas modificações da versão traduzida para a original; até o processo mais abrangente, que é a tradução completa com a adaptação do instrumento de um idioma para outro. Isso é requerido porque as culturas diferentes mantêm valores e normas diferentes, e por isso, a tradução linguística simples de um instrumento não é suficiente.

Dessa forma, o SAC amplia os critérios de validade dos instrumentos traduzidos para: 1) processo de tradução e adaptação, e; 2) a documentação necessária para as versões traduzidas, pois o instrumento original deve ter sido previamente aprovado e ser confiável. (TARLOV, 1998).

Na Enfermagem, os estudos de validação de instrumentos são diversos. Braga e Cruz (2006, p.99) afirmam que as “respostas psicossociais aos problemas de saúde e processos de vida são frequentes na clínica de enfermagem”. Contudo, o desafio é o de tratar essas respostas como construtos, os quais significam construções teóricas ou abstrações que visam à organização e atribuição de significados em nosso ambiente e são mensurados por atributos ou indicadores derivados da compreensão e definição.

Revisão narrativa de literatura (CROZETA *et al.*, 2013), desenvolvida durante as disciplinas do Doutorado em Enfermagem, cuja busca manual foi efetuada nos bancos de tese dos programas de pós-graduação brasileiros, identificou dez teses produzidas entre 2000 e 2009, das quais cinco realizaram tradução e adaptação transcultural e todas a validação de escalas variadas. (ECHEVARRÍA-GUANILLO, 2009; WEISSHEIMER, 2007; YAMADA, 2006; FEGADOLLI, 2008; OSÓRIO, 2008; MARTINS, 2007; MEDINA-CASTRO, 2007; PERROCA, 2000). Contudo, nenhuma dessas teses abordou o tema úlceras por pressão, nem tampouco a utilização de instrumentos sistematizados para obtenção de dados epidemiológicos desse agravo.

Nesse sentido, percebeu-se a demanda de desenvolvimento de sistemas de coleta de dados de úlcera por pressão válidos, passíveis de aplicação rotineira nas instituições de saúde brasileiras, relacionadas ou não às Instituições de Ensino Superior. Isso contribuirá para que as medidas já adotadas nos serviços de saúde sejam avaliadas e reconsideradas, bem como a assistência prestada atenda ao perfil da população, a fim de garantir que as carências individuais e coletivas sejam contempladas. Nesse contexto, o interesse do presente estudo é desenvolver um sistema da coleta de dados de úlcera por pressão válido para a realidade brasileira.

A úlcera por pressão é uma lesão crônica localizada na pele e/ou tecido subjacente, comumente nas proeminências ósseas, proveniente de forças que culminam em lesão tissular (pressão e cisalhamento) e de fatores internos ao paciente, os quais ainda não estão totalmente elucidados, não cicatriza facilmente, causa dor e desconforto, e requer abordagem multiprofissional no cuidado. (EPUAP/NPUAP, 2009; DEALEY, 2008; HESS, 2002). Seu desenvolvimento é rápido e geralmente acrescenta complicações ao manejo clínico do paciente hospitalizado, bem como prolonga o tratamento e dificulta a reabilitação, além de diminuir a qualidade de vida, causar dor e aumento na mortalidade. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007; KOTTNER *et al.*, 2009; MAKAI *et al.*, 2010; CROZETA, 2009).

Destaca-se o impacto econômico do tratamento das úlceras por pressão, o qual se estima um custo médio (clínico e cirúrgico) de US\$ 21,67 por paciente. (BAHARESTANI *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2005). Um estudo brasileiro avaliou que o custo total com curativos industrializados para o tratamento das úlceras por pressão em uma clínica neurocirúrgica, no ano de 2005, foi de aproximadamente R\$33.000,00 por paciente/dia, o qual aumentou de acordo com a evolução do dano tecidual. (LIMA; GUERRA, 2009). Na Holanda, o tratamento das úlceras representa de 0,1% a 1,0% do total de custos global do sistema de saúde (entre € 89 milhões e 1,9 bilhões). (MAKAI *et al.*, 2010).

Dado o panorama desse agravo, reconhece-se o incremento acerca da compreensão dos fatores envolvidos na gênese das úlceras por pressão, as iniciativas internacionais de desenvolvimento de diretrizes de prevenção, bem como de instituições que adotaram protocolos específicos, e o estabelecimento de metas para a redução do número de pacientes acometidos por úlceras por pressão em alguns países. (BAHARESTANI *et al.*, 2009).

Contudo, em uma busca por trabalhos relacionados à prevalência de úlceras por pressão, nas bases de dados Cinahl e Pubmed¹ em abril de 2012, resultou em 236 artigos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol, os quais apontaram apenas os inquéritos da *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke (LPZ)* nos Países Baixos, conduzidos desde 1998, em contraponto a inexistência de instrumentos semelhantes no Brasil.

A partir da identificação dessa lacuna, e da necessidade de desenvolvimento de estudos epidemiológicos sistemáticos para avaliação da magnitude do problema, a presente pesquisa propõe o desenvolvimento e a validação de um sistema de coleta de dados² inédito no Brasil, desenvolvido por meio de uma parceira internacional, a partir da autorização pelos pesquisadores do uso dos instrumentos e do protocolo de coleta de dados, a qual foi aprovada exclusivamente para esse estudo³. Para compor esse sistema, procedeu-se a tradução e adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados, tradução livre do protocolo de coleta de dados e elaboração de material educativo e de uma planilha *online*, para posterior validação, objeto central dessa pesquisa.

Os inquéritos anuais realizados pela LPZ com a aplicação do instrumento e do protocolo de coleta de dados se tornaram uma ferramenta útil na Suíça, Áustria, Alemanha e Nova Zelândia, pois possibilitam o levantamento de informações essenciais para a compreensão dos indicadores de qualidade da assistência à saúde. A partir da adoção de instrumentos e métodos similares, espera-se que os dados coletados no Brasil com o uso desse sistema possam ser comparados a outras realidades e, futuramente, constituam um *benchmarking*. Os pesquisadores da LPZ

¹ A busca foi realizada utilizando-se descritores DeCS e seus equivalentes MeSH, combinados por operadores booleanos da seguinte forma: "Pressure Ulcer"[MeSH] AND "Prevalence"[MeSH] Limits: Humans, Young Adult: 19-24 years, Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged + Aged: 45+ years.

² O sistema de coleta de dados de úlcera por pressão compreende os instrumentos de coleta de dados e o protocolo de coleta de dados fornecidos pela LPZ, e, material educativo e planilha online elaborados pelas pesquisadoras.

³ O *copyright* dos instrumentos de coleta de dados pertence à Universidade de Maastricht, e o uso do sistema de coleta de dados deverá ser solicitado à pesquisadora Karla Crozeta.

ponderam que uma visão sobre a dimensão de um problema de cuidados estimula as instituições e os formuladores de políticas a adotarem medidas adequadas, a fim de impedi-lo ou combatê-lo (LPZ, 2010), o que é premente à realidade brasileira no que diz respeito às úlceras por pressão.

Outras iniciativas internacionais na Europa, Estados Unidos da América (EUA), Canadá e Inglaterra merecem destaque, tais como o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), uma organização sem fins lucrativos independente com sede em Cambridge, Massachusetts, é um líder inovador na área da saúde e melhoria da saúde em todo o mundo e organizou a ‘Campanha 5 Milhões de Vidas’, em dezembro de 2006, a qual objetivou apoiar a melhoria da assistência médica nos EUA, reduzindo significativamente os níveis de morbidade (doença ou dano médico, tais como eventos adversos ou complicações cirúrgicas – dentre eles as úlceras por pressão) e mortalidade, e assim evitar 5 milhões de incidentes de danos médicos ao longo de um período de dois anos (2006 a 2008). Dentre as medidas adotadas, destaca-se a prevenção de úlceras por pressão, de forma confiável a partir de evidências científicas.

Destaca-se a Jornada Mundial para prevenção das úlceras por pressão, com o estabelecimento do dia 16 de novembro como marco para a prevenção dessas lesões por diversas organizações da América Latina, Europa e EUA, com ações em cada país. No Brasil, desde 2010 a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFeE), organiza a Campanha “Diga não às úlceras por pressão” para informar a população sobre a importância de prevenção das úlceras.

Outro marco brasileiro em relação à segurança do paciente foi a publicação da Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013, a qual instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, por meio de ações, como promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

Aliado a tais iniciativas, apreende-se que um sistema de coleta de dados possibilitará a obtenção de informações relacionadas à estrutura de cuidado da instituição de saúde, a identificação de falhas na estrutura, processo e resultados, a

fim de contribuir na melhoria da qualidade, e, por conseguinte, na condução de inquéritos transversais sólidos sobre a ocorrência da úlcera por pressão.

Isso é interessante às instituições de saúde, visto que de um lado têm-se os avanços tecnológicos para o tratamento das feridas e, de outro, as poucas iniciativas de prevenção, principalmente nas instituições hospitalares. Isso coaduna com um estudo que enfatiza a adoção dos recursos tecnológicos como prática não formalizada e restrita em algumas instituições, o que requer o conhecimento sobre a temática para a elaboração de políticas de prevenção e tratamento das úlceras nos serviços de saúde. (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009). As autoras estimulam o desenvolvimento de pesquisas de incidência e prevalência das úlceras, com vistas ao mapeamento do problema no Brasil, a fim de alertar os gestores dos serviços acerca da constituição de redes para a prevenção e tratamento desse agravo.

A avaliação do impacto do problema tanto para o doente quanto para a família e instituição, evidencia a importância de se (re)conhecer a realidade de saúde e o contexto de ocorrência desse agravo, a fim de favorecer a adoção de medidas adequadas para preveni-las e trata-las. Para isso, são recomendadas medidas de avaliação da incidência e prevalência, bem como de diretrizes internacionais para prevenção e tratamento desse agravo. (BAHARESTANI *et al.*, 2009; CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004; BLANES *et al.*, 2004).

Durante o estudo transversal desenvolvido no Mestrado, no qual se verificou taxas elevadas de prevalência de úlceras por pressão em um hospital de ensino de Curitiba, bem como a ocorrência dessas em neonatos e crianças, percebeu-se a escassez de estudos brasileiros sistematizados, que possibilitem a comparação entre os dados e a criação de banco de dados relevantes. (CROZETA, 2009; CROZETA *et al.*, 2010). Baharestani *et al.* (2009) reconhecem a dificuldade em garantir que esses estudos produzam resultados precisos, e que permitam o monitoramento de dados significativos, bem como possibilitem comparações válidas entre diferentes contextos de saúde. Dessa forma, muitos estudos de prevalência e incidência de úlceras por pressão têm fornecido resultados diferenciados, devido as características da população, a qualidade do atendimento, a natureza dos protocolos de prevenção no local, e a forma de realização desses. (BAHARESTANI *et al.*, 2009; KALTENTHALER *et al.*, 2001).

Por conseguinte, a ausência de estudos consistentes de prevalência dificulta a adoção de intervenções padronizadas e institucionalizadas, perpetuando a adoção de medidas isoladas/desordenadas de prevenção e de tratamento, visto que os estudos de prevalência são úteis para a monitorização do sucesso de protocolos de prevenção, bem como para evidenciar o panorama de ocorrência desse agravo. (FLETCHER, 2001).

Dessa forma, destaca-se a premência em realizar a tradução de instrumentos e a validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão no Brasil, visto que possibilitará a condução de estudos sólidos, que descrevam a realidade regional e nacional, a fim de contribuir no planejamento e na elaboração de políticas para a prevenção e tratamento.

Isso é interessante para a Enfermagem, pois o levantamento de informações pertinentes acerca da realidade da instituição, da unidade de internação e do paciente (perfil sociodemográfico, fatores de risco envolvidos no desenvolvimento das úlceras por pressão, classificação das lesões, adoção de medidas preventivas, educativas e de tratamento), possibilitarão a tomada de decisão e a aplicação de intervenções seguras e eficazes para a melhoria da qualidade do cuidado multiprofissional.

Além disso, considerando a inexistência de uma política que compreenda a ocorrência das úlceras por pressão como um problema de saúde pública, a validação desse sistema trará contribuições. Considera-se que, em parte, a escassez de estudos de prevalência e incidência das úlceras por pressão no cenário brasileiro, no período entre 2000 e 2009, colaboram com a limitação na formulação de políticas de saúde. (CROZETA, 2009). Destaca-se que em períodos anteriores, esse aspecto também foi identificado em uma revisão integrativa. (FERNANDES; CALIRI, 2000).

Além disso, as políticas de atenção à saúde do sistema de saúde brasileiro, bem como a maioria das instituições não consideram a ocorrência de úlceras por pressão como evento adverso da assistência e, portanto, não há cultura organizacional de gestão de risco e notificação dos eventos, o que requer modificação a partir da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Dessa forma, na maioria dos casos, não há mensuração das complicações causadas por esse agravo, como comorbidade associada às doenças agudas ou crônicas durante a hospitalização, seja em relação aos prejuízos ao paciente, ao prolongamento da internação ou aos custos adicionais ao tratamento.

Mediante tais questões, os estudos de prevalência de úlceras por pressão são necessários para avaliar a magnitude de sua ocorrência e contribuir para o planejamento de recursos e serviços de saúde. (VOWDEN, VOWDEN, 2009). Cardoso, Caliri e Hass (2004) e Amlung, Miller e Bosley (2001) ponderam que esses estudos consideram a proporção de pacientes afetados pela úlcera em um determinado ponto no tempo, e, para tanto, referenciam o planejamento e a prestação de cuidados mediante a comparação das práticas clínicas. Nesse sentido, as taxas de prevalência das úlceras por pressão fornecem um banco de informações que identificam a extensão do problema em diferentes instituições, grupos e sociedades. (LAHMANN; HALFENS; DASSEN, 2005).

Essa é uma discussão imprescindível, visto as elevadas taxas de ocorrência de úlcera por pressão. Estudos brasileiros apontam uma variação de 5,9% a 68% na prevalência das úlceras em pacientes hospitalizados. (BLANES *et al.*, 2004; CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004; MORO *et al.*, 2007; FERNANDES; TORRES, 2008; NOGUEIRA; CALIRI; HASS, 2006; ROGENSKI; SANTOS, 2005; DICCINI; CAMADURO; IIDA, 2009; RIBAS, 2011; FREITAS *et al.*, 2011; CARDOSO, *et al.*, 2010). Em contraponto, levantamentos internacionais indicam variações menores na prevalência, de 3,5% a 34%, com a média de 4,3% a 10% delimitada por estudos comparativos envolvendo significativo número de sujeitos. (SHAHIN, DASSEN, HALFENS, 2008; MERAVIGLIA *et al.*, 2002; AMLUNG; MILLER; BOSLEY, 2001; SCHULTZ *et al.*, 1999; MOORE, COWMAN, 2011; VANDERWEE, 2011). Tais estudos empregaram diferentes métodos e técnicas de coleta de dados, bem como foram desenvolvidos em contextos de saúde diversos, o que inviabiliza a comparação entre os dados. Destaca-se que os conceitos epidemiológicos empregados e as variáveis analisadas também diferiram, o que denota a relevância em se adotar diretrizes para a realização de estudos de prevalência e incidência de úlceras por pressão (BAHARESTANI *et al.*, 2009).

Bours *et al.* (1999) complementam que a elaboração de um instrumento nacional padrão permite comparações em nível nacional, regional, em cada instituição e em cada unidade clínica. Pasquali (2009; 2011) menciona que a criação e aplicação de instrumentos de medidas válidos e confiáveis requer esforço dos pesquisadores, e, que no contexto das ciências psicossociais a validade é um parâmetro que demanda discussão.

Contudo, Braga e Cruz (2006) afirmam que na área da saúde tem-se observado a propagação de instrumentos de medidas não validados, o que exige a preparação de instrumentos e a aplicação de testes rigorosos. Echeverría-Guanillo (2009) corrobora que o uso de instrumentos validados na saúde favorece a comunicação dos profissionais e dos usuários nos diversos contextos de atenção, o que contribui para a identificação de problemas e prioridades e direciona a tomada de decisão do profissional.

Nessa direção, aliado ao desenvolvimento de um sistema de coleta de dados, as úlceras por pressão devem ser compreendidas, de maneira abrangente, como um problema de cuidado, visto que as informações resultantes dos estudos de prevalência constituem um alerta para o uso de diretrizes clínicas, porém esses dados numéricos, isoladamente, não retratam o cuidado prestado pelos profissionais de saúde naquele local. (CROZETA, 2009). Amlung, Miller e Bosley (2001) afirmam que a aplicação das informações obtidas à prática clínica conduz à eficácia das medidas preventivas implementadas e do tratamento de feridas, a fim de rever práticas e atualizar protocolos.

Destaca-se também a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança do paciente entre os profissionais da saúde, na qual se inclui a ocorrência de úlceras por pressão como evento adverso da assistência, como incidente que resulta em dano ao paciente. (BRASIL, 2013). A partir de tal reconhecimento, será possível distinguir as lesões evitáveis das inevitáveis no contexto de saúde brasileiro, assim como fortalecer a sistematização de ações de prevenção e tratamento, recuperação e reabilitação, a ponto de sustentar a compreensão desse agravo entre as políticas de saúde vigentes.

Dessa forma, menciona-se a ênfase na qualidade dos serviços de saúde como elemento chave para a sustentabilidade das instituições no mercado altamente competitivo, por meio da busca pela melhoria contínua, visto que esse agravo é um indicador de qualidade dos serviços de saúde, e, em alguns países seu desenvolvimento é passível de reembolso, uma vez que é evitável, na maioria dos casos. (KOTTNER *et al.*, 2009; MAKAI *et al.*, 2010; BAHARESTANI *et al.*, 2009; GUNNINGBERG; STOTTS, 2008; LAHMANN; HALFENS; DASSEN, 2005; MOTA; MELLEIRO; TRONCHIN, 2007; SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006; MERAVIGLIA *et al.*, 2002).

Nessa concepção, a segurança do paciente é definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013), por meio da prevenção de danos, na rastreabilidade das ações, nos ciclos de melhoria com análises críticas sistemáticas e no uso de ferramentas e indicadores sistêmicos, os quais poderão ser vislumbrados somente com a identificação do panorama de ocorrência das úlceras por pressão nas instituições e no cenário de saúde brasileiro. (FELDMAN, 2009).

A instituição de ensino local da pesquisa reconhece, em sua política da qualidade, a busca pela oferta de serviços à clientela com qualidade total, livre de danos e riscos, que conseqüentemente, geram satisfação e segurança do paciente (CROZETA *et al.*, 2010), as quais requerem a prevenção de falhas na assistência hospitalar, ou de quase erros, tais como o monitoramento da ocorrência das úlceras por pressão.

Nesse contexto, Lima e Dutra (2010) afirmam que o conjunto de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de eventos inesperados, que podem causar dano físico ou psicológico ao paciente é denominado gerenciamento de risco, o qual requer a aplicação de um processo lógico e sistemático de identificação, quantificação, análise do impacto do evento na assistência, tratamento com implementação de medidas seguras e comunicação dos riscos, de forma que possibilite a organização e diminuição de efeitos indesejáveis.

Para Feldman (2010) a gestão de risco é uma ferramenta sistematizada que examina as atividades com vistas à identificação de falhas dos processos que podem gerar danos ou prejuízos ao paciente, família, comunidade, bem como ao profissional, e para tanto, requer instrumentos de controle, prevenção e monitoramento.

Pensando nas úlceras por pressão, destacam-se a multifatorialidade de sua gênese, e as possibilidades de falhas ou deficiências na estrutura ou processo de cuidado. Quando compreendidas como evento adverso, como incidente que resulta em dano ao paciente, a atribuição de sua ocorrência como evento não evitável requer a implementação de todas as medidas preventivas possíveis, de forma sistematizada e multiprofissional. (BLACK *et al.*, 2011).

Considerando a relevância da tradução e validação de instrumentos internacionais, e a viabilidade da sua análise no contexto nacional, surge a seguinte questão de pesquisa: um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão composto

por instrumentos e protocolo de coleta de dados traduzidos e por material educativo e planilha online elaborados é válido para o Brasil?

Estima-se que a validação do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão na realidade de saúde brasileira estimulará a compreensão abrangente desse agravo nos cenários de cuidado, e, a avaliação sistemática possibilitará condutas vigilantes de identificação das ações e fatores que contribuem para sua ocorrência.

Objetivo geral:

•Desenvolver e validar um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão para a realidade brasileira.

Objetivos específicos:

- Traduzir e adaptar um instrumento de coleta de dados sobre o problema úlcera por pressão para a realidade brasileira.
- Proceder a tradução livre do protocolo de coleta de dados.
- Desenvolver material educativo e planilha online de dados para compor um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão.
- Aplicar e validar o sistema de coleta de dados de úlcera por pressão em um hospital de ensino.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresentam-se três tópicos centrais: os fundamentos teórico-metodológicos da tradução, da adaptação transcultural e os princípios da validação de instrumentos; um *background* da literatura englobando os fundamentos teóricos, conceituais e epidemiológicos sobre úlcera por pressão e sua relação com o sistema de coleta de dados, e, por fim, o panorama internacional e nacional das políticas de saúde e a úlcera por pressão.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS

Nas pesquisas científicas, a escolha do instrumento de coleta de dados está diretamente relacionada à efetividade da resposta dos pressupostos e objetivos delineados pelo pesquisador. Reichenheim e Moraes (2007) destacam que os estudos epidemiológicos cujo objeto de pesquisa é explicativo, tal como estudos que envolvam determinantes, fatores de risco ou proteção, fatores etiológicos, dentre outros, geralmente adotam questionários modulares ou multitemáticos - englobam diferentes constructos de um modelo teórico aplicado.

A definição do questionário modular requer aprofundamento da literatura acerca dos instrumentos disponíveis a cada constructo, a qual inclui o grau de utilização prévia do mesmo, bem como da trajetória psicométrica, com vistas à verificação da disponibilidade e viabilidade de aplicação. (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997) ponderam que os estudos que abordam políticas de saúde requerem a adoção de indicadores que monitorem a saúde das populações, bem como a evolução de programas, por meio de comparações interculturais, a fim de extrapolar os resultados a partir de estudos de eficácia e custo-efetividade de um país para outro. Vale ressaltar que as diretrizes para o desenvolvimento de estudos de prevalência e incidência de úlceras por pressão,

segundo Baharestani *et al.* (2009), mencionam que as comparações entre os estudos dessa natureza demandam critérios rígidos na definição da população e na padronização da coleta de dados - fatos que poderão ser viabilizados com a utilização de instrumentos de coleta de dados elaborados em realidades socioculturais distintas e adaptados transculturalmente.

Ressalta-se que os problemas de saúde são expressos de maneiras variadas de cultura para cultura, o que implica em lançar mão de uma abordagem sistemática para a tradução e para o processo de adaptação transcultural, com vistas a garantir equivalência semântica e de mensuração em relação ao instrumento original. (ALONSO; ANTO; MORENO, 1990; FERRER *et al.*, 1996; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998). Isso requer a construção de um amplo projeto que considere, além da linguística, os aspectos técnicos e conceituais envolvidos na medição. (HUNT *et al.*, 1991).

Berkanovich (1980) e Guilhemin, Bombardier e Beaton (1993) mencionam que houve um período em que a adaptação de instrumentos que foram elaborados em uma cultura específica se restringia à tradução simples, ou a mera comparação com a retro tradução. Desde meados da década de 1990, diversos autores pontuam que a avaliação semântica é apenas um dos passos da adaptação transcultural. Autores como Alonso, Anto e Moreno (1990), Guillemín, Bombardier e Beaton (1993), Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) e Beaton *et al.* (2000) recomendam que esse processo seja uma combinação entre a tradução literal de palavras e frases de um idioma para outro, associada à minuciosa avaliação do contexto cultural e do estilo de vida da população-alvo na qual a versão traduzida será aplicada.

Ferrer *et al.* (1996) complementam que a maioria das medidas empregadas na área da saúde, e principalmente as que tangem à qualidade de vida, têm se mostrado ser reprodutíveis, válidas e responsivas, embora difiram umas das outras em vários aspectos. Contudo, a seleção do instrumento de coleta de dados mais apropriado depende dos sujeitos de pesquisa, do objetivo do estudo, da hipótese a ser testada, ou ainda da intervenção específica a ser avaliada.

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) complementam que para a escolha de instrumentos é preciso considerar o contexto cultural da população a ser estudada, e a dificuldade assumida é a verificação da aplicabilidade das variáveis após a adaptação transcultural.

Nesse olhar, esses autores reiteram as vantagens da tradução e adaptação transcultural, e que, além da praticidade, rapidez e menor custo, o uso de instrumentos de pesquisa anteriormente empregados em outros contextos socioculturais viabiliza a comparação entre diferentes países, o que é de extrema importância para os estudos de prevalência e incidência de úlcera por pressão.

Contudo, diversos autores mencionam que não há consenso acerca da metodologia envolvida na tradução e adaptação transcultural. (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; REICHENHEIM; MORAES, 2007; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997). O estudo de Reichenheim e Moraes (2007) descreve que há na literatura diversas abordagens teóricas apreciadas, as quais contemplam métodos sistemáticos de avaliação acerca da adaptação transcultural. Entretanto, reiteram a ausência de um consenso sobre as estratégias de operacionalização da adaptação transcultural, e como proposta esses autores apresentam o exposto por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997; 1998) como viáveis.

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) identificaram publicações no campo da psicologia e da sociologia abordando diferentes metodologias empregadas para a adaptação transcultural. A partir da análise dessas, elaboraram recomendações e um método de avaliação da qualidade da adaptação transcultural das medidas que envolvem o tema qualidade de vida, na tentativa de preservar a sensibilidade da ferramenta na cultura alvo. Essas recomendações estão sintetizadas no QUADRO 1.

ETAPA	RECOMENDAÇÕES
1. Tradução	<p><i>Produzir várias traduções:</i> as traduções são de qualidade superior quando realizadas por, pelo menos, dois tradutores independentes. Isso permite a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos do original. A qualidade será cada vez maior se cada tradução for realizada por equipes, em vez de indivíduos isolados, que são mais propensos a apresentar idiossincrasias pessoais.</p> <p><i>Use tradutores qualificados.</i> As qualificações e as características dos tradutores também são importantes. Indivíduos com alto grau de educação não podem ser culturalmente representantes da população alvo. Tradutores devem, preferencialmente, traduzir na sua língua mãe. Alguns deles, cientes dos objetivos subjacentes ao material a ser traduzido e os conceitos envolvidos de modo a oferecer uma restituição mais confiável da medida pretendida. Outros tradutores que desconhecem esses objetivos e conceitos podem extrair significados inesperados da ferramenta original.</p>
2. Retrotradução	<p><i>Produzir tantas retro traduções como traduções,</i> traduzindo de volta do idioma final para o idioma de origem, contribui na qualidade da versão final. Cada primeira tradução será retraduzida independentemente das outras. Enganos na primeira tradução são amplificados nas retro traduções, e assim revelados. Incapacidade de adaptar-se ao contexto cultural em questão e ambiguidade na versão original também são descobertas.</p> <p><i>Uso apropriado de retro traduções,</i> por meio de tradutores fluentes nos idiomas e nas formas coloquiais da língua de origem. Os tradutores dessa etapa devem de preferência não estar cientes da intenção e dos conceitos subjacentes ao material, pois isso facilita a neutralidade, por estarem livres de preconceitos e expectativas e a sua tradução revela inesperados significados e interpretações na versão final.</p>
3. Comitê de 'experts'	<p><i>Constituir uma comissão para comparar a versão original e a final,</i> com a finalidade de produzir uma versão final da medida modificada baseada em várias traduções e retro traduções obtidas, conforme descrito acima. Além disso, a comissão revisa a introdução e instrução para o questionário, bem como a escala de resposta para cada questão.</p> <p><i>A comissão multidisciplinar,</i> constituída por indivíduos especialistas nas doenças exploradas, e na intenção da medida e dos conceitos a serem explorados. Membros bilíngues são de valor particular para essa comissão.</p> <p><i>Use técnicas estruturadas para resolver discrepâncias.</i> A comissão resolve problemas considerando o material já coletado. Pode-se ainda optar por repetir o processo tradução-retro tradução. A técnica de descentramento considera que a versão final e a original são igualmente importantes, e ambas estão abertas a modificações durante o processo de tradução. Em outras palavras, a medida não é considerada centro em uma das línguas. Essa técnica é mais bem conduzida em estreita colaboração com os autores. Se problemas forem encontrados, os autores fornecem uma versão de trabalho do instrumento ou dos itens, mantendo o conceito das perguntas, mas evitando coloquialismos.</p> <p><i>Modificar instruções ou formato, modificar ou rejeitar itens inapropriados, gerar novos itens.</i> A comissão garante que a introdução para a ferramenta de pesquisa e as instruções para o preenchimento do questionário são traduzidas cuidadosamente, a fim de preservar a replicabilidade da medida. O princípio da redundância pode ajudar a reduzir erros de compreensão.</p> <p><i>Garantir que a tradução seja plenamente compreendida.</i> Recomendações incluem: pequenas sentenças com palavras-chave em cada item o mais simples possível; a voz ativa em vez da passiva; nomes repetidos ao invés de pronomes; termos específicos em vez de termos gerais. Autores devem evitar o uso de metáforas e coloquialismo; o modo subjetivo; advérbios e preposições dizendo "onde" e "quando", formas possessivas; palavras que indicam imprecisão; e frases contendo dois diferentes verbos que sugerem diferentes ações. Continua...</p>

4. Pré-teste	<p>Continuação... <i>Verificar equivalência transcultural da versão original e final.</i> Diversas taxonomias de equivalência transcultural foram propostas na literatura psiquiátrica. A paridade final é a equivalência dos conceitos qualidade de vida dentro das culturas em questão. Tradutores visando por equivalência conceitual devem considerar as seguintes equivalências: semântica, idiomática, experimental e conceitual.</p> <p><i>Verifique se há equivalência na versão original e na final usando a técnica do pré-teste.</i> No pré-teste uma amostra da população responde ao questionário a fim de verificar erros e desvios na tradução. Se a versão final não atinge um nível satisfatório de equivalência, nova revisão pode ser feita pela comissão.</p> <p><i>Submeter a versão original e a final a leigos bilíngues,</i> a fim de detectar possíveis discrepâncias. Esse método também pode ajudar a identificar qualquer inadequação da versão final com o contexto cultural. Eles são convidados a avaliar a equivalência de cada item entre a versão original e final. <u>Aqueles itens com baixo nível de equivalência ou classificados com discrepância por diferentes pessoas podem ainda ser revisados nessa fase.</u></p>
5. Ponderação dos escores	<p><i>Considere a necessidade de adaptar os pesos das pontuações para o contexto cultural.</i> Um método de pontuação com pesos é fornecido com a versão original de alguns instrumentos, a fim de combinar as informações em um ou vários índices. Entretanto, o peso pode não ser aplicável na nova situação cultural e por isso pode ser reexaminado, ou por julgamento, ou por uma abordagem matemática. Por meio do julgamento, a validação transcultural da ponderação dos itens é reexaminada por especialistas, que são profissionais da saúde, pacientes ou pessoas leigas.</p> <p>Diversas técnicas estão disponíveis para extrair pesos adaptados à cultura da opinião dos especialistas. Com uma abordagem matemática, dados obtidos de uma amostra de pacientes são analisados por várias técnicas estatísticas para escalabilidade (análise de Gutmann) ou dimensionalidade (análise fatorial), a fim de encontrar a melhor maneira de agregar as informações em um ou vários índices.</p>

QUADRO 1 - ETAPAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL
 FONTE: GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993).

Beaton *et al.*(2000) ampliam a descrição dessas etapas da seguinte maneira:

1. Tradução; 2. Síntese das traduções; 3. Retro tradução; 4. Comitê de especialistas; 5. Pré-teste; 6. Apresentação do documento traduzido aos desenvolvedores para a avaliação do processo de adaptação. Sobre os tipos de equivalência, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993, p.1423) e Beaton *et al.* (2000, p. 3188-89) defendem que a paridade final é a equivalência dos conceitos nas culturas em questão. Tradutores que visam tal equivalência conceitual consideram o seguinte:

- *equivalência semântica* é a equivalência no significado das palavras, e alcançá-lo pode apresentar problemas com vocabulário e gramática. Alterações gramaticais às vezes são necessárias na construção de sentenças. Por exemplo, idiomas sem o gerúndio são mais difíceis para adaptar: atividades redigidas em termos tais como dançando, cantando ou comendo (gerúndio de dançar, cantar e comer) não são facilmente traduzíveis.

- *equivalência idiomática*. As expressões idiomáticas e coloquialismos são raramente traduzíveis, encontrar expressões equivalentes ou substituir os itens. Essa necessidade é mais provável nas dimensões emocionais e sociais.
- *equivalência experimental*. As situações evocadas ou representadas na versão original devem se adequar ao contexto da cultura em questão. Isso pode resultar na modificação de um item. Por exemplo, expressões que não se referem a experiências usuais em algumas culturas e sentimentos equivalentes ou atividades são reformuladas ou descartadas.
- *equivalência conceitual* refere-se à validade do conceito explorado e dos eventos experimentados pela população da cultura em questão, desde que itens sejam equivalentes em significado semântico, mas não conceitualmente.

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997) ao identificarem a variedade de etapas da adaptação transcultural propostas na literatura empregaram conceitos da psicologia e focaram sua análise nas características semânticas adotadas. Descreveram três orientações possíveis, a absolutista, a universalista, e a relativista. Os autores explicam que a primeira, denominada ingênua ou informal, refere-se ao simples processo de tradução do instrumento original. Já a universalista, propõe que somente os instrumentos desenvolvidos localmente sejam empregados, visto que a noção de equivalência não é pertinente. E por fim, a absolutista entende que o impacto da cultura sobre os constructos a serem mensurados é mínimo, e por isso não variam em diferentes contextos.

O estudo realizado por esses autores pontuou a ocorrência de 19 diferentes tipos de equivalência e definições variadas acerca da precisão da adaptação transcultural. Dentre os tipos mais frequentemente mencionados de equivalência, destacam-se: equivalência conceitual, semântica, funcional, escalar/equivalência métrica, escala de equivalência, técnica de equivalência, e equivalência operacional. (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997).

Das referências mencionadas neste texto, o estudo de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) é amplamente adotado nas pesquisas cuja finalidade é a adaptação transcultural. (ECHEVARRIA-GUANILLO, 2005). Contudo, mediante a falta de consenso acerca das etapas, autores como Alonso, Anto e Moreno (1990) conduziram um estudo para adaptação transcultural do *Nottingham Health Profile* (NHP), um instrumento para mensuração da angústia percebida, desenvolvido na Grã-Bretanha

e previamente adaptado na França, no qual utilizaram a seguinte estratégia: em primeiro lugar, uma tradução conceitualmente equivalente; segundo, uma avaliação preliminar da validade da versão traduzida obtida, seguida de pré-teste, e por fim, o estabelecimento da validade da versão.

Tal estratégia foi adotada nos estudos de Hunt *et al.* (1991); Alonso, Prieto e Antó (1994; 1995) e finalmente apresentada por Ferrer *et al.* (1996). No Brasil, Dantas e Rossi (2004, *apud* ECHEVARRIA-GUANILLO, 2006) sugeriram alteração das etapas da adaptação transcultural, considerando que eventuais erros ou problemas de compreensão sejam identificados pelo comitê de especialistas e corrigidos antes da retro tradução. Para as autoras, essa estratégia visa reduzir as possibilidades de que a ideia original contida no instrumento não seja preservada.

Dessa forma, para a tradução e adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados, no presente estudo foram seguidas as etapas apresentadas por Ferrer *et al.* (1996), contidas na FIGURA 1.



FIGURA 1 - ETAPAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL ADOTADAS NO ESTUDO
FONTE: FERRER *et al.* (1996)

Após o processo de adaptação transcultural do instrumento, houve necessidade de avaliação das propriedades psicométricas do mesmo, e para isto foi utilizado o referencial de Pasquali (1998; 2011).

A maioria dos instrumentos que mensuram variáveis na área da saúde é desenvolvida em diferentes contextos e culturas, principalmente na Europa e na América do Norte. (GUILHEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Dessa forma, além de traduzi-los e adapta-los culturalmente, sua aplicação requer a verificação das propriedades psicométricas para que produzam dados confiáveis.

De acordo com a *Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust*, os critérios para análise de instrumentos variam de acordo com o uso pretendido para sua aplicação, a saber: 1) distinção entre dois ou mais grupos; 2) avaliação da mudança com o tempo e/ou; 3) predizer o estado futuro. Dessa forma, reiteram que um instrumento que funciona bem em uma dada finalidade/definição/população pode não se adequar da mesma maneira quando aplicado à outra finalidade/ambiente/população. (TARLOV, 1998).

Contudo, para guiar a avaliação das propriedades de medida de um instrumento para cada uma de suas aplicações previstas, foram propostos oito atributos, os quais servem como os principais focos da revisão: 1) aspecto conceitual e modelo de medida; 2) confiança; 3) validade; 4) responsividade ou sensibilidade à mudança; 5) interpretabilidade; 6) carga para o respondente e avaliador; 7) formas alternativas de administração/aplicação; 8) adaptação cultural e de linguagem. (TARLOV, 1998).

Pasquali (2009, p.993) afirma que a Psicometria “representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada na área da Psicologia e da Educação”. Tem como fundamento a teoria da medida em ciências em geral - método quantitativo, o qual permite conhecer a natureza de maneira mais precisa em relação à linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais. (PASQUALI, 1998; 2011).

A medida foi definida por Stanley Smith Stevens em 1946, e diz respeito ao ato de indicar números a objetos e eventos, baseados em alguma regra. (PASQUALI, 2009). Esse autor menciona quatro níveis de medidas ou escalas: nominal, ordinal, intervalar e de razão. A medida nominal aplica os números aos fenômenos da natureza, utiliza o axioma e identifica o número apenas como numeral ou símbolo

gráfico. Já a ordinal salva os axiomas de ordem (característica mais marcante do número) ou a magnitude deste. E, as outras escalas salvam também axiomas de aditividade.

Pasquali (1998) complementa que a Psicometria não trata apenas de métodos, pois medir se refere à atribuição de valores aos atributos ou características de um objeto, de forma que sejam verificadas a validade e a confiabilidade dos resultados dessa medida. A Psicometria moderna tem duas vertentes: a teoria clássica dos testes (TCT) e a teoria de resposta ao item (TRI).

Conforme exposto anteriormente, a Psicometria visa explicar o sentido das respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, as quais são chamadas de itens. Nesse sentido, a TCT se apreende em explicar o resultado final total, ou seja, o somatório das respostas obtidas em uma série de itens, o qual é computado no escore total. Pasquali (2009; 2011) complementa que o enfoque principal é o resultado do teste, com vistas à mensuração do item. Termos como validade e acurácia são empregados para descrever a relação entre o que está sendo medido e o que o pesquisador pretende medir, e a confiabilidade avalia a consistência em que o instrumento mensura o atributo em questão. (HULLEY; MARTIN; CUNMINGS, 2008).

Já a TRI está focada em cada item de um instrumento, e não no escore como na TCT, pois visa saber a probabilidade e os fatores que afetam o fato de cada item ser acertado ou errado individualmente pelo respondente, ou ainda de ser aceito ou rejeitado. (PASQUALI, 2011).

Dessa forma, a TCT produz testes de qualidade e a TRI itens de qualidade e gera bancos de itens. Por esse e outros motivos, Pasquali (2011) aponta que a TRI tem se tornado a técnica predominante entre os testes, em substituição às teorias clássicas da Psicometria, pois supera limitações teóricas e permite estabelecer as características do item sem dependência da amostra, escores independentes dos testes utilizados, modelo ao nível do item e não do teste, modelo que não exige formas rigorosamente paralelas para avaliar a fidedignidade, e um modelo que ofereça uma medida de precisão para cada nível de aptidão (e não somente centrado nas médias).

A elaboração de instrumentos na TRI se divide em três níveis de procedimentos de construção de escalas psicológicas, baseada em três polos ou estruturas: procedimentos teóricos, empíricos ou experimentais, e, analíticos ou estatísticos. Nesse estudo, optou-se por adotar essa estrutura para descrever as etapas do estudo,

por considerar que a diferenciação entre eles esclarecia o procedimento metodológico que valida o sistema de coleta de dados.

Pasquali (1998) faz a ressalva sobre a escassez da literatura ao descrever o procedimento teórico, em contraponto aos tratados sobre os procedimentos experimentais e analíticos.

O **procedimento teórico** explicita a teoria que deve fundamentar o empreendimento científico sobre o construto ou objeto para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização desse construto em itens. Explicita a teoria do traço latente, além dos tipos, categorias, e comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Os procedimentos teóricos dependem da literatura existente sobre o construto psicológico que se pretende medir. (PASQUALI, 1998).

A dimensionalidade do atributo, de acordo com Pasquali (1998; 2011) diz respeito à sua estrutura interna e semântica, bem como na definição de uni ou multifatorialidade do construto, de modo a compreender se a unidade semântica é única ou se ela é uma síntese de componentes distintos ou até independentes. Para tanto, faz-se necessária a busca dos dados empíricos, a fim de apreender os fatores que constroem o atributo, para que esses sejam contemplados na elaboração do instrumento. (PASQUALI, 1998).

Nessa pesquisa, o instrumento foi elaborado por um grupo de pesquisadores (LPZ) que desenvolve estudos desde 1998, por meio da técnica Delphi (validação por 34 especialistas na área de úlcera por pressão, representando seis diferentes instituições de saúde holandesas) e ocorreu a partir de revisão de literatura, a qual visou à identificação das variáveis e da maneira como elas deveriam ser mensuradas. Assim, esse procedimento foi considerado aquele de aproximação dos aspectos teóricos que subsidiam a pesquisa, e não o desenvolvimento de uma teoria, conforme proposto por Pasquali (1998) no referencial da Psicometria.

Pasquali (1998) menciona a análise teórica dos itens, a qual representa a verificação da validade da hipótese a ser testada, em relação à opinião de outros (análise dos itens). Esse processo é ainda teórico, visto que consiste em solicitar a opinião de juízes sobre a hipótese, e isso não constitui a aplicação do instrumento em amostra representativa da população para a qual o mesmo foi construído. Em relação aos juízes, a análise dos itens comporta dois tipos distintos: a compreensão dos itens

(análise semântica) ou, a pertinência desses ao construto que representam (chamada de análise dos juízes).

A análise semântica visa à identificação da compreensão dos itens para a população a que o instrumento se destina. São considerados dois pontos: a inteligibilidade dos itens para o estrato mais baixo de habilidade da população-alvo (como nível de formação, p.ex.) e, para uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-alvo (para garantir a chamada validade aparente do teste e evitar a deselegância na formulação dos itens). (PASQUALI, 1998).

Dentre as técnicas de análise semântica, a verificação em grupos de três ou quatro pessoas, em um *brainstorming*, tem sido efetiva. Pasquali (1998) orienta que essa técnica seja iniciada com sujeitos do estrato mais baixo da população-alvo, a fim de verificar a compreensão item a item, pois dessa forma, o estrato mais sofisticado também os entenderá. Em casos de divergências na reprodução do item prevê-se que há problemas, e o pesquisador deve explicar ao grupo o que ele pretendia dizer.

A análise por juízes visa certificar a adequação do construto, e por isso, os juízes peritos na área, com vistas a possibilitar a análise do traço em questão. Verifica-se, em tabela de dupla entrada, a concordância dos juízes, a qual pode ser convencionada em 80% como critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere. (PASQUALI, 1998). Com o trabalho dos juízes, encerram-se os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida. O autor sugere a elaboração do instrumento piloto, o qual visa a estabelecer a hipótese que será testada empiricamente nos procedimentos experimentais.

A segunda fase do modelo de Pasquali (1998) se refere aos **procedimentos empíricos ou experimentais**, que consistem em coletar informação empírica válida e submetê-la às análises estatísticas pertinentes em Psicometria. Pasquali (2011) afirma que esses procedimentos fundamentam-se na definição da amostra para a coleta de dados sobre o teste que se pretende utilizar, e, a aplicação dos itens nessa amostra.

Dentre os **procedimentos analíticos**, Pasquali (2011, p.91) descreve “a escolha do método TRI, o estabelecimento da dimensionalidade do traço (unidimensionalidade dos itens), avaliação dos parâmetros dos itens e da aptidão do sujeito, e a demonstração de adequação do modelo aos dados empíricos”.

A síntese das fases propostas por Pasquali (1998; 2011) e a correlação com a presente pesquisa encontra-se na FIGURA 2, a seguir.

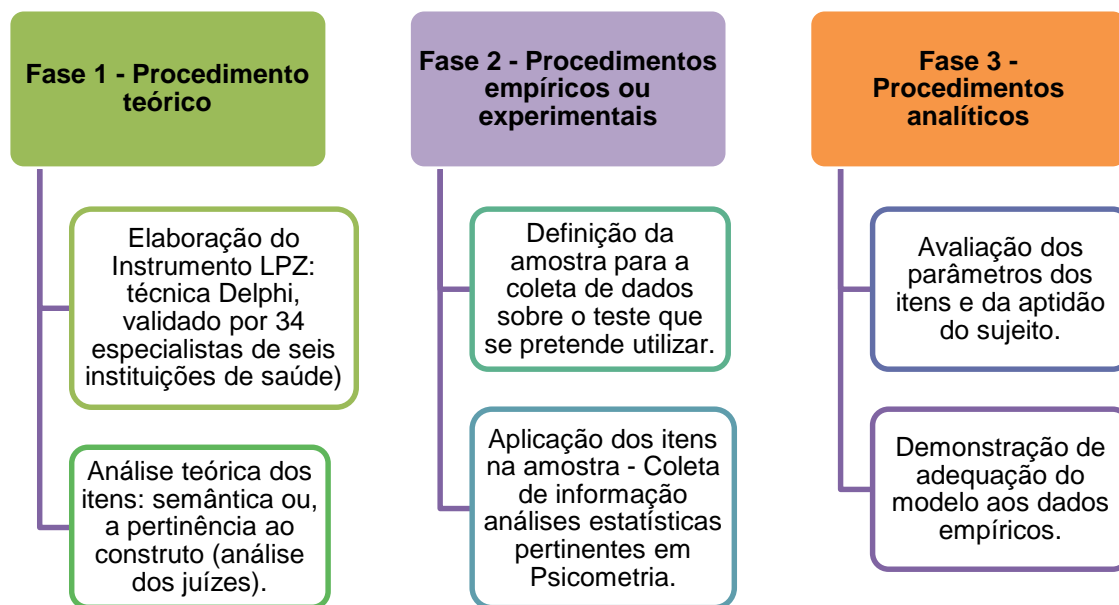


FIGURA 2 - SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA, DE ACORDO COM O REFERENCIAL DE PASQUALI (1998; 2011).
FONTE: O autor (2013).

Nesse contexto, são requeridas técnicas que tornem possível a demonstração da validade dos instrumentos, as quais podem ser descritas no modelo trinitário, em três classes: validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério. (PASQUALI, 2011; HULLEY; MARTIN; CUNMINGS, 2008). Nessa revisão, optou-se por mencionar os conceitos e as inter-relações existentes entre as classes da validação mencionadas, com vistas a subsidiar o entendimento do procedimento analítico que foi adotado.

O conceito de **validade de construto**, de acordo com Pasquali (2011), foi apresentado por Cronbach e Meehl em 1995, e por vezes é confundido com outros termos como validade intrínseca, fatorial ou aparente (validade de face). Dentre as técnicas de verificação, destacam-se a análise da representação comportamental do

construto, a análise por hipótese, a curva de informação da TRI, além do falso estatístico do erro de estimação. Clark-Carter (1999 *apud* ECHEVARRÍA-GUANILLO, 2009) afirma que a validade de construto visa analisar se os domínios que constam no instrumento (aspectos ou comportamentos relacionados ao atributo) são apropriados e seguem os objetivos.

Para Pasquali (2011), o erro de estimação baseia-se nos princípios positivistas típicos da Psicometria clássica, em que a construção se dá com a seleção de uma amostra de itens coletados de um universo que parece medir o dado construto – validade aparente ou validade de face. Nesse contexto, busca-se validar um instrumento baseado no conceito de erro de estimação, ou seja, o quanto o escore obtido se afasta do verdadeiro, a partir da definição de um critério.

A análise da representação engloba a análise fatorial e da consistência interna. A análise fatorial (exploratória ou confirmatória) verifica a quantidade de construtos comuns que são necessários para explicar as inter-relações dos itens. Assim, n variáveis podem ser explicadas por um fator comum a todas as variáveis e por um fator específico a cada uma delas. (PASQUALI, 2011). A consistência interna calcula a correlação existente entre cada item do teste com o restante dos itens ou o total (escore), visto que quanto maior a quantidade de itens (n maior ou igual a 30) menor é a influência de cada um deles no escore total.

A análise por hipótese tem como fundamento o poder do instrumento medir/discriminar/predizer um critério externo a ele mesmo. Dentre as técnicas usadas para tal, destacam-se a validade de construto convergente-discriminante. A validade convergente é baseada na correlação significativa com outras variáveis que o construto medido deveria estar relacionado, e, a validação discriminante prediz que o construto medido não se “correlaciona com as variáveis que ele teoricamente deveria diferir”. (PASQUALI, 2011, p. 175).

A **validade de critério** se refere ao grau de eficácia que um teste/instrumento possui ao prever os dados que busca. Para Pasquali (2011) são dois os tipos: validade preditiva e concorrente, as quais se diferem pelo tempo transcorrido entre a coleta de informação do teste/instrumento a ser validado e o critério. Se forem simultâneas, a validação é concorrente, e, se os dados do critério forem coletados posteriormente à comparação com o critério, a validade é preditiva. O critério estabelecido pode ser um teste similar já aplicado e validado. Fayers e Machin (2007,

apud ECHEVARRÍA-GUANILLO, 2009) afirmam que a validade de critério preditiva é um aspecto contemplado na validade de construto, quando não existem testes válidos para serem comparados simultaneamente à aplicação do teste/instrumento a ser validado. Essa pode ser uma limitação da validação de critério em relação à de construto. (PASQUALI, 2011).

A **validade de conteúdo** deve ser especificada antes da construção dos itens que compõem o teste/instrumento, e a validade será garantida pela técnica de construção dos itens. Para tanto, esse tipo de validação foi obtida por meio do julgamento do comitê de especialistas durante o processo de tradução e adaptação transcultural, quando conferem, igualmente ao instrumento equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, e na avaliação dos coletadores. (PASQUALI, 2011).

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS, CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E AS RELAÇÕES COM O SISTEMA DE COLETA DE DADOS

Esse subitem aborda de maneira sumária os principais fundamentos teóricos, conceituais e epidemiológicos das úlceras por pressão, com a finalidade de tecer relações com o sistema de coleta de dados.

Fisiopatologia e Fatores de risco

O mecanismo exato de desenvolvimento de úlceras por pressão não é conhecido. São descritas na literatura quatro teorias de causalidade: isquemia, provocada pela oclusão dos capilares, levando a insuficiência vascular; anóxia tecidual e morte celular; lesão de reperfusão (lesão celular decorrente da reperfusão de sangue para o tecido isquêmico anteriormente); deficiência da função linfática, levando a um acúmulo de produtos metabólicos e resíduos, e; deformação mecânica de células do tecido. (WOCN, 2010).

Múltiplos fatores estão envolvidos na gênese das úlceras por pressão. Os externos (pressão, cisalhamento e fricção) agem isoladamente ou em combinação. Os internos são dominantes e incluem estado geral, idade, mobilidade reduzida,

estado nutricional e peso corpóreo alterado (caquexia, obesidade, edema/anasarca), incontinência urinária e fecal (umidade) e suprimento sanguíneo reduzido. (DEALEY, 2008; EPUAP/NPUAP, 2009).

Classificação das úlceras por pressão

Em 2009, a NPUAP e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) desenvolveram uma definição e um sistema internacional para as úlceras por pressão, após a verificação de semelhanças existentes entre a classificação das úlceras de pressão por 'graus' ou 'estágios', com vistas a encontrar uma palavra 'única' para descrevê-las, o que não foi possível. O termo 'categoria' foi sugerido como neutro para substituí-los, tendo em vista que, não representa hierarquização e falsa noção de progressão de lesão tissular de I para IV e de cicatrização de IV para I. (EPUAP/NPUAP, 2009).

Nesse sentido, a EPUAP/NPUAP (2009) propõe adotar qualquer um dos termos (estágio, grau ou categoria) desde que seja claro e compreensível. Nesse estudo, optou-se por utilizar o termo estágio e a inclusão das úlceras não estagiáveis como complementação à classificação em quatro graus de lesão tissular ainda adotada na Europa.

A evolução das úlceras acomete níveis mais profundos de lesão tissular. Em 2007, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), atualizou as definições da classificação das úlceras por pressão, mantendo os quatro originais e adicionando dois estágios: suspeita de lesão tissular profunda e úlceras por pressão não estagiáveis, conforme segue:

- **Estágio I** → eritema não branqueável: eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão; descoloração, calor, edema, endurecimento ou dureza foram também utilizados como indicadores, especialmente em indivíduos com pele mais escura. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009). Na avaliação clínica da lesão, realiza-se a verificação do eritema e considera-se que o não branqueável caracteriza a úlcera por pressão de estágio I, a qual é uma alteração relacionada com a pressão observável em pele intacta, cujos indicadores são comparados à área adjacente ou oposta no corpo. Além disso, inclui alterações em um ou mais dos seguintes parâmetros: temperatura da pele (aumento do calor ou arrefecimento); consistência do tecido (enrijecido ou mole); sensibilidade (dor, prurido). Considera-se que a úlcera

aparece como uma área definida de vermelhidão persistente, ligeiramente pigmentada. Em peles com tonalidades escuras, apresenta-se com variações de coloração vermelha, azul ou púrpura. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009).

- **Estágio II** → *flictena*: destruição parcial da pele que envolve a epiderme, derme ou ambas. Trata-se de uma úlcera superficial que se apresenta clinicamente como uma abrasão ou bolha. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009).

- **Estágio III** → úlcera superficial: destruição total da pele com necrose do tecido subcutâneo que pode se estender até, mas não através da fáscia subjacente. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009).

- **Estágio IV** → úlcera profunda: destruição extensa, necrose tecidual; ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009).

- **Não estagiável** → há perda tecidual, mas a base da úlcera é totalmente recoberta por tecido necrótico/escara, o qual oculta a visualização das estruturas subjacentes. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009).

- **Suspeita de lesão tissular profunda** → caracterizada por uma área localizada de pele intacta, com coloração púrpura ou castanha, ou ainda, bolha sanguinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. O tecido afetado, por vezes, apresenta-se dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio, quando comparado ao tecido adjacente. (NPUAP, 2007; EPUAP/NPUAP, 2009).

Destaca-se que as úlceras por pressão acometem regiões mucosas, como o trato gastrointestinal, língua, fossas nasais, canal urinário e vaginal, geralmente ocasionadas pela pressão resultante de dispositivos de cuidado, tais como tubos endotraqueais, tubos de oxigênio, sondas gástricas e enterais, bem como cateteres vesicais. A classificação dessas úlceras foi definida como 'Úlceras por pressão em mucosa, sem estágio identificado', visto que não são possíveis comparações anatômicas entre os tecidos da pele e das membranas mucosas, as quais apresentam estrutura diferenciada. (BLACK *et al.*, 2011).

Dados epidemiológicos

Em virtude da variabilidade de métodos e técnicas empregadas na condução dos estudos transversais, verifica-se ampla variação na prevalência de úlcera por

pressão nos estudos realizados, de 6,0% a 36,0% em estudos internacionais. (WANN-HANSSON; HAGELL; WILLMAN, 2008; CAPON *et al.*, 2007; PEARSON *et al.*, 2000; LEPISTÖ *et al.*, 2001; TSOKOS; HEINEMANN; PÜSCHEL, 2000; YOUNG *et al.*, 2002; GALLAGHER; *et al.*, 2008; KEELAGHAN *et al.*, 2008; CASIMIRO; GARCÍA-DE-LORENZO; USÁN, 2002; AQUILANI, 2002; CHEN *et al.*, 2011). Estudos brasileiros descrevem prevalências de 5,9% a 94%. (LIMA; GUERRA, 2009; CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004; ROGENSKI; 2002; CROZETA, 2009; RIBAS, 2011; RINALDI, 2012).

Estudo retrospectivo desenvolvido em um hospital universitário de Minas Gerais consultou 234 prontuários. Sessenta pacientes apresentavam úlcera por pressão, com prevalência de 25,6%. Ao comparar as diferentes unidades da instituição, o estudo apontou que a taxa nessa unidade de terapia intensiva (UTI) foi de 66,67%. (CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004). Esses índices foram aumentados em clínicas como a neurocirurgia, na qual a prevalência detectada foi de 94%, conforme estudo de Lima e Guerra (2009). O estudo desenvolvido por Rogensky (2002) nas clínicas cirúrgicas, médicas, UTI e semi-intensiva de um hospital universitário geral em São Paulo identificou taxa de 18,63%, com média de 2,84 úlceras por paciente.

Nos hospitais e asilos da Alemanha, no período entre 2001 e 2002, a prevalência de úlceras por pressão foi de 11,7% com 11.584 pacientes residentes em 66 instituições. Excluindo-se as úlceras de estágio I, alterou-se para 5,2%. (LAHMANN; HALFENS; DASSEN, 2005). Estudo transversal, descritivo, com 344 sujeitos na Turquia por Uzun e Tan (2007) obteve prevalência de 11,6%.

Estudo realizado em hospital de ensino de Curitiba (população 279 pacientes) por Crozeta (2009) identificou prevalência pontual de 10,04% e de 8,96% com a exclusão das úlceras de estágio I (eritema não branqueável). Esse estudo foi replicado em 2011 (RIBAS, 2011), e resultou em 9,97% (com exclusão de estágio I, 9,68%), foram avaliados 311 pacientes, dos quais 31 possuíam úlcera por pressão. Nesses estudos foram empregadas as recomendações contidas na diretriz para condução de estudos de incidência e prevalência de úlceras por pressão (BAHARESTANI, 2009), e um instrumento elaborado com base em referencial teórico, e pré-testado, mas sem validação estatística em relação ao conteúdo e sensibilidade. Contudo, o protocolo de pesquisa foi detalhado, e a avaliação do paciente foi realizada por um único investigador para evitar viés. (CROZETA, 2009).

No estudo de Inan e Öztunç (2012), desenvolvido em um hospital universitário em Adana, na Turquia, foram avaliados 404 pacientes maiores de 18 anos, internados nas alas médico-cirúrgicas e de cuidados intensivos. A aplicação da Escala de Braden revelou que 34,2% dos pacientes estavam em risco. A prevalência de úlceras por pressão foi de 10,4%.

Em um hospital universitário de São Paulo, a prevalência foi verificada em dois momentos no ano de 2004 (junho e outubro). No primeiro, foi de 11,4% (população 376 pacientes) e, no segundo (população 340 pacientes), 10,3% dos pacientes internados possuíam úlcera por pressão. (CARDOSO *et al.*, 2010).

Estudo semelhante, conduzido por Chacon *et al.* (2009) foi desenvolvido em seis instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, em duas visitas a cada instituição entre maio e agosto de 2007. A população foi de 181 idosos em maio e 184 em agosto, com prevalência de 10,95%.

De acordo com Baharestani *et al.* (2009), os dados de prevalência apontam que as áreas geriátricas e de cuidados intensivos são mais suscetíveis, pois o risco de desenvolvimento das úlceras varia de acordo com a natureza dos pacientes nos ambientes de cuidado. Entretanto, Crozeta *et al.* (2010) apontaram que a identificação de úlceras na população neonatal e pediátrica tem sido frequente, o que contraria os achados de alguns autores e evidencia a necessidade instituir um novo foco de pesquisa para investigar a ocorrência desse agravo nessa população.

O estudo desenvolvido por Crozeta (2009) incluiu 62 crianças da população geral do hospital (n=279 pacientes), no período de abril a maio de 2009, e expressou prevalência de 8,06% nessa população. A maioria das úlceras por pressão (60%) estava relacionada a dispositivos do cuidado, como sensor do oxímetro, máscara de ventilação, por exemplo. (CROZETA *et al.*, 2010).

A escassez de pesquisas sobre prevalência de úlceras por pressão foi apontada por Tubaishat, Anthony e Saleh (2011) no mundo árabe em geral, e na Jordânia especificamente. A prevalência global foi 12% (7,0% quando excluídos estágio I). O sacro e o calcanhar foram os locais mais afetados. Os resultados revelaram que apenas 17% dos pacientes em situação de risco, avaliadas pela Escala de Braden, receberam medidas de prevenção adequadas.

Avaliação de risco

O primeiro passo para prevenir as úlceras por pressão é a identificação do risco, a qual pode ser realizada a partir de ferramentas de avaliação validadas, tais como as escalas de predição de risco.

Isso possibilita o uso adequado de métodos profiláticos, descritos como estratégias a serem implementadas aos pacientes reconhecidos como em risco de desenvolver as úlceras por pressão. (PARANHOS, 2005). Estas medidas foram descritas pela *Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR*, e segundo Bergstrom (1992, *apud* Rangel e Caliri, 2006) contempla quatro partes: avaliação do risco, cuidados com a pele e tratamento precoce, sobrecarga mecânica e uso de superfícies de suporte e educação.

No tocante a avaliação de risco, as escalas são utilizadas como métodos que norteiam esta prática. Vários são os modelos disponíveis, os quais analisam os itens pontuados para a obtenção de um escore que direciona a implementação de medidas preventivas adequadas ao grau de risco individual. Rocha (2003) destaca que vários métodos foram desenvolvidos a partir do trabalho pioneiro de Norton em 1962, do qual se originaram mais de 200 escalas adaptadas. (PARANHOS, 2005).

Considerando as complicações adicionais ao quadro clínico do paciente, bem como as possibilidades de evolução da lesão tissular à exposição de estruturas profundas, a avaliação de risco propicia o uso adequado de métodos profiláticos, descritos como estratégias a serem implementadas aos pacientes reconhecidos como em risco de desenvolver as úlceras por pressão. (PARANHOS, 2005). Gomes *et al.* (2011) salientam que a avaliação de risco é passível de realização em pacientes com úlceras por pressão, pois o acompanhamento contínuo do risco possibilita a prevenção de desenvolvimento das úlceras em outros locais do corpo.

Nesse sentido, as escalas são usadas como métodos que norteiam esta prática. Vários são os modelos disponíveis, os quais analisam os itens pontuados para a obtenção de um escore que direciona a implementação de medidas preventivas adequadas ao grau de risco individual. Diferentes métodos foram desenvolvidos a partir do trabalho pioneiro de Norton em 1962, do qual se originaram mais de 200 escalas adaptadas. (PARANHOS, 2005).

A Escala de Braden foi elaborada por Bergstrom e Braden em 1987, a partir da adaptação da escala de Norton, é composta de seis subescalas: percepção sensorial,

umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento, as quais são pontuadas de um a quatro, exceto a fricção e cisalhamento que variam entre um e três. Os escores totais variam de seis a 23, os mais elevados significam um bom funcionamento dos parâmetros avaliados, e, por conseguinte um baixo risco de desenvolver úlcera por pressão e os escores inferiores (16 ou abaixo) representam alto risco para ocorrência dessas (PARANHOS, 2005; IRION, 2005; BERGSTROM *et al.*, 1998).

A Escala de Braden Q, a qual foi adaptada a partir da Escala de Braden, em 1996, por autoras americanas, e atualmente é a única ferramenta traduzida, adaptada culturalmente e validada no Brasil para avaliação pediátrica. (MAIA, 2007). É constituída por sete subescalas (mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição e perfusão tecidual), todas classificadas de um a quatro e o intervalo de pontuação pode variar de sete a 28, sendo que quanto menor a pontuação, maior é o risco.

2.3 PANORAMA INTERNACIONAL E NACIONAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E A UP

As políticas públicas de saúde são compreendidas como direção de uma ação proposta por um ator ou um grupo de atores para a solução de um problema ou questão de interesse, o que significa que não somente problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais. (VIANA, BAPTISTA, 2008). O panorama internacional das úlceras por pressão inclui agências criadas para fomentar as políticas públicas.

A *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) foi criada em dezembro de 1989, por uma Lei Pública para melhorar a qualidade, adequação e efetividade e o acesso dos serviços de saúde. Para tanto, a AHCPR realiza e apoia pesquisas em serviços de saúde, com vistas a facilitar o desenvolvimento de diretrizes clínicas e divulga-las aos prestadores de cuidados de saúde, aos gestores e aos usuários.

No tocante às úlceras por pressão, em 1992, a AHCPR publicou uma diretriz contendo recomendações desenvolvidas por um grupo de especialistas, com o apoio do serviço de saúde pública americano, organizadas em quatro metas gerais: 1) Identificar indivíduos em risco que necessitam prevenção e os fatores específicos que os colocam em risco, 2) Manter e melhorar a tolerância dos tecidos à pressão para prevenir a lesão, 3) Proteger os tecidos contra os efeitos adversos das forças mecânicas externas (pressão, fricção, cisalhamento) e, 4) Reduzir a incidência de úlcera de pressão por meio de programas educacionais. (BERGSTROM, ALLMAN, CARLSON, 1992).

Ainda nos EUA, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) emite diretrizes e orienta políticas públicas, educacionais e de pesquisa nesta área, relacionadas à prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Trata-se de uma organização profissional independente, sem fins lucrativos, fundada em 1987, com o intuito de constituir-se como um recurso para profissionais de saúde, governo, público e agências de saúde, e acolhe e incentiva a participação dos interessados em questões de úlcera por pressão através da utilização de materiais educativos, participação em conferências nacionais e apoio às políticas públicas, de educação e de pesquisa.

Nos EUA, as úlceras por pressão se caracterizam como um problema de saúde e uma preocupação nacional. Além disso, por ser o sistema baseado em seguro saúde, o financiamento do cuidado às úlceras por pressão foi modificado, e por vezes gera reembolso ao usuário. A avaliação da pele, a compreensão de úlceras ocasionadas por suspeita de lesão tissular profunda e a discussão sobre a evitabilidade dessas lesões são marcos da constituição do sistema de saúde nesse País.

A estrutura da NPUAP é composta por 15 Conselheiros, distribuídos em painéis consultivos, que fomentam o desenvolvimento de *guidelines* para orientação clínica da prática, realização de conferências bienais, e iniciativas para o desenvolvimento de políticas públicas. No âmbito da educação e pesquisa, colaboram na produção de materiais didáticos e biblioteca de imagens, e a elaboração de bases de dados de referência de úlceras por pressão.

Posteriormente, em dezembro de 1996, nos moldes da NPUAP, foi criada em Londres a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) com a finalidade de

liderar e apoiar todos os países europeus nos esforços de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. A missão foi declarada na sua reunião inaugural por um grupo de mais de 20 especialistas, e contempla: “proporcionar o alívio de pessoas que sofrem ou correm o risco de desenvolver úlceras de pressão, em particular através da investigação e da educação do público e influenciando as políticas de úlcera de pressão em todos os países europeus, no sentido de adequar o cuidado das úlceras centrado no paciente e com custo efetivo”.

A EPUAP realiza conferências anuais, que envolvem profissionais de cuidados clínicos, pesquisadores e pessoas da indústria, para discutir a situação atual da úlcera por pressão na Europa e no mundo, e as inovações na prevenção, tratamento e cuidados. Apoiar ainda a realização de estudos de prevalência, a difusão de ferramentas educacionais (PUCLAS e um livro acadêmico) e a formação de grupos de trabalho internacionais sobre diferentes temas relevantes para a prevenção e tratamento das lesões.

Destaca-se a parceria firmada entre a EPUAP e a NPUAP, cuja iniciativa visa desenvolver diretrizes baseadas em novas evidências, e resultou na diretriz de prevenção e tratamento apresentada em 2009, em Amsterdã. Atualmente, a EPUAP estimula a inscrição de pequenos grupos de trabalho internacionais para a participação da revisão/atualização dessa guideline, para divulgação em 2014.

A *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke* (LPZ) foi fundada em 1998, com o nome *National Prevalence Survey of Pressure Ulcers* (LOPD), por um grupo de pesquisadores holandeses, o qual durante muitos anos verificou anualmente a prevalência de úlceras por pressão em diferentes instituições. Em 2004, esse grupo ampliou o inquérito anual e incluiu outros problemas de cuidado, a saber: incontinência urinária, desnutrição, intertrigo. Em 2007 acrescentou também as quedas e limitações físicas, os quais podem ser avaliados conjunta ou individualmente em um mesmo levantamento de dados. O grupo é formado por um líder do projeto, um pesquisador sênior, quatro pesquisadores e dois assistentes de pesquisa.

Desde 2009, Suíça, Áustria, Alemanha e Nova Zelândia participam da LPZ, que a cada ano se expande internacionalmente. Os inquéritos anuais realizados pela LPZ fornecem às instituições participantes uma visão sobre a incidência, prevenção e tratamento de problemas de cuidados, os quais podem estimular a formulação de

políticas capazes de direcionar a tomada de decisão para a prevenção e tratamento dos problemas de cuidados, dentre eles as úlceras por pressão. (LPZ, 2013).

Em 2012, o líder da LPZ recebeu o Prêmio Pesquisador oferecido pela EPUAP, em um evento no Reino Unido, em comemoração aos 15 anos da LPZ. Esse reconhecimento a Ruud Halfens demonstra seu trabalho no campo da úlcera por pressão ao longo desses anos, pois foi um dos iniciadores do primeiro estudo sobre úlcera por pressão na Holanda. A EPUAP reconheceu que durante esse período, a LPZ possui um instrumento de medição da qualidade do atendimento nos hospitais, casas de saúde e de cuidados de casa, não só na Holanda, mas internacionalmente. (LPZ, 2013). Destaca-se que esse instrumento é atualizado anualmente, e essa expansão internacional incluiu o Brasil como parceiro da LPZ no relatório anual e comemorativo publicado por ocasião da comemoração dos 15 anos. (LPZ, 2012).

No panorama nacional existem associações profissionais envolvidas no estudo da temática, as quais seguem as diretrizes publicadas internacionalmente. Contudo, as iniciativas governamentais ou a influência dos profissionais envolvidos na deliberação ou regulação do sistema de saúde ainda é tímida.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu na década de 1990 pela demanda social, a qual resultou na garantia do direito à saúde na Constituição Federal como um dever do Estado. Assim, toda a população brasileira tem acesso à assistência pública à saúde, em rede regionalizada e descentralizada, pautada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. (LPZ, 2012).

A lógica da programação em saúde no Brasil está centrada na estruturação de 'redes funcionais', as quais constituem redes de serviço regionalizadas, por meio da instituição de planejamento, programação e regulação, e, o objetivo dessa organização é o acesso racional da população a todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2006).

Embora no Brasil a saúde seja concebida como direito, e organizada em um sistema universal, as úlceras por pressão são caracterizadas como consequência da assistência à saúde, e as iniciativas de prevenção e tratamento são isoladas e baseadas na literatura, visto que as políticas públicas brasileiras não as incluem como um agravo. Nessa direção, não há mensuração das complicações causadas pelas úlceras, como uma comorbidade associada às doenças agudas ou crônicas durante a hospitalização ou permanência no leito no domicílio, seja em relação aos prejuízos

ao paciente, ao prolongamento da internação/tratamento ou ainda, estudos que avaliem o impacto do custo do tratamento dessas lesões nos gastos com a saúde no País.

No cenário **nacional e internacional**, embora haja essas diferenças na estruturação dos sistemas de saúde entre os países, é possível considerar os esforços, as iniciativas, a compreensão ampliada do problema, a importância dada às diretrizes clínicas como guias de ação, e, a organização das agências de prevenção e tratamento e sua interface com a formulação de políticas de saúde, avanços que podem contribuir e ampliar a discussão acerca das necessidades brasileiras.

Mediante tais ponderações, apreende-se a necessidade de mudança desse perfil de atenção à saúde para uma conduta de alerta e busca pela configuração de mecanismos que permitam conhecer o problema de modo a estimular as instituições e os formuladores de políticas a tomar decisões adequadas, bem como otimizar recursos para a saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, aspectos como o quadro epidemiológico brasileiro, com o crescente aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o envelhecimento populacional retratado no Censo 2010, bem como da ausência de políticas que visem reduzir as complicações geradas por comorbidades clínicas, que prolongam o tempo de internação e oneram o tratamento, são estimuladores dessa mudança de conduta.

É preciso reconhecer que a ocorrência das úlceras por pressão apresenta controvérsias, visto que acomete os pacientes em todos os níveis de atenção, tornando-os vulneráveis em meio a diversos determinantes e condicionantes de saúde. Isso não quer dizer que é necessário criar uma política pública de saúde específica para as úlceras por pressão, mas inclui-las como eixo programático das políticas já existentes. Nessa direção, pontuam-se ações que poderiam ser incorporadas ao sistema de saúde brasileiro.

A organização do SUS, de acordo com a lógica das 'redes funcionais', possibilita a inclusão das úlceras por pressão na Política Nacional de Promoção a Saúde, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pelo reconhecimento do direito à vida e à saúde, visto que a promoção à saúde, demanda a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer, bem como na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/sociopolítica, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva

fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. (BRASIL, 2010).

Para tanto, faz-se necessário ampliar o conhecimento nessa área, com vistas a auxiliar as reflexões dos profissionais de saúde na definição ou aperfeiçoamento de estratégias de atenção das políticas de saúde (PESSOA, ROCHA, BEZERRA, 2011), bem como o reconhecimento das úlceras como um evento de vulnerabilidade, que faz parte da atenção à saúde como um risco adicional, como produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e da população - aspectos que contrariam a promoção da saúde. (BRASIL, 2010).

Para isso, é preciso analisar o processo saúde-doença e a ocorrência das úlceras por pressão, visto a sua multifatorialidade, bem como sua correlação com os modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em um determinado contexto histórico. Isso permitiria a inserção de ações programáticas das equipes da Estratégia de Saúde da Família, ou ainda das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar, na Atenção Primária à Saúde, e, a constituição de Comitês de Gerenciamento de risco na Terciária, como redes funcionais.

Dessa forma, a partir da compreensão da ocorrência das úlceras por pressão como um evento de vulnerabilidade e a necessidade de composição de redes funcionais de atenção à saúde, é preciso apreender que a promoção da saúde é (BRASIL, 2010, p.12):

“uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas”.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de elaboração de mecanismos de acompanhamento e mapeamento da extensão do problema no Brasil nos diversos níveis que compõe a rede de saúde, com vistas ao planejamento das ações voltado às necessidades da população nos diversos territórios, tais como o sistema de coleta de dados de úlcera por pressão validado nesse estudo.

A Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes do SUS, no Artigo 6, menciona que estão incluídas no seu campo

de atuação a execução de ações de vigilância epidemiológica, entendida no § 2º, como o conjunto de ações que viabilizam conhecer, detectar e prevenir mudanças nos determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a vistas à elaboração e adoção de medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, competindo à direção nacional do SUS, aos estados e municípios, conforme Artigos 16 a 18, definir e coordenar os sistemas e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços e, executar serviços, respectivamente.

Nesse âmbito, dentre as possíveis ações, destaca-se a formulação de mecanismos de notificação compulsória da ocorrência das úlceras por pressão e da evolução destas, incluindo a terapêutica adotada. Essa ação poderia ser iniciada nos hospitais sentinelas e, paulatinamente, ampliada ao sistema de informação em saúde, a partir da aplicação do sistema de coleta de dados validado. A disponibilidade desses dados nacionais permitiria o conhecimento global do problema, a partir do perfil epidemiológico, e adoção de ações programáticas, baseadas na realidade de saúde brasileira, bem como a compreensão desse agravo como um evento de vulnerabilidade, com vistas à promoção da saúde.

Além disso, é preciso ampliar as discussões acerca das úlceras por pressão como um evento adverso da assistência à saúde e suas implicações para a segurança do paciente, mas sem restringi-la à Atenção Terciária, visto que isso contraria a formação de redes funcionais, a fim de atender a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Contudo, o histórico de percepção das úlceras como indicador de qualidade, é iminentemente hospitalar. Isso requer discussão ampliada sobre o panorama desse agravo, a fim de contribuir no planejamento e desenvolvimento de ações capazes de direcionar investimentos e esforços para a prevenção e tratamento das lesões de maneira global, incluindo o retorno dos usuários do sistema de saúde ao domicílio e o acompanhamento pelos equipamentos da Atenção Primária à saúde, dotados ou não de Estratégia de Saúde da Família. Ainda na rede funcional, devem ser contemplados os serviços de apoio, contratualizados ou suplementares, nos quais algumas experiências brasileiras relatadas apontam a adoção de medidas e esforços para a contenção do problema.

Nesse sentido, a informação retroalimenta a promoção à saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com ou em risco de desenvolver úlceras por pressão. A vigilância em saúde está contemplada, bem como é possível incluir tal agravo nas políticas de saúde já existentes.

Apreende-se que a criação de uma agência ou rede de cooperação entre os grupos interessados na temática poderia constituir uma fonte de apoio à formulação/reformulação ou inclusão de políticas de saúde que definam as úlceras por pressão como evento de vulnerabilidade na atenção à saúde, em seus diversos níveis e necessidades.

Tal ação poderia englobar os serviços públicos e privados, organizações voltadas à prevenção e organizações não governamentais ou de assistência social, o que vai ao encontro de uma política transversal, integrada e intersetorial, que dialogue com as diversas áreas, tanto sobre o setor saúde como os outros, sejam privados ou não governamentais, por meio da conformação de redes de corresponsabilidade da qualidade de vida da população, bem como com a participação ativa de todos os envolvidos no cuidado à saúde. (BRASIL, 2006).

No âmbito acadêmico, a retroalimentação do conhecimento epidemiológico e da base conceitual e teórica das úlceras por pressão com a prática, requer a definição de uma linha de pesquisa que proponha a inter-relação entre pesquisa e prática no âmbito da gestão em saúde, visto que considerando o sistema de saúde e as prioridades à que se ocupa a gestão, as úlceras por pressão devem ser inseridas no contexto de planejamento, uma vez que geram custos e agravos adicionais ao cuidado.

Dessa forma, ressalta a necessidade de ampliar a discussão ao nível do sistema de saúde brasileiro e das políticas públicas de saúde, por considerar que o SUS possui um arcabouço compatível com a inclusão desse agravo em suas ações programáticas.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 SISTEMA DE COLETA DE DADOS

O sistema de coleta de dados de úlcera por pressão é composto por quatro itens: instrumento de coleta de dados, material educativo, planilha online e procedimento de coleta de dados (FIGURA 3).

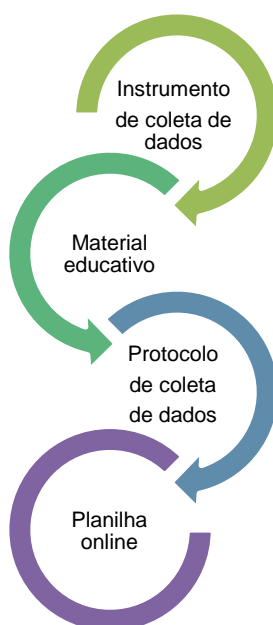


FIGURA 3 - ITENS QUE COMPÕEM O SISTEMA DE COLETA DE DADOS.
FONTE: O autor (2012).

3.2 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa metodológica realizada em três fases, baseadas nos procedimentos propostos por Pasquali (1998; 2011).

Esse delineamento de estudo visa à investigação de métodos para coleta e organização dos dados tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de pesquisa com rigor acentuado. (LIMA, 2011).

As fases da pesquisa contemplaram:

- **Fase 1** - Procedimentos teóricos:

1. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados (1, 2, 3 e 3a) desenvolvido nos países baixos – *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke (LPZ)*⁴, com posterior análise de itens, avaliação de juízes e pré-teste.
2. Tradução livre do protocolo de coleta de dados da LPZ.
3. Elaboração do material educativo e planilha online para digitação dos dados para posterior validação.

- **Fase 2** - Procedimentos empíricos: aplicação dos instrumentos de coleta de dados traduzidos e adaptados transculturalmente (1, 2, 3 e 3a), do material educativo, do instrumento de avaliação dos coletadores, e digitação dos dados na planilha online – sistema de coleta de dados.

- **Fase 3** - Procedimentos analíticos: estratégias estatísticas destinadas às análises das propriedades psicométricas dos instrumentos de coleta de dados (1, 2, 3 e 3a) resultantes da tradução e adaptação transcultural e da aplicação dos componentes do sistema de coleta de dados para validação.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A primeira fase de tradução e adaptação transcultural seguiu os aspectos éticos da pesquisa, e o emprego do protocolo e dos instrumentos de coleta de dados foi autorizado pelo pesquisador responsável do grupo LPZ, conforme texto de

⁴O *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke (LPZ)*, anteriormente conhecido como o Inquérito Nacional de Prevalência holandês úlceras por pressão (LOPD) foi criado em 1998. Inicialmente, dedicou-se a levantamentos anuais de prevalência de úlceras por pressão em diferentes instituições. Desde 2004, ampliou a verificação da prevalência de outros problemas de saúde, tais como desnutrição, incontinência, quedas do leito e restrições físicas. Os seguintes países estão participando desde 2009: Suíça, Áustria, Alemanha e Nova Zelândia.

autorização contido no ANEXO 1. Os participantes dessa fase (tradutores e especialistas) foram informados que se tratava de uma pesquisa e assinaram um termo de ciência de sua participação.

O pré-teste – etapa da tradução e adaptação transcultural dos instrumentos (Fase 1 da pesquisa), e a coleta de dados empíricos (Fase 2) foram aprovados pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD), sob nº CAAE: 0209.0.091.091-11-11, conforme ANEXO 2, por estar em consonância com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) e demais resoluções.

Após serem informadas do objetivo da pesquisa e o procedimento de coleta de dados, as crianças até 12 anos foram incluídas após a assinatura dos pais no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais, os adolescentes de 12 a 18 anos assinaram Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento pelos pais, e, os adultos foram incluídos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente, familiar ou responsável legal do mesmo. Os estudantes e enfermeiros assinaram TCLE específico, conforme APÊNDICE 1.

3.4 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital de ensino de Curitiba, selecionado intencionalmente, pertencente ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e possui um curso de graduação em enfermagem e um grupo que pesquisa sobre úlcera por pressão.

Trata-se de um hospital geral, inaugurado há 50 anos, que pertence à esfera federal, de administração indireta – autarquias, e desenvolve atividades de ensino/pesquisa é um hospital de ensino. (CNES, 2013). Dentre os níveis de atenção, presta atendimentos ambulatoriais e hospitalares, com atenção básica, de média e de alta complexidades. O modelo de gestão é duplo (estadual e municipal), pactuados em contratos de gestão. Atua como referência para o município de Curitiba e região metropolitana, bem como para outros municípios paranaenses e de demais estados brasileiros, credenciado e mantido pelo SUS, com atendimentos de demanda espontânea e referenciada. (CNES, 2013).

Esse hospital possui 510 leitos, distribuídos em 59 especialidades, é o maior hospital público do Paraná, o terceiro hospital universitário federal do país e o único de ensino, público federal, que atende plenamente o SUS acreditado do Brasil. Pertence ao nível terciário, visto que possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos da alta complexidade, consultas especializadas, exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. (HC/UFPR, 2013).

A população atendida gira em torno de 97% do total do Estado do Paraná (411 mil pessoas/mês), o que equivale, mensalmente, a aproximadamente 61 mil pacientes, com 1.464 internações e 837 cirurgias. (HC/UFPR, 2013).

A missão da instituição é "prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão." E a visão é ser Hospital de Ensino de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no SUS, com atendimento de referência nos níveis terciários e quaternários e, articulado com outras instâncias da Universidade Federal do Paraná no níveis primário e secundário.

Reconhece como objetivos oferecer assistência hospitalar acreditada, integrada à rede regionalizada e hierarquizada do SUS; garantir campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão; propiciar acesso fácil da comunidade universitária aos Hospitais Universitários; aprimorar continuamente a gestão hospitalar; aprimorar e dar continuidade à implantação do novo modelo de gestão.

Na política da qualidade, destacam-se algumas ações: a valorização e a capacitação dos seus profissionais técnicos e administrativos; desenvolvimento contínuo de programas de qualidade, envolvendo toda a comunidade interna do hospital, e de sua missão de forma sustentável, acreditada, e inovadora, e, o relacionamento com o paciente, de forma humanizada e segura. Para tanto, a diretriz é "garantir a busca pela excelência através da melhoria contínua dos seus processos de assistência, ensino e pesquisa".

Em relação às úlceras por pressão, projetos de pesquisa vêm sendo desenvolvidos desde 2008, e atualmente destacam-se algumas iniciativas como a composição de uma Comissão de Cuidados com a pele e a reelaboração de uma diretriz clínica de prevenção e tratamento de úlceras por pressão e a capacitação dos enfermeiros para tal, ações vinculadas ao Mestrado Profissional em Enfermagem e ao grupo de pesquisa 'Tecnologia e Inovação em Saúde: fundamentos para a prática profissional' (TIS/UFPR).

3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo consistiu em dois grupos: um deles compreendeu todos os pacientes, de todas as idades, de ambos os sexos, internados no hospital de ensino no dia da coleta de dados (pré-teste e aplicação do sistema); o outro grupo foi composto por enfermeiros/estudantes (acadêmicos, mestrandos e doutorandos) que realizaram a aplicação e avaliação do sistema de coleta de dados.

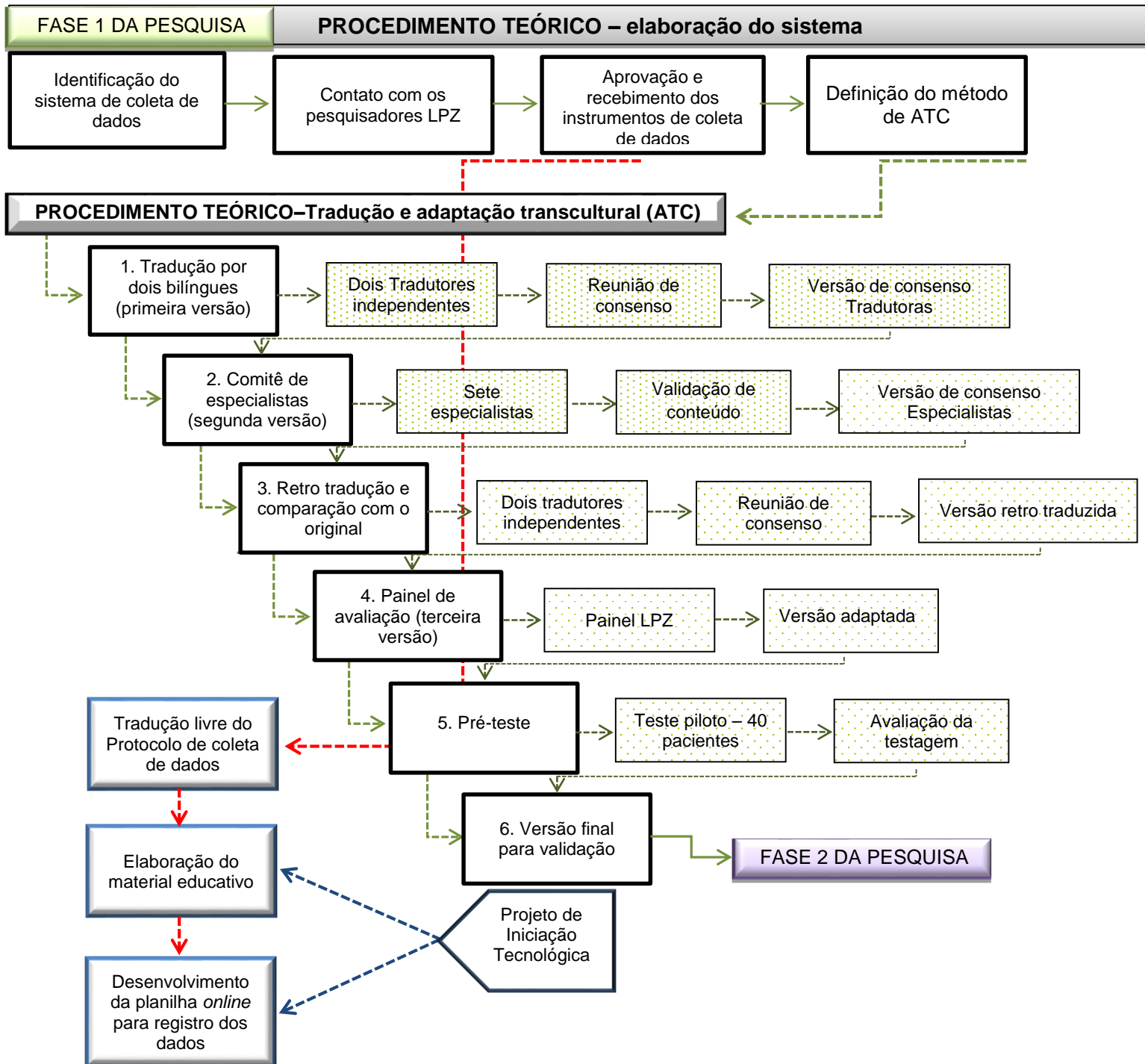
3.6 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os critérios de inclusão foram pacientes internados no hospital de ensino no dia da coleta de dados (pré- teste e aplicação do sistema) e que concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura de Termo de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido, bem como Termo de Consentimento para Pais.

Aos enfermeiros/estudantes de enfermagem coletadores/avaliadores, o critério de inclusão foi ter sido recrutado pelo coordenador local, ter experiência no cuidado ou pesquisa sobre úlceras por pressão e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Nesse último grupo, ser enfermeiro ou estudante (acadêmico de enfermagem, mestrando ou doutorando) interessado pelo tema úlceras por pressão, ter disponibilidade de participar da capacitação e da coleta de dados, sendo que para a participação na coleta de dados, foram incluídos somente enfermeiros e estudantes que concluíram a capacitação online com aproveitamento superior a 7,0.

3.7 FASES DA PESQUISA

As fases da pesquisa são descritas na FIGURA 4.



(Continua...)

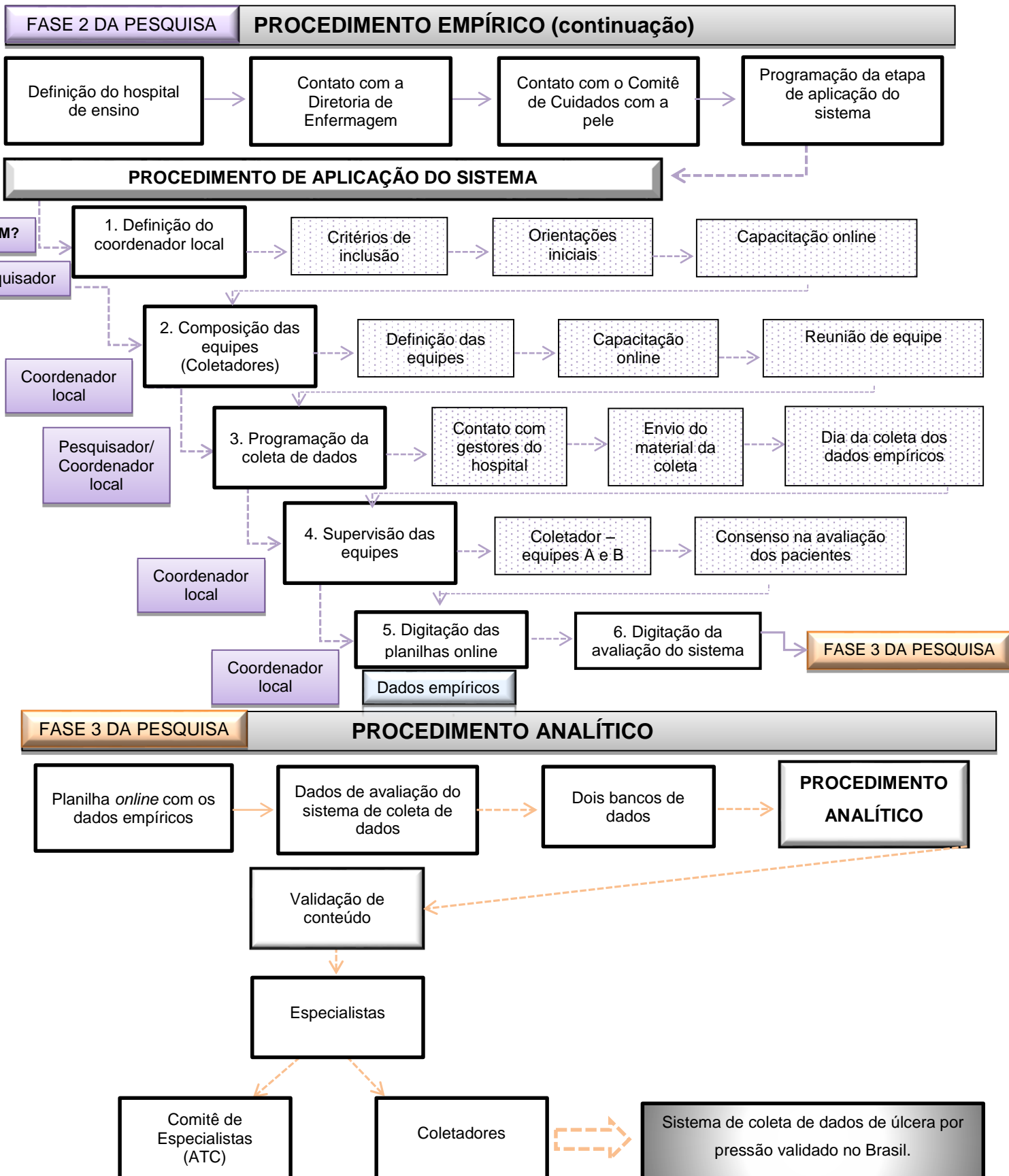


FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DAS FASES DA PESQUISA.
 FONTE: O autor (2012).

3.7.1 Fase 1 - Tradução e adaptação transcultural e elaboração do sistema

Esse tópico descreve a fase de elaboração do sistema de coleta de dados, a qual consiste na tradução e adaptação transcultural dos instrumentos de coleta de dados, na tradução livre do protocolo de coleta de dados, e na elaboração do material educativo e da planilha online.

3.7.1.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento original é utilizado no inquérito anual nos Países Baixos denominado *National prevalence survey for care problems* e foi cedido pela LPZ, a qual mantém os direitos autorais do material.

O desenvolvimento do instrumento de pesquisa iniciou-se em 1998, e ocorreu a partir de revisão de literatura, e investigação para o estabelecimento de um consenso acerca das variáveis e da maneira como elas deveriam ser mensuradas. Para tanto, empregaram o método Delphi, do qual participaram 34 especialistas na área de úlcera por pressão, representando seis diferentes instituições de saúde holandesas. Por fim, os pesquisadores realizaram um estudo piloto em um hospital universitário e em uma 'casa de enfermagem' (ou *nursing home*⁵). (BOURS, *et al.*, 1999).

O instrumento original é composto por 39 escalas e 293 linhas, distribuídas em dados apresentados em três níveis: 1) informações institucionais (tipo de instituição e indicadores de qualidade - duas escalas, 21 linhas); 2) informações das unidades clínicas (dez escalas, 77 linhas); e 3) informações específicas do paciente, o qual é dividido em um item geral (obrigatório, 13 escalas, 86 linhas) e módulos separados

⁵ Na Holanda, *nursing home* é definida como instalação de cuidados especializados para pacientes psico-geriátricos, com doenças terminais, e em reabilitação.

(opcionais), do qual se empregou nessa pesquisa o módulo úlcera por pressão (14 escalas, 109 linhas).

O instrumento é aplicado em hospitais ou em instituições secundárias, como serviços de Atenção Domiciliar. Na presente pesquisa, optou-se por uma instituição hospitalar de ensino, entretanto, foi mantida a opção de instituições secundárias para possibilitar aplicações futuras no Brasil nessa área.

Em relação às informações específicas do paciente, a parte geral é composta por itens que contemplam as características demográficas e por questões que são essenciais para a descrição clínica do paciente. Há também um módulo específico para cada indicador avaliado, que contempla as características, a prevenção e o tratamento do problema de cuidado. Em 2012, os seguintes módulos foram aplicados no inquérito: úlceras por pressão, incontinência, subnutrição, e quedas/restrições. As instituições participantes dos inquéritos escolhem os módulos que desejam incluir em um determinado ano, sendo o recomendado entre três e quatro problemas de cuidado por coleta.

Nesse estudo foram aplicados os instrumentos 1, 2, 3 já mencionados, e exclusivamente o módulo de úlcera por pressão (identificado como 3a), por representar o objeto de estudo.

Esse módulo inclui a avaliação de risco por meio da Escala de Braden, e aborda as medidas de prevenção das úlceras por pressão adotadas pela instituição (tipo de cama/colchão, uso de almofadas em cadeira de rodas), e de outros dispositivos (como protetores de calcanhar), reposicionamento planejado (a cada três horas/registrados pela enfermagem), medidas de prevenção da desnutrição (ajuste alimentar por um nutricionista), e a educação do paciente (folheto com informações sobre úlcera por pressão/causa/prevenção), e o item dor relacionada à úlcera por pressão, com a aplicação de escala analógica numérica.

Especificamente aos portadores de úlcera, o instrumento permite a classificação das lesões em quatro estágios/ graus (Estágio 1 a 4), de acordo com o sistema aceito internacionalmente pelo documento de consenso EPUAP/NPUAP (2009). Verifica-se a duração da úlcera, o local de ocorrência da lesão, bem como o curativo utilizado no tratamento. Essas informações são descritas de acordo com a localização da úlcera (coccix, calcâneo, tornozelo, cotovelo, tuberosidade isquiática, quadril, orelha, região occipital, face e outros).

O instrumento a que se refere essa pesquisa é a versão 2011 da LPZ, a qual foi atualizada em 2012, por ser uma das diretrizes do grupo a atualização dos instrumentos sempre que há necessidade. A aplicação no Brasil requereu a tradução e a adaptação transcultural, a qual foi realizada no período de dezembro de 2011 a dezembro de 2012, conforme as subetapas descritas na fase 1 da pesquisa.

3.7.1.2 Tradução independente e versão de consenso das tradutoras

O instrumento disponibilizado pela LPZ foi disponibilizado em inglês. A partir do proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Ferrer *et al.* (1996), procedeu-se a tradução para a língua portuguesa.

Para efetuar essa etapa, o contato foi realizado por e-mail através da ‘carta convite das tradutoras’ (APÊNDICE 2) enviada a duas brasileiras que atenderam aos critérios de inclusão: proficiência no idioma inglês e vivência em países de língua inglesa.

A primeira tradutora (denominada tradutora 1) enfermeira, residente em Curitiba - PR, docente de graduação em enfermagem, com formação *stricto sensu*, nível Doutorado, e por isso possuía domínio de termos técnicos empregados, bem como das ações de cuidado adotadas na prevenção e tratamento da úlcera por pressão. A segunda tradutora (tradutora 2), residente em Ribeirão Preto – SP, com formação específica no idioma inglês e atuação como tradutora e intérprete de material científico da área da saúde.

A tradutora 1 foi convidada pessoalmente, e a tradutora 2 os contatos ocorreram pela Internet. Os instrumentos originais (versão em inglês) foram enviados às tradutoras, com a indicação dos tópicos que seriam empregados na presente pesquisa, identificados como ‘traduzir’. Além desses, foi encaminhado um instrumento em Word®, versão compatível 97-2003 em branco, contendo apenas o *layout* do instrumento original, com vistas a facilitar o preenchimento dos elementos traduzidos; identificados com o termo ‘preencher’.

A partir do conhecimento dos objetivos da pesquisa, a tradução foi realizada de maneira independente por ambas as tradutoras. Solicitou-se que a equivalência semântica dos itens do instrumento original fosse preservada, e que os termos em

que as tradutoras tivessem dúvida fossem destacados. Essa configurou a primeira versão do instrumento em português e foi analisada individualmente pela pesquisadora, a fim de identificar as divergências, e resultou na síntese das divergências entre as traduções independentes.

De acordo com o proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), o consenso entre as tradutoras e a pesquisadora ocorreu no dia 02 de fevereiro de 2012 em Curitiba –PR- BR, com a participação da tradutora 2 via Skype®. A reunião gravada foi conduzida pela pesquisadora e uma relatora que garantiu que todos os apontamentos fossem incluídos na síntese do instrumento em português.

O roteiro da reunião de consenso das tradutoras (APÊNDICE 3) contemplou os seguintes tópicos:

- A) apresentação do método, dos objetivos da reunião e da pesquisa,
- B) as versões traduzidas foram encaminhadas previamente por e-mail, com vistas à comparação entre si e com a versão original.
- C) A pesquisadora apresentou as divergências identificadas, por meio de leitura pausada de cada um dos itens. Os itens divergentes foram discutidos individualmente e na sequência até o consenso entre as tradutoras e a pesquisadora (seleção do termo que mantinha o significado do instrumento original). No caso de repetição de termos, foi adotada a versão de consenso obtida na primeira ocorrência do mesmo.
- D) Procedeu-se a leitura da síntese elaborada pela relatora para aprovação final e consenso.

Assim, obteve-se a primeira versão do instrumento em português, denominada ‘Versão de Consenso das Tradutoras’.

De todos os itens que compõem o instrumento de coleta de dados, a Escala de Braden já foi submetida à tradução e adaptação transcultural por Paranhos e Santos (1999).

3.7.1.3 Comitê de Especialistas

A partir da versão de consenso das tradutoras, iniciou-se o processo de constituição do comitê de especialistas.

De acordo com Hulley *et al.* (2008), a amostragem foi por conveniência, na qual foram incluídos todos os especialistas acessíveis, que residiam no Estado do Paraná, e incluídos após manifestação de disponibilidade em participar da pesquisa e comparecer ou participar a distância da reunião de consenso.

O convite foi realizado aos especialistas no tema úlceras por pressão (mediante análise dos currículos) e com atuação na assistência, docência e/ou pesquisa, por meio de uma carta via e-mail (APÊNDICE 4), (contendo informações preliminares do projeto de pesquisa, o método empregado e o objeto da avaliação - tradução do instrumento - da língua inglesa para a portuguesa, a compreensão e adequação dos termos, a equivalência semântica e conceitual, bem como da participação da reunião de consenso/data e hora). Dessa forma, foram contatados 11 especialistas na área de estomaterapia ou cuidado com feridas, dos quais sete aceitaram participar dessa fase da pesquisa.

Os critérios para inclusão no comitê de especialista foram: ser profissional da saúde, atuar na assistência, docência ou pesquisa na área de úlcera por pressão, ter domínio da língua inglesa, aceitar proceder à avaliação dos instrumentos e participar da reunião de consenso.

Considerando tais características, o comitê foi composto pela pesquisadora responsável, pela orientadora da pesquisa, e pelos sete especialistas, dos quais um médico, uma enfermeira que atuam em ambulatório de feridas, e cinco docentes de enfermagem do estado do Paraná.

A partir da manifestação de aceite do especialista, foi encaminhado por e-mail o roteiro das atividades desse comitê (APÊNDICE 5), o qual continha alguns esclarecimentos sobre o instrumento de coleta de dados (composição dos itens a serem avaliados e da autorização da LPZ), juntamente com os instrumentos originais e traduzidos (versão de consenso das tradutoras), e um formulário de registro das divergências e sugestões dos especialistas.

Além disso, foram esclarecidos acerca do método, bem como do propósito da avaliação por especialistas, com ênfase aos quatro tipos de semântica (semântica, idiomática, experiencial e conceitual) que deveriam ser observadas, conforme exposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Também foi explicitado o objetivo dessa fase - a obtenção de uma versão de consenso é a compreensão e adequação dos termos, a equivalência semântica e conceitual, a fim de que sejam detectadas inconsistências.

Para a avaliação dos especialistas foi elaborado, pela pesquisadora, um formulário de registro da Concordância (C) ou Discordância (D) e sugestões dos especialistas, com campos específicos para cada um dos itens, os quais foram agrupados pela pesquisadora.

A reunião de consenso visou à obtenção de um único instrumento que agrupasse a opinião dos especialistas participantes, e foi realizada no dia 03 de abril de 2012, das 14h00 às 18h00, na sala do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Dois especialistas não residentes em Curitiba-PR participaram da reunião por Skype e enviaram suas contribuições por e-mail. Duas relatoras e uma bolsista de Iniciação Tecnológica apoiaram a condução da reunião.

O roteiro da reunião de consenso dos especialistas (APÊNDICE 5) contemplou: A) Exposição dos objetivos da reunião; B) Apresentação das divergências identificadas pela pesquisadora. Foram distribuídas cópias de roteiro das divergências e a leitura pausada de cada um dos itens pela pesquisadora, conforme a ordem do instrumento, seguida da discussão dos presentes para elaboração da versão de consenso, e; C) Leitura da síntese elaborada pelas relatoras para aprovação final.

Essas considerações resultaram na elaboração da versão de consenso dos especialistas, a qual foi submetida à retro tradução.

3.7.1.4 Retrotradução independente

A versão de consenso dos especialistas foi retro traduzida para a língua de origem, processo denominado por '*Back-translation*'. Participaram dessa etapa dois tradutores independentes, com os mesmos critérios da etapa de tradução. Para tanto, foram convidados dois brasileiros, que atenderam aos critérios de inclusão: proficiência no idioma inglês e vivência em países de língua inglesa. O processo de retro tradução foi realizado no mês de junho de 2012.

O primeiro tradutor (tradutor 3), possuía vivência em países norte-americanos e atuação na área de marketing de produtores médico-hospitalares e farmacêuticos. A segunda tradutora (tradutora 4) enfermeira, com domínio de termos técnicos e do

contexto de aplicação do sistema de coleta de dados por atuar na assistência à saúde em nível terciário. Ambos os tradutores residem em Curitiba – PR.

As traduções foram independentes e os tradutores não conheciam os objetivos da pesquisa e as especificidades do método. Nessa etapa, não foram divulgados os instrumentos originais, para preservar a neutralidade dessa fase.

A partir das versões independentes, as divergências foram avaliadas pela pesquisadora e por se tratarem de questões gramaticais e não semânticas, essas foram submetidas à apreciação de uma tradutora independente (tradutora 5) que avaliou as versões gramaticais mais adequadas, as quais foram agrupadas na versão retro traduzida, com vistas à apreciação pela LPZ.

3.7.1.5 Painel da LPZ

A versão do instrumento retro traduzida e validada pela tradutora 5 foi submetida à consulta pelos pesquisadores da LPZ para comparação entre a versão original do instrumento e essa versão retro traduzida.

O pesquisador responsável pela LPZ foi contatado por correio eletrônico e concordou em participar desse Painel, que contemplou a técnica de descentramento, na qual a versão final e a original são igualmente importantes, e ambas estão abertas a modificações durante o processo de tradução, o que é mais bem conduzida em estreita colaboração com os autores.

A versão foi submetida ao Painel da LPZ em julho de 2012 e as considerações resultantes dessa fase foram agregadas à versão final do instrumento, a qual foi aplicada no pré-teste.

3.7.1.6 Pré-teste

A partir do Painel da LPZ, a versão final do instrumento de coleta de dados foi submetida a um pré-teste no dia 29 de novembro de 2012. Nessa etapa participaram enfermeiros e estudantes do grupo TIS/UFPR⁶.

A finalidade do desenvolvimento do pré-teste foi verificar a aplicabilidade do instrumento traduzido, para uma coleta de dados precisa e confiável sobre as úlceras por pressão com a aplicação de um único instrumento de coleta de dados em diferentes contextos de saúde. (BOURS *et al.* 1999).

Participaram quatro enfermeiros e nove estudantes, distribuídos em trios, nas unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, Pronto Atendimento na ala da Observação e Quimioterapia de Alto risco, as quais apresentaram maior prevalência de úlcera por pressão em estudos anteriores neste hospital de ensino. (CROZETA, 2009; RIBAS, 2011). As duplas receberam a orientação sobre a aplicação dos instrumentos momentos antes da avaliação do paciente. Esse procedimento foi adotado para garantir a validação semântica da tradução do instrumento.

Foram avaliados 40 pacientes, pelos trios, que entraram em consenso e preencheram um único documento por paciente. Além do pré-teste da tradução e adaptação transcultural, esse piloto possibilitou a aproximação ao protocolo de coleta de dados.

Ao final do piloto, cada participante preencheu o questionário de avaliação da tradução e adaptação transcultural do instrumento, o qual visou verificar a compreensão dos termos traduzidos.

⁶ Grupo de pesquisa 'Tecnologia e Inovação em Saúde: fundamentos para a prática profissional' da Universidade Federal do Paraná (TIS/UFPR).

3.7.1.7 Versão final do instrumento

A versão final do instrumento foi obtida após o pré-teste. Por solicitação dos participantes, foram realizados ajustes na formatação do instrumento para facilitar a visualização dos dados.

A versão final submetida ao pré-teste foi aplicada na etapa empírica da pesquisa.

3.7.1.8 Tradução livre do protocolo de coleta de dados

O protocolo de coleta de dados foi obtido a partir da tradução livre dos dois manuais de coleta de dados cedidos pela LPZ. Os itens e passos foram descritos e contemplaram a preparação para a coleta de dados, desde a composição das equipes, a aplicação do material educativo, a programação para a coleta de dados e a aplicação do instrumento efetivamente, os quais estão descritos detalhadamente na fase 2 da pesquisa.

O primeiro manual, intitulado folheto explicativo (LPZ, 2010), é composto por 35 páginas contendo nove tópicos que explicitam as fases e o passo a passo da coleta de dados, a saber: 1. Descrição da LPZ, 2. Protocolo de pesquisa, 3. Passo a passo do inquérito, 4. Investimento de tempo, 5. Formulários de pedidos de registro, 6. Exemplo de cartas para a organização da coleta, 7. Regulamentos de Privacidade, 8. Manual de registro dos dados, e, 9. Entrada manual de dados através da Internet. Desses itens selecionou-se aqueles pertinentes à presente aplicação do sistema de coleta de dados e procedeu-se a tradução para o português.

O segundo manual, intitulado manual de preenchimento dos dados (LPZ, 2011), é composto por 39 páginas que descrevem aspectos introdutórios e as orientações para o preenchimentos dos instrumentos (1, 2 e 3, e dos módulos específicos, dos quais traduziu-se apenas o 3a). Os dados traduzidos desse manual foram disponibilizados na íntegra aos coletadores na aplicação do sistema no material de apoio (que será descrita na Fase 2 da pesquisa).

Ao conjunto dessa tradução livre contendo os itens compatíveis com o levantamento de dados sobre úlcera por pressão no Brasil nomeou-se 'protocolo de coleta de dados'.

Nesse protocolo de coleta de dados, adotou-se as recomendações dos manuais (LPZ, 2010) que descreve o tempo de coleta de dados (oito minutos por paciente) e sugere a seguinte distribuição das unidades clínicas: o exemplo descrito envolve a coleta de dados em 12 unidades clínicas, com 360 pacientes. A disposição das equipes seria: Equipe A: 6 enfermeiros do hospital de ensino e, Equipe B: 12 enfermeiros/estudantes externos, assim distribuídos (nomes fictícios), conforme QUADRO 2:

Equipe A	Equipe B
John	Peter
Louise	Kevin
Yvonne	Chris
Carla	Lawrence
George	Dave
Harry	Sarah
	Mandy
	Julia
	Rebeca
	Roberta
	Juliano
	Claire

QUADRO 2 - SIMULAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES PARA A COLETA DE DADOS.
FONTE: LPZ (2010). NOTA: Nomes fictícios.

No exemplo da LPZ (QUADRO 3), a coleta teria início às 9h00min e finalizaria às 16h00min, considerando oito minutos por paciente, conforme cronograma a seguir:

	Especialidade	N.º de leitos	Horário	Equipe A	Equipe B
Unidade 1	Urologia	30	09:00-13:00	Nomes fictícios	
Unidade 2	Clínica Médica	20	09:00-11:40		
Unidade 3	Ginecologia	30	09:00-13:00		
Unidade 4	Cardiorácica	20	09:00-11:40		
Unidade 5	Centro cirúrgico	30	09:00-13:00		
Unidade 6	Cardiologia	10	09:00-10:20		
Intervalo			13:00-14:00		
Unidade 7	Hematologia	10	14:00-15:20		
Unidade 8	Geriatria	20	11:40-15:20		
Unidade 9	Oncologia	10	14:00- 15:20		
Unidade 10	Saúde Mental	20	11:40-15:20		
Unidade 11	Pediatria	15	14:00-16:00		
Unidade 12	Dermatologia	30	10:20-15:20		

QUADRO 3 - EXEMPLO DE CRONOGRAMA DE COLETA DE DADOS
FONTE: LPZ (2010).

Segundo a LPZ (2010), a coleta de dados em um hospital deve ocorrer no mesmo dia, para evitar que o mesmo paciente seja duplamente avaliado em dias diferentes, em virtude das transferências entre os setores. Entre hospitais não há problemas que a coleta seja realizada em dias diferentes. Nessa pesquisa, todas as unidades clínicas do hospital de ensino que possuíam pacientes internados foram avaliadas em um único dia (etapa que será descrita na Fase 2).

3.7.1.9 Elaboração do Material educativo

O material educativo foi elaborado pelas bolsistas do projeto de Iniciação Tecnológica, sob orientação da pesquisadora e disponibilizado em uma Plataforma virtual de aprendizagem. A finalidade desse material foi a capacitação online das equipes que participam da coleta de dados do sistema, na modalidade EaD, com uso da internet para realização dos estudos, avaliações e atividades na plataforma virtual de aprendizagem.

Essa plataforma virtual de aprendizagem pertence a uma instituição de ensino privada de Curitiba-PR e seu uso foi cedido (ANEXO 3). Foi reconhecida como tecnologia educacional pelo Ministério da Educação (MEC) em 2008, construída com os recursos das modernas Tecnologias da Informação e Comunicação, possui navegação fácil e intuitiva e dispõe de um grande número de aplicativos que possibilitam a comunicação e o acompanhamento de todos os processos, da inscrição até a certificação dos estudantes - recursos de *E-Learning* e *Learning Management Systems* (LMS), ou Sistema de Gestão da Aprendizagem. O ambiente é customizado⁷ pela empresa conforme as necessidades do curso de atualização, e nessa pesquisa foram empregados dois ambientes distintos: tutor e aluno. Foi organizada uma turma

⁷ Ambientes virtuais específicos para cada classe de usuário, que podem ser customizados pela disponibilização de ferramentas necessárias para o projeto.

única para os matriculados e configurado e-mail automático para o estudante ou profissional matriculado informando credenciais para acesso à plataforma.

A elaboração desse material foi baseada em referencial bibliográfico, na exposição de tópicos contidos no manual de coleta de dados da LPZ (LPZ, 2010; 2011) e na descrição dos instrumentos de coleta de dados.

Os objetivos educacionais foram: compreender a anatomia, fisiologia da pele e fisiopatologia das úlceras por pressão e seus fatores de risco; conhecer o protocolo e objetivos da pesquisa; e, compreender as formas de preenchimento dos instrumentos 1, 2, 3 e 3a da LPZ.

A ementa dos conteúdos foram: anatomia, fisiologia da pele e fisiopatologia das úlceras por pressão e seus fatores de risco, escala de Braden/ Braden Q, classificação das úlceras por pressão, tratamento das úlceras por pressão, protocolo de coleta de dados e preenchimento dos instrumentos de coleta, conforme ficha técnica da capacitação online no APÊNDICE 6.

O conteúdo didático foi organizado em 'Núcleo Temático 1 - Bases conceituais, teóricas da úlcera por pressão para a coleta de dados' (tema central do conteúdo), subdivido em quatro subtópicos, denominados 'Unidades de Estudo':

- Unidade de Estudo 1: Bases anatômicas, fisiológicas e fisiopatológicas da úlcera por pressão;
- Unidade de Estudo 2: Informações preliminares sobre o protocolo de coleta de dados;
- Unidade de Estudo 3: Preenchimento dos instrumentos 1 e 2 ;
- Unidade de Estudo 4: Preenchimento dos instrumentos 3 e 3a.

Essas unidades de conteúdo foram diagramadas no editor de textos disponível na Plataforma de estudos, a qual dispõe de diversos recursos didáticos para a disposição dos conteúdos, tais como objetos virtuais de aprendizagem, a saber: animações, interações e ilustrações. Utilizou-se um vídeo inicial, que descreve os propósitos da realização do curso online.

O sistema de avaliação ocorre "em processo", na forma "online", na medida em que avançam os estudos, da seguinte forma:

- ao concluir cada unidade de estudo, na forma online, o enfermeiro/estudante respondeu a um exercício composto de três questões objetivas, que podem ser respondidas tantas vezes quantas forem necessárias. Essas questões abordaram os conteúdos estudados em cada unidade de estudo. Esta etapa demandou 100% de

acerto. Ao conjunto de todos os exercícios de um Núcleo Temático foi atribuída a nota 10 (dez);

- avaliação “Online”, abrangeu todas as unidades de estudo do Núcleo Temático, composta por oito questões, sendo quatro vistas na avaliação das unidades de estudo e mais quatro transversais e avaliaram a inter-relação entre os conteúdos. Esta avaliação pode ser efetuada duas vezes, sendo aproveitada a maior nota obtida, de zero a 10 (dez);

Da ponderação da Nota dos Exercícios de um Núcleo Temático (peso 3) e da Nota da Avaliação “online” do Núcleo Temático (peso 7) resultou na Nota do Núcleo Temático, a qual foi considerada a Nota da capacitação. Para estar apto para a coleta de dados, o enfermeiro/estudante obteve nota da capacitação igual ou superior a 7,0. Em relação a efetividade dos estudos no período do curso, a plataforma virtual calcula o ‘Índice de Andamento’, o qual considera proporcionalmente o número de matriculados, cancelados, desistentes, alunos estudando e concluintes.

3.7.1.10 Elaboração da planilha online para registro dos dados

Para a elaboração da planilha online foi empregada uma ferramenta livre - o *Google Docs*, que possibilitou o armazenamento dos dados na instituição de origem, e posterior verificação pelo pesquisador, bem como a geração de relatórios *online* de acompanhamento. A definição das colunas da planilha baseou-se nos itens da versão final do instrumento. Cada instrumento foi definido em uma aba da planilha, que permite o uso de tantas linhas quantas forem necessárias, de acordo com o número de sujeitos participantes da pesquisa.

O acesso à planilha foi disponibilizado em *link* e proporciona que a digitação dos dados seja feita no local em que eles foram gerados, com possibilidade de dupla checagem, implicando na redução de viés da pesquisa por informações proveniente de erros de digitação.

3.7.2 Fase 2 – Procedimento empírico: aplicação do sistema de coleta de dados

Esse tópico descreve o protocolo de coleta de dados, as etapas e atribuições dos colaboradores, a composição e capacitação das equipes, a preparação para a coleta de dados, a coleta dos dados empíricos, e o registro dos dados.

3.7.2.1 Protocolo de coleta de dados: etapas e atribuições dos colaboradores

Para validação do sistema de coleta de dados, foram adotadas as informações disponíveis nos manuais de coleta de dados da LPZ traduzidos (LPZ, 2010; 2011), conforme FIGURA 5:

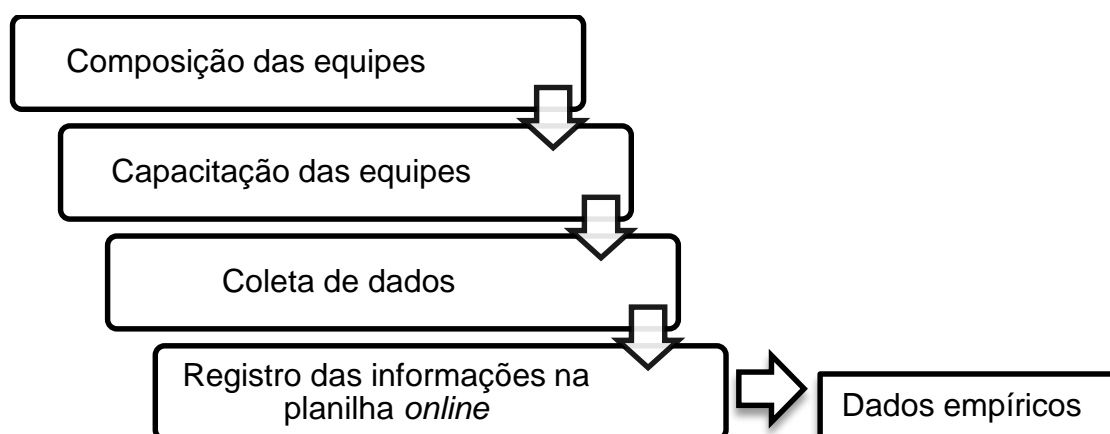


FIGURA 5 - ETAPAS DA APLICAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS.
FONTE: O Autor, (2013), adaptado de LPZ (2010).

As atribuições dos colaboradores da pesquisa na etapa de aplicação do sistema foram:

- Pesquisador: responsável pela coleta global de dados em todos os hospitais de ensino participantes. Constitui-se como referência aos coordenadores ao longo do processo de preparação das equipes, estrutura da pesquisa, coleta de dados e registro das informações.
- Coordenador: responsável pela preparação e aplicação do sistema de coleta de dados no hospital de ensino.

o Coletadores de dados: enfermeiros/estudantes que coletam os dados e preenchem os formulários de registro da coleta de dados (LPZ, 2010). e procedem o preenchimento da avaliação dos formulários.

Especificamente, o coordenador local assume as seguintes funções na pesquisa: selecionar as unidades clínicas para a participação na coleta de dados, reunir os enfermeiros/estudantes que comporão as equipes de coletadores de dados, apoiar a equipe na coleta de dados.

O coordenador divide a equipe de coletadores entre as unidades clínicas (conforme a especificação do hospital de ensino). Duas equipes foram formadas:

- Equipe A: composta de enfermeiros que trabalham no hospital de ensino.
- Equipe B: composta por um número de enfermeiros/estudantes independentes que são especialistas sobre os problemas de cuidados e que visitam as unidades clínicas de acordo com uma lista previamente feita pelo coordenador para o dia da coleta de dados.

Os coletadores formaram duplas (compostas por um membro da equipe A e outro da equipe B), sendo que a quantidade de duplas foi estipulada de acordo com o número de unidades clínicas e número de leitos da instituição. A LPZ menciona que em média, o tempo de avaliação de um paciente é de oito minutos.

O pesquisador apoiou o coordenador local no processo de composição das equipes.

a) Composição das equipes

Os procedimentos para a composição das equipes foram baseados nas recomendações da LPZ (LPZ 2010), com as adaptações necessárias ao local de estudo. Inicialmente, a Diretoria de Enfermagem da instituição foi contatada e um coordenador local, docente da escola de enfermagem vinculada, foi nomeado.

A Diretoria de Enfermagem sugeriu os nomes dos enfermeiros da Comissão de Cuidados com a Pele que está sendo implementada na instituição para a composição das equipes. O Coordenador local participou de uma reunião da referida comissão, no dia 23 de novembro de 2012, ocasião em que apresentou a pesquisa e convidou os enfermeiros, que compuseram a Equipe A. Foram obtidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e os respectivos dados cadastrais para a liberação da capacitação online.

Os estudantes (Equipe B) foram convidados durante a reunião do grupo de pesquisa TIS/UFPR no dia 27 de novembro de 2012, e foi seguido o mesmo encaminhamento da reunião com os enfermeiros.

Os critérios para a composição das equipes foram: ser enfermeiro ou estudante (acadêmico de enfermagem, mestrando ou doutorando) interessado pelo tema úlceras por pressão, ter disponibilidade de participar da capacitação e da coleta de dados. O período para a finalização da capacitação foi de 10 dias, e ao realizar o convite, os enfermeiros/estudantes foram informados dos pré-requisitos para a sua participação: dedicação de tempo de até 30 horas, possuir um computador, um e-mail pessoal e acesso estável à internet.

b) Capacitação das equipes

Para a realização da capacitação dos coletadores utilizou-se o material educativo elaborado para essa finalidade, disponível em uma Plataforma virtual de estudos.

O acesso ao ambiente de estudos foi fornecido pela pesquisadora, por meio de um *login* e senha, digitado no site de acesso à Plataforma. Todas as equipes realizaram seus estudos no período de 01 a 10 de dezembro de 2012. Essa etapa da capacitação foi integralmente à distância, pela internet, com acompanhamento online de uma enfermeira tutora, a fim de apoiar e solucionar as eventuais demandas.

Ao final da capacitação, o coordenador local esclareceu dúvidas sobre a coleta de dados em reuniões, as quais aconteceram nos dias 10 e 11 de dezembro, com as equipes A e B, respectivamente.

c) Preparação para a coleta de dados

De acordo com o protocolo da LPZ (2010), a preparação para a coleta de dados consiste na elaboração de um cronograma pelo coordenador, com a distribuição das unidades entre as equipes de coletadores. Cada unidade é avisada sobre o cronograma de coleta de dados antecipadamente, e a colaboração acerca da disponibilização de prontuários e informações sobre os pacientes internados é solicitada ao enfermeiro da respectiva unidade clínica.

Para a LPZ, todos os pacientes e/ou familiares são informados no dia anterior à coleta de dados sobre o objetivo e o procedimento de coleta de dados, com vistas à

assinatura do TCLE, a qual é fator determinante para a avaliação do paciente. Esse item não foi viável no desenvolvimento dessa pesquisa, visto que a rotatividade de pacientes é elevada, com taxa de ocupação de 75,4 no mês de outubro de 2012. (HC/UFPR), sendo adotada a assinatura no momento da avaliação do paciente.

Na véspera da coleta de dados, dia 11 de dezembro de 2012, o coordenador local definiu, em conjunto com a Diretoria de Enfermagem, as unidades clínicas que seriam incluídas na coleta de dados, a partir da análise dos relatórios de internação, disponíveis no sistema de informação hospitalar. Todas as unidades que possuíam pacientes internados nesse dia foram incluídas no estudo.

A partir dos exemplos da LPZ (2010) e da listagem de unidades clínicas participantes, foram compostas as duplas (um membro da equipe A e um da equipe B), o cronograma da coleta de dados (com a numeração das unidades) e um *checklist* para a confecção dos kits.

Os kits foram organizados em envelopes identificados para cada unidade clínica, e continham material de apoio (uma prancheta plástica, duas canetas, um lápis, uma borracha, lentes transparentes⁸, o manual explicativo traduzido para o preenchimento dos instrumentos (LPZ, 2010) e uma ficha contendo os escores da escala de Braden/ Braden Q), instrumentos de coleta de dados (um instrumento 2, instrumentos 3 e 3a - de acordo com o número de pacientes internados, dois questionários de avaliação dos respectivos instrumentos e da avaliação global do sistema (um para cada avaliador), e duas vias dos Termos de Consentimento Esclarecido para cada paciente - de acordo com a faixa etária dos pacientes internados nas unidades clínicas).

No dia 11 de dezembro de 2012, todas as unidades participantes foram visitadas pela pesquisadora e coordenadora local, com a finalidade de comunicar os enfermeiros e os gerentes de enfermagem, por meio de uma carta de apresentação (APÊNDICE 7) da coleta de dados. A Diretoria de Enfermagem também enviou

⁸ Foram utilizadas lentes de óculos (sem grau) suficientes para a quantidade de pacientes internados, sendo que na área crítica foi utilizada uma lente por paciente.

comunicados a todos os responsáveis pelas unidades e ao diretor de ensino, pesquisa acerca da realização da coleta de dados.

d) Coleta de dados empíricos

A coleta de dados foi realizada no dia 12 de dezembro de 2012, das 07h00min às 17h00min. Inicialmente, foram impressos os relatórios de internação do sistema de informação hospitalar do dia, a fim de que os kits fossem conferidos e ajustados de acordo com o número de pacientes por unidade clínica, bem como que os pacientes fossem sequencialmente numerados (codificados para o anonimato) pelo coordenador local.

Os kits conferidos foram distribuídos aos coletadores conforme o andamento da coleta, com o acompanhamento direto das equipes pelo coordenador local. A pesquisadora acompanhou o processo observando o andamento da coleta, sem interferências diretas aos coletadores, apenas como apoio do coordenador.

Os pacientes foram codificados com numeração sequencial, previamente indicada no relatório de internação do dia da coleta de dados, de modo que o número do último paciente foi o total de pacientes avaliados no hospital de ensino.

O preenchimento dos instrumentos ocorreu da seguinte forma:

- Instrumento 1, registro pelo coordenador local;
- Instrumentos 2 foram preenchidos com apoio dos enfermeiros das unidades clínicas;
- Instrumentos 3 e 3a foram registrados pelos coletadores (enfermeiros/estudantes).

Conforme descrito anteriormente, as orientações para o preenchimento dos instrumentos, obtidas na tradução do manual da LPZ (2010) fizeram parte do material de apoio do kit, a fim de evitar vies no preenchimento.

Ao receber o kit, cada dupla realizou a coleta de dados na respectiva unidade clínica designada, a qual se iniciava com o convite do paciente a participar, assinatura dos termos de consentimento, pelo paciente e/ou responsável, avaliação do paciente e complementação dos dados em prontuário. Um único instrumento 3 e 3a foram preenchidos por paciente, mediante o consenso dos dois avaliadores.

A Diretoria de Enfermagem do hospital de ensino disponibilizou uma sala para a organização da coleta de dados, na qual permaneceram a pesquisadora e o coordenador local, bem como ficaram organizados os kits da coleta. Na medida em

que a coleta nas unidades clínicas terminava, a coordenadora local conferia todos os instrumentos e lacrava os envelopes.

Ao final da coleta de dados em cada unidade, cada coletador preencheu o questionário de avaliação dos instrumentos 2, 3 e 3a. E, ao final da sua participação na coleta de dados, preencheu o questionário de avaliação global do sistema (APÊNDICE 8). O coordenador local preencheu a avaliação do Instrumento 1. Esses questionários de avaliação do sistema foram incluídos para fins de validação do sistema, visto que não fazem parte do protocolo de coleta de dados.

e) Registro das informações

O coordenador agrupou todos os envelopes lacrados após a coleta de dados. No período de 07 a 18 de janeiro de 2013, os dados foram registrados na planilha *online*, por quatro bolsistas de iniciação tecnológica.

A planilha online pode ser utilizada no local aonde os dados foram gerados, visto que a digitação independe de especificidades técnicas de sistemas operacionais, é realizada mediante conexão de internet. Contudo, nesse piloto, optou-se pela digitação dos dados por bolsistas, com vistas a sua validação.

O registro das informações iniciou com a definição da codificação dos instrumentos conforme as colunas da planilha e a duplicação da sua estrutura (em versão idêntica) para um arquivo do Excel®, versão Office 2010® (extensão *xlsx*).

As bolsistas compuseram duplas, e a digitação dos dados nas planilhas online e do Excel foi independente. Adotou-se um diário para registro das informações, padronização da digitação dos dados e salvamento dos arquivos. Os dados foram salvos em pastas separadas, e o controle da digitação foi efetuado por um *checklist*.

Destaca-se que ao longo da digitação, a planilha online é salva automaticamente, mediante conexão com a internet, e ao final de cada dia foi exportada para Excel® *xlsx*, com nome 'planilha it1.xlsx', sequencialmente. A planilha do Excel® foi salva de igual forma e extensão.

De posse dos dados registrados em ambas as planilhas, os dados duplicados nas planilhas em Excel® foram comparados, a fim de esclarecer lacunas e divergências na digitação dos dados. Utilizou-se fórmula lógica (=SE('inst2 e!'A33='inst2 g!'A33;0;1)), a qual verifica se uma condição foi satisfeita e retorna um valor se for verdadeiro (valor 0) e outro se for falso (valor 1).

Após a identificação das divergências entre as planilhas, adotou-se um banco final, o qual foi corrigido a partir da verificação dos instrumentos de coleta de dados, e utilizado para fins da análise dos dados.

Os questionários de avaliação do sistema preenchidos pelos coletadores foram digitados em planilha Excel[®] pela pesquisadora.

3.7.3 Fase 3 – Procedimento analítico para validação do sistema

Essa fase concerne à aplicação da análise estatística e dos aspectos qualitativos de dois tipos de dados obtidos nas fases anteriores, a saber: 1. Dados empíricos, resultantes da aplicação do sistema de coleta de dados – digitados na planilha online, e, 2. Avaliação do sistema de coleta de dados, verificada a partir do preenchimento dos formulários específicos pelos coletadores de dados.

A análise dos dados empíricos foi realizada tendo como parâmetro o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a), e não ao dado clínico obtido.

Os dados da avaliação do sistema de coleta de dados foram organizados em dois itens: avaliação dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a), e, avaliação global do sistema (material educativo e de apoio, e, protocolo de coleta de dados), obtidos partir de formulários específicos a essa finalidade, os quais foram preenchidos por ambos os coletadores da dupla após a coleta de dados em cada clínica e no encerramento das atividades, respectivamente.

A validação dos instrumentos de coleta de dados foi organizada em blocos, de acordo com as características das informações contidas nos mesmo, a saber: instrumentos 1, 2 e 3 possuíam dois blocos (A e B), e o instrumento 3a foi constituído por três blocos. Em cada bloco, foram verificados o preenchimento das informações e a adequação das fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente). Em todos os instrumentos, a validação foi baseada em respostas do tipo escala de Likert de quatro pontos - do adequado ao inadequado, sendo que cada ponto da escala foi definido conforme a legenda contida no QUADRO 4.

ESCALA	ITEM 1 – Preenchimento das informações	ITEM 2 – Fontes consultadas
1. Adequado	Facilidade de preenchimento das informações	As fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) foram adequadas
2. Parcialmente adequado	Alguns itens de difícil preenchimento	As fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) não atenderam todas as informações requeridas.
3. Parcialmente inadequado	As informações solicitadas não atendem a especificidade da clínica avaliada	As fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) dificultaram o preenchimento das informações.
4. Inadequado	Impossibilidade de preenchimento das informações	As fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) não possibilitaram o preenchimento das informações.

QUADRO 4 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

FONTE: O autor (2013).

As variáveis de cada bloco dos respectivos instrumentos foram analisadas, de acordo com os dois itens 'preenchimento das informações e a adequação das fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente)', de acordo com agrupamento das unidades clínicas por área, de acordo com as características e com vistas a facilitar a análise dos dados (QUADRO 5), e complementada pelo agrupamento de variáveis sociodemográficas (Instrumento 3) e clínicas (Instrumento 3a), a partir da análise conjunta dos dados desses instrumentos.

ÁREA	UNIDADES CLÍNICAS
Unidades críticas Adulto	CTI Adulto TMO Semi-intensiva QT Alto risco CTI Adulto II Leito Observação CTI Cardiológica UDT
Pediatria	Cir Ped Pediatria UTI Ped SEC Pediatria Infecto-Pediatria Hematopediatria
Clínica Médica	Infectologia Clinimed Mas Neurologia Clinimed Fem Oftalmo Otorrino Cardiologia Unidade AVC
Cirúrgica Adulto	Orto/trauma CAD Cirurgia Geral Neurocirurgia Cirurgia Plástica Urologia Transplante Hepático Cirurgia Vascular
Materno-infantil	Obstetrícia Ginecologia Emergência Obstétrica UTI Neonatal Risco Intermediário RN Alojamento RN Internação

QUADRO 5 - AGRUPAMENTO DAS UNIDADES CLÍNICAS EM ÁREAS.

FONTE: O autor (2013). NOTA: Nesse agrupamento constam somente as unidades que possuíam pacientes internados no dia da coleta de dados.

A avaliação global do sistema foi obtida a partir do preenchimento de um formulário específico (APÊNDICE 8) no momento em que o coletador finalizou a coleta em todas as unidades clínicas que ficou encarregado no cronograma elaborado pelo coordenador local. O formulário foi composto por questões que incluíam a avaliação de quatro pontos fundamentais: a) adequação do sistema à clínica avaliada, b) viabilidade de aplicação do sistema (instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados, material educativo), c) material educativo e, d) material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta). Esses itens foram avaliados por Escala de Likert de quatro pontos – do inadequado ao adequado, e ao final foi disponibilizada a opção sugestões, para que o coletador manifestasse sua opinião

acerca da aplicação do sistema de coleta de dados, as quais foram incorporadas na análise dos dados quantitativos. Além disso, a concordância da avaliação entre os coletadores da mesma unidade clínica foi obtida a partir da codificação das respostas entre avaliador 1 e avaliador 2. Ao final, considerou-se as respostas válidas como 'total de respostas ao item', cuja análise conjunta representou a avaliação global do respectivo instrumento de coleta de dados.

Os dados obtidos foram processados e analisados no programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13.0. Foram realizadas análises descritivas, de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) das variáveis quantitativas, bem como frequência simples para as variáveis categóricas.

Pela natureza dos dados, foram selecionados os testes Qui-quadrado, Anova e Teste t para amostras independentes, com nível de significância $\alpha=0,05$.

3.7.3.1 Análise da validade do sistema de coleta de dados

A validade do sistema de coleta de dados foi analisada pela 'validação de conteúdo', considerando que o objetivo central desse tipo de validação é verificar se os componentes do instrumento em questão contemplam os atributos que se almeja mensurar. (ECHEVARRÍA-GUANILO *et al.*, 2006). Não foi realizada a validação de construto por não ter sido verificado se os domínios que constam no instrumento são apropriados e seguem os objetivos, bem como a realização de análise fatorial e de consistência interna. Da mesma forma, a validação de critério não foi realizada pela ausência de instrumentos similares como critério. (PASQUALI, 2011).

Nessa direção, a validação de conteúdo foi realizada por especialistas em dois momentos: 1) na avaliação pelo comitê de especialistas e na avaliação semântica, durante o processo de tradução e adaptação transcultural, e, 2) na avaliação pelos coletadores (enfermeiros/estudantes).

Os especialistas que compuseram o comitê de especialistas eram profissionais da saúde, atuavam na assistência, docência ou pesquisa na área de úlcera por pressão, possuíam domínio da língua inglesa, aceitaram proceder à avaliação dos instrumentos e participar da reunião de consenso. A validação de conteúdo dos

instrumentos de coleta de dados na fase 1 (tradução e adaptação transcultural) foi baseada nas opções 'concordo e discordo' e a possibilidade de sugestões a cada item dos instrumentos. Na reunião de consenso, todas as divergências foram discutidas, conforme explicitado anteriormente, até a confirmação dos especialistas acerca da compreensão do item e de que esse mensura o construto desejado na realidade brasileira.

O segundo grupo de especialistas foram os coletadores de dados, pois foram previamente capacitados, possuíam conhecimento prévio sobre as úlceras por pressão e sobre as rotinas do local de aplicação do sistema (enfermeiros). A verificação da adequação do sistema de coleta de dados em relação aos atributos que se almeja mensurar foi confirmada nessa avaliação dos coletadores (enfermeiros/estudantes), a partir dos dados obtidos na avaliação dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a) e no formulário de avaliação global do sistema.

3.7.3.2 Análise da consistência interna do sistema/instrumentos

A análise da consistência interna foi limitada pela característica das variáveis. Procedeu-se a análise descritiva, qualitativa, visto que as escalas não permitiam análise do Alfa de Cronbach, pois as variáveis eram de natureza qualitativa, não matemáticas.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Esse capítulo apresenta os resultados obtidos de acordo com o fluxograma das fases de pesquisa organizados em três tópicos: A) Fase 1: procedimento teórico - tradução e adaptação transcultural dos instrumentos de coleta de dados, B) Fase 2: procedimento empírico - aplicação do sistema de coleta de dados, e, C) Fase 3: procedimento analítico –validação do sistema.

4.1 FASE 1: PROCEDIMENTO TEÓRICO - TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A tradução por dois bilíngues resultou em duas versões traduzidas de maneira independente. A análise de divergências apontou 131 linhas dos instrumentos 1, 2, 3 e 3a (44,7% do total de linhas, n=293), as quais foram discutidas uma a uma na reunião com as tradutoras, da qual se obteve a versão de consenso 1.

Essa versão de consenso foi encaminhada a sete especialistas, que devolveram sua análise, bem como sugestões de melhoria na tradução ou itens para discussão acerca da aplicabilidade na realidade brasileira. Foram identificados 77 linhas dos instrumentos divergentes (n=293, 26,2%), as quais foram discutidas na reunião de especialistas. A condução dessa reunião foi centrada na discussão de termos técnicos, do contexto de saúde brasileira e das medidas de prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

Em relação à estrutura do instrumento de coleta de dados, os especialistas sugeriram a modificação do termo grau por estágio para classificação das úlceras, bem como a inclusão de esclarecimentos da definição dos tipos de instituições aos coletadores (a qual foi inserida no curso online), e a substituição do termo ‘unidades de alta dependência’ por ‘unidade de cuidados críticos/semicríticos’.

A versão de consenso dos especialistas foi submetida à retro tradução do português para o inglês por dois tradutores independentes. Essa versão retro

traduzida foi encaminhada para o Painel da LPZ⁹, o qual resultou em recomendações referentes à nomenclatura adotada e a análise da aplicação desses termos no sistema de saúde brasileiro. Por sugestão do Painel, foi agregada a Escala de Braden Q para avaliação de crianças de 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias, utilizando a tradução e adaptação transcultural, bem como as recomendações de aplicação de Maia (2007) e Maia *et al.* (2011). Os principais pontos e recomendações do Painel da LPZ estão transcritos a seguir:

● **Instrumento 1:** os pesquisadores da LPZ sugeriram incluir na caracterização da instituição se a mesma possui um comitê multidisciplinar de cuidados com a úlcera ao invés de um comitê de prevenção. Essa inclusão na versão 2011 do instrumento foi necessária para ampliar a abordagem de cuidados das lesões e não se restringir à prevenção, e foi realizada na atualização do instrumento em 2012 pela LPZ (posteriormente ao envio do mesmo para tradução).

● **Instrumento 2:** discutiu-se a unidade de avaliação aguda (item que compõem a tradução literal) e que foi substituída por urgência e emergência e ambulatório. A ponderação do painel foi em relação à coleta de dados nesses locais de curta permanência, visto que nos Países Baixos essa unidade não é incluída. Justificou-se a manutenção dessas unidades na pesquisa, considerando que no hospital de ensino desse estudo os pacientes ficam em observação nesses leitos aguardando internação, o que pode ocorrer por tempo indefinido. Outro ponto de discussão foram as clínicas especializadas em cuidados com idosos, tais como as instituições psiquiátricas (tradução literal).

● **Instrumento 3a:** foi mencionada a ausência do colchão de sobreposição nas medidas preventivas, pois na versão de consenso dos especialistas havia sido excluído, e substituído pela opção colchão caixa de ovo. Na versão final, o primeiro foi incluído e o colchão caixa de ovo foi mantido, com a justificativa de que ainda é utilizado na realidade brasileira.

⁹ Consulta aos pesquisadores da LPZ para comparação entre a versão original do instrumento e essa versão retro traduzida (técnica de descentramento), realizada em julho de 2012.

As considerações do Painel da LPZ foram incluídas e revisadas na versão final do instrumento, que foi submetido ao pré-teste, etapa final da tradução e adaptação transcultural.

O pré-teste dos instrumentos de coleta de dados foi realizado no dia 29 de novembro de 2012, às 13h30min com as orientações iniciais para a coleta, fornecidas pela coordenadora local. As 14h00min os trios se dirigiram às respectivas unidades clínicas e ao final preencheram a avaliação da tradução, a qual contemplava as sugestões. Na etapa do pré-teste foram efetuadas sugestões pelos trios em relação ao procedimento de coleta de dados, os participantes mencionaram a importância dos cartões explicativos das Escalas de Braden e Braden Q contidos no protocolo de coleta de dados, e sugeriram que as orientações para o preenchimento do instrumento fossem fornecidas em impresso no dia da coleta de dados. Percebeu-se a dificuldade na numeração dos clientes nos instrumentos 3 e 3a, e a importância de organizar os formulários da coleta de dados com base nos relatórios do sistema de informação hospitalar.

Durante a observação da coleta, evidenciou-se o perfil das unidades clínicas, com destaque a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual possuía a maioria dos pacientes em isolamento de contato, o que tornou a coleta mais demorada. Além disso, nas unidades em que o enfermeiro colaborou prontamente no fornecimento de informações para o preenchimento do instrumento 2, a coleta de dados foi mais ágil.

Em relação ao pré-teste dos instrumentos 3 e 3a, os participantes destacaram a dificuldade de preenchimento dos dados somente com a consulta ao prontuário, devido a demora em verificar todos os registros e a falta de informações sociodemográficas. Assim, sugeriram que algumas dessas informações fossem obtidas diretamente com o paciente ou familiar, nas situações possíveis. Além disso, nos instrumentos 3 e 3a foi adicionado o estágio indefinido da úlcera por pressão, de acordo com as recomendações da EPUAP/NPUAP (2009). Sobre a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, percebeu-se a dificuldade em aplica-lo no dia anterior a coleta de dados, conforme o protocolo da LPZ, devido à alta rotatividade dos pacientes internados, bem como a dificuldade de preenchimento por alguns pacientes analfabetos.

De maneira geral, o pré-teste resultou na confirmação da compreensão dos termos traduzidos, na aproximação com o protocolo de coleta de dados, com conseqüente organização do passo a passo da coleta de dados.

4.2 FASE 2: PROCEDIMENTO EMPÍRICO - APLICAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS

Nesse tópico serão explanados os resultados da aplicação dos itens que compõem o sistema de coleta de dados, na ordem de sua ocorrência, desde o recrutamento e capacitação das equipes com o material educativo, o perfil dos coletadores, os procedimentos adotados na coleta de dados, a digitação dos dados na planilha online e os dados empíricos obtidos (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a).

Para tanto, serão apresentados dois tópicos: A) procedimentos adotados na aplicação do sistema e, B) dados empíricos obtidos.

4.2.1 Procedimentos adotados na aplicação do sistema

Recrutamento e Capacitação das equipes

Foram recrutados pelo coordenador local 34 participantes (16 enfermeiros – Equipe A, e 18 enfermeiros externos/estudantes – Equipe B), os quais atenderam aos critérios de inclusão e foram cadastrados na Plataforma de estudos para realização da capacitação online. O coordenador local também participou da capacitação online, totalizando 35 inscritos.

A tutora manteve contato com os inscritos por e-mail, e no momento do cadastro na Plataforma, o participante recebeu as boas-vindas.

A Plataforma de estudos foi acessada 151 vezes pelos inscritos, com média de cinco acessos por participante, em tempo total de 115,55 minutos de permanência (média 34,76 minutos) (FIGURA 6).

	Registro	Quantidade	Tempo Total (min)	Tempo Médio (min)
1	751	1	85	85
2	797	4	27	6.75
3	746	-	-	-
4	742	6	177	29.5
5	781	2	97	48.5
6	800	10	89	8.9
7	747	2	106	53
8	749	8	127	15.88
9	796	3	56	18.67
10	750	2	102	51
11	747	14	261	18.64
12	782	8	123	15.38
13	802	4	61	15.25
14	756	4	141	35.25
15	793	2	241	120.5
16	856	-	-	-
17	795	4	162	40.5
18	753	3	252	84
19	755	5	183	36.6
20	758	6	162	27
21	794	2	48	24
22	754	3	69	23
23	740	7	36	5.14
24	744	6	164	27.33
25	801	1	111	111
26	744	2	54	27
27	752	6	73	12.17
28	748	3	77	25.67
29	759	2	97	48.5
30	745	6	140	23.33
31	743	10	138	13.8
32	780	8	150	18.75
33	757	2	8	4
34	741	4	164	41
35	795	1	32	32
		4.58	115.55	34.76

FIGURA 6 - RELATÓRIO DE ACESSOS

FONTE: Plataforma virtual, posição em 12/12/12. Curitiba-PR. NOTA: Percentual destacado <70%. O registro se refere o número de inscrição dos participantes no curso.

Os acessos foram concentrados no domingo e segunda, com 32 (21%) e 42 (28%), respectivamente, conforme GRÁFICO 1. O período do dia com maior número de acessos foi à noite, das 19h00min às 23h00min, (57 acessos, sendo 21 acessos às 20h00), seguido do período da tarde, das 13h00min às 18h00min, (49 acessos), da manhã, das 07h00min às 12h00min, e da madrugada, das 00h00min às 06h00min, com 34 e 11 acessos, respectivamente (FIGURA 7). A média de acessos também foi superior à noite (11 acessos), GRÁFICO 2.

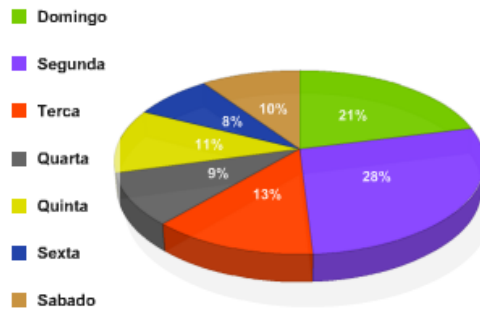


GRÁFICO 1 - RELATÓRIO DE ACESSOS POR DIA DA SEMANA
 FONTE: Plataforma virtual, posição em 12/12/12. Curitiba-PR.

HORA	D	S	T	Q	Q	S	S	TOT
0-6		6			3		2	11
7							1	1
8		1			1	1	1	4
9	2	5	2		1	1	1	12
10	1	2						3
11	2	2	1				1	6
12	3	2				2	1	8
13	2	2			1		2	7
14	3		2	1			4	10
15	2	12		2				16
16		2						2
17		2		1				3
18	4		2	1	2		2	11
19	4		3	2	2	3		14
20	2	2	6	5	6			21
21	2	2	2			1		5
22	5	1	1		1			8
23	2	1		2		4		9
TOT	32	42	19	14	17	12	15	151

FIGURA 7 - RELATÓRIO DE HORÁRIOS DOS ACESSOS
 FONTE: Plataforma virtual, posição em 12/12/12. Curitiba-PR.

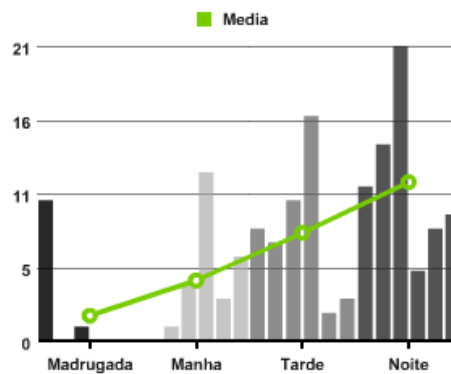


GRÁFICO 2 - RELATÓRIO DE ACESSOS POR PERÍODOS DO DIA
 FONTE: Plataforma virtual, posição em 12/12/12. Curitiba-PR.

Ao longo do curso, a tutora acompanhou a unidade estudo (UE) do Núcleo Temático (NT) em que o aluno estava estudando por meio do relatório de andamento dos estudos, gerado diariamente pelo sistema de gerenciamento acadêmico da Plataforma virtual, o que possibilitou os contatos por e-mail com os participantes que não estavam evoluindo em seus estudos.

Ao final do curso, 32 participantes concluíram a última unidade do curso (UE), e três não iniciaram os estudos.

As notas da disciplina foram obtidas pela média ponderada da Nota dos Exercícios de um Núcleo Temático (valor 10, peso 3) e da Nota da Avaliação “online” do Núcleo Temático (valor 10, peso 7). Todos os participantes obtiveram nota 10 nos exercícios, visto que concluíram todas as unidades do curso. Na avaliação online, a maioria obteve nota 10,0 (45,71%), seguida da nota 8,8 (37,14%), com média da turma 8,48. Em relação às notas da disciplina, a média da turma foi 8,7, dos quais a maioria (n=14) obteve nota 10,0. Os três alunos que nunca acessaram a plataforma virtual ficaram com nota 0,00.

Dessa forma, dos 35 participantes recrutados, 91,42% (n=32) concluíram o curso, o que totalizou um índice de andamento¹⁰ de 86,85%. Os dados de andamento da turma são visualizados no QUADRO 6:

Matriculados	35	100%
Cancelados	0	0,00%
Desistentes	0	0,00%
Nunca acessaram	3	8,57%
Concluíram	32	91,43%
Índice de Andamento		86,85%

QUADRO 6 - ÍNDICE DE ANDAMENTO DA TURMA

FONTE: Plataforma virtual, posição em 12/12/12. Curitiba-PR.

Após o término do curso online, o coordenador local realizou uma reunião com cada equipe para orientações. A reunião da equipe A contou com 11 participantes, e da B 13 participantes, ambas tiveram duração aproximada de 60 minutos, e como recurso, utilizou-se uma apresentação multimídia.

Na reunião, foram ressaltados e sintetizados alguns itens abordados no curso, tais como as atribuições dos envolvidos na pesquisa, a população do hospital

¹⁰O índice de andamento é calculado pela Plataforma Virtual, proporcionalmente ao número de matriculados, cancelados, desistentes, alunos estudando e concluintes. Esse índice expressa a efetividade dos estudos no período do curso.

pesquisada, os critérios de inclusão e exclusão, o preenchimento dos instrumentos, e os procedimentos para avaliação da aplicação do sistema.

O objetivo central das reuniões foi a explanação do passo a passo da coleta de dados, desde o convite do paciente e assinatura dos termos de consentimento, a identificação do número do cliente, conforme ordem contida no cronograma, a complementação dos dados no prontuário do paciente e a organização dos instrumentos.

Em relação à avaliação do paciente, o coordenador fez alguns lembretes sobre as localizações mais comuns das úlceras por pressão e as técnicas para verificação do eritema não branqueável (pressão com o dedo e lente transparente). Os coletadores foram orientados sobre o uso das lentes transparentes, a saber: desinfecção com álcool a 70% para reutilização em pele íntegra, e descarte em caso de pacientes em isolamento ou em áreas críticas. Complementou-se sobre a avaliação de risco e as especificidades da avaliação dos adultos (Escala de Braden) e das crianças de 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias (Escala de Braden Q). Além disso, a abertura do curativo foi questionada pelos enfermeiros, e adotou-se que os curativos especiais seriam mantidos e os de gaze e fita poderiam ser abertos e refeitos pela equipe de coleta de dados ou de enfermagem da unidade clínica.

Ressaltou-se a importância do preenchimento dos questionários específicos de avaliação da aplicabilidade do sistema ao final da coleta de dados.

Coleta de dados: perfil dos coletadores

Dos 32 aprovados na capacitação online, participaram da coleta de dados 29 coletadores, 86,2% do sexo feminino, com média de idade de 32 anos, (mínimo 21 e máximo 60 anos), dos quais 13 estudantes e 16 enfermeiros¹¹, conforme TABELA 1:

¹¹ No perfil dos coletadores se empregou a diferenciação entre estudantes e enfermeiros, de acordo com a formação profissional e não necessariamente a composição das equipes A e B.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS COLETADORES POR NÍVEL DE FORMAÇÃO (N=29)

	Frequência	%
Estudante	13	44,8
Enfermeiro	16	55,2
Total	29	100

FONTE: O autor (2013).

Foram formadas 12 duplas, sendo a equipe A constituída por 13 enfermeiros que atuam na instituição, e a Equipe B composta por 16 integrantes, sendo três enfermeiros externos e 13 estudantes. Para tanto, houve revezamento dos integrantes das equipes nas duplas, devido à disponibilidade dos colaboradores participarem apenas em um dos turnos da coleta, por estarem em aula da graduação ou em serviço.

Os 13 estudantes cursavam no mínimo o quarto período e o máximo o décimo. Dessa forma, a maioria dos estudantes (61,5%) já havia ultrapassado a segunda metade do curso (TABELA 2).

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DO PERÍODO DA GRADUAÇÃO EM CURSO PELOS ESTUDANTES (N=13)

Período	Frequência	%	% acumulado
4	5	38,5	38,5
6	2	15,4	53,8
8	2	15,4	69,2
9	1	7,7	76,9
10	3	23,1	100
Total	13	100	

FONTE: O autor (2013).

Os enfermeiros possuíam tempo médio de doze anos de formação (DP=8,645) e de cinco anos de trabalho (DP=3,670). O tempo mínimo de formação foi de um e o máximo de 32 anos (TABELA 3).

TABELA 3 - TEMPO MÉDIO DE FORMAÇÃO E TRABALHO EM ANOS (N=16)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo médio de trabalho em anos	0	11	5	3,670
Tempo médio de formação em anos	1	32	12,06	8,645

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao local de trabalho, a maioria dos enfermeiros atuava em unidades críticas (31,3%), seguido da área Materno Infantil e dos serviços de apoio,

com 18,8% cada. Os serviços de apoio se referiam às áreas ambulatoriais, administrativas e de gestão (TABELA 4).

TABELA 4 - LOCAL DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS (N=16)

	Frequência	%	% acumulado
Enfermeiro externo	1	6,3	6,3
Unidade Crítica	5	31,3	37,5
Pediatria	1	6,3	43,8
Clínica Médica	1	6,3	50
Cirúrgica Adulto	1	6,3	56,3
Materno Infantil	3	18,8	75
Autônomo	1	6,3	81,3
Serviços de Apoio	3	18,8	100
Total	16	100	

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao conhecimento prévio dos coletadores sobre as úlceras por pressão, 58,6% participam de grupo de pesquisa sobre o tema, seguido de 34,5% que possuem conhecimentos da prática clínica no cuidado de feridas, e a opção outros (31%) que foi assinalada pela maioria dos estudantes, e se refere a conteúdos discutidos na graduação em enfermagem. Tais dados demonstram que as equipes foram compostas, em sua maioria com participantes de grupos de pesquisa e que possuem prática clínica, sendo 37% e 21,7%, respectivamente, conforme TABELA 5.

TABELA 5 - CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO DAS EQUIPES (N=29)

	N	%	% de casos
Participa de grupo de pesquisa de UP	17	37,0%	58,6%
Prática clínica	10	21,7%	34,5%
Participa de Comitês de UP	8	17,4%	27,6%
Cursos de feridas/UP	2	4,3%	6,9%
Outros	9	19,6%	31,0%
Total	46	100%	158,6%

FONTE: O autor (2013).

Dentre os enfermeiros, a análise de múltiplas respostas e o cruzamento entre o conhecimento prévio sobre úlceras por pressão e a unidade em que o profissional atua, demonstra predominância da prática clínica em todas as áreas, com destaque

às unidades críticas, cujos profissionais assinalaram todas as opções de conhecimentos prévios, conforme TABELA 6.

TABELA 6 - CONHECIMENTOS PRÉVIOS SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO DOS ENFERMEIROS DE ACORDO COM A ÁREA DE ATUAÇÃO (N=16)

	Tipo de unidade em que trabalha						Serviços de Apoio	Total
	Unidade Crítica	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Autônomo		
Grupo de pesquisa	2	1	0	0	1	0	3	7
Prática clínica	2	0	1	1	2	1	3	10
Participa de Comitês	2	1	0	0	1	1	3	8
Cursos de feridas/UP	1	0	0	0	0	1	0	2
Outros	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	8	2	1	1	2	3	9	

FONTE: O autor (2013).

Coleta de dados: procedimentos adotados

No dia da coleta de dados, no sistema hospitalar constava o registro de 44 unidades clínicas, das quais sete não possuíam pacientes internados no dia da coleta de dados, conforme QUADRO 7:

	CLÍNICA	ESPECIALIDADE	NÚMERO DE LEITOS	LEITOS OCUPADOS
1	Infectologia	Infectologia	12	6
2	Neurologia	Neurologia	13	11
3	CTI Adulto	UTI- Adulto	14	14
4	Orto/trauma	Ortopedia	20	9
5	CAD	Cirurgia do Aparelho digestivo	22	14
7	Cirurgia Geral	Cirurgia Geral	23	15
8	Neurocirurgia	Neurocirurgia	17	8
9	Cirurgia Plástica	Cirurgia Plástica	5	5
10	Urologia	Urologia	22	14
11	Transplante Hepático	Transplante Hepático	10	3
12	Clinimed Mas	Clínica Geral	23	13
13	Clinimed Fem	Clínica Geral	18	12
14	Nefro*	Nefrologia	0	0
15	Iodoterapia	Clínica Geral	2	0
16	Oftalmo	Oftalmologia	5	0
17	Otorrino	Otorrino	14	8
18	Cir Ped	Cirurgia Pediátrica	36	15
19	Pediatria	Pediatria	8	6
20	UTI Ped	UTI Pediátrica	10	6
21	TMO	Hematologia	23	13
22	SEC Pediatria	Emergência Pediátrica	12	5
23	Semi-intensiva	Clínica geral	15	11
24	Obstetrícia	Obstetrícia	28	22
25	Neonato	Neonatalogia	5	0
26	Ginecologia	Ginecologia	26	15
27	QT Alto risco	Hematologia	12	10
28	Emergência Obstétrica	Obstetrícia	10	7
29	UTI Neonatal	UTI Neonatal	15	12
30	CTI Adulto II	Clínica geral	4	4
32	Cirurgia Vascular	Cirurgia Vascular	12	1
35	Infecto-Pediatria	Pediatria	10	4
36	DIA-TMO	Hematologia	12	0
39	Risco Intermediário	Neonato risco intermediário	15	13
40	Leito Observação	Clínica geral	15	9
41	Hematopediatria	Pediatria	8	6
42	Cardiologia	Clínica geral	16	7
43	CTI Cardiológica	UTI Cardíaca	9	8
44	UDT	Clínica geral	4	3
45	UC	Cirurgia geral	3	0
48	RN Alojamento	Neonatalogia	16	13
49	RN Internação	Neonatalogia	10	5
51	Unidade Canguru	Obstetrícia	3	0
52	Unidade AVC	Neurologia	10	6
		TOTAL	573	333

QUADRO 7 - RELAÇÃO DE UNIDADES E LEITOS DISPONÍVEIS/OCUPADOS.

FONTE: O autor (2013). Nota*: unidade de caráter ambulatorial, na qual os pacientes permanecem em diálise e observação.

A organização da coleta de dados iniciou as 7h00min, com orientações sobre os itens dos kits, pelo coordenador local, e a composição das duplas e cronograma de coleta de dados, disposto no QUADRO 8.

	Clínica	N.º leitos	Período	Equipe A	Equipe B
1	Infectologia	12	M	Nomes	Nomes
2	Neurologia	13	M	Nomes	Nomes
3	CTI Adulto	14	T	Nomes	Nomes
4	Orto/trauma	20	T	Nomes	Nomes
5	CAD	22	T	Nomes	Nomes
7	Cirurgia Geral	23	T	Nomes	Nomes
8	Neurocirurgia	17	M	Nomes	Nomes
9	Cirurgia Plástica	5	M	Nomes	Nomes
10	Urologia	22	M	Nomes	Nomes
11	Transplante Hepático	10	M	Nomes	Nomes
12	Clinimed Mas	23	M	Nomes	Nomes
13	Clinimed Fem	18	T	Nomes	Nomes
14	Nefro	0	T	Nomes	Nomes
15	Iodoterapia	2	T	Nomes	Nomes
16	Oftalmo	5	T	Nomes	Nomes
17	Otorrino	14	T	Nomes	Nomes
18	Cir Ped	36	T	Nomes	Nomes
19	Pediatria	8	M	Nomes	Nomes
20	UTI Ped	10	M	Nomes	Nomes
21	TMO	23	M	Nomes	Nomes
22	SEC Pediatria	12	T	Nomes	Nomes
23	Semi-intensiva	15	M	Nomes	Nomes
24	Obstetrícia	28	M	Nomes	Nomes
25	Neonato	5	M	Nomes	Nomes
26	Ginecologia	26	T	Nomes	Nomes
27	QT Alto risco	12	M	Nomes	Nomes
28	Emergência Obstétrica	10	T	Nomes	Nomes
29	UTI Neonatal	15	M	Nomes	Nomes
30	CTI Adulto II	4	M	Nomes	Nomes
32	Cirurgia Vascular	12	T	Nomes	Nomes
35	Infecto-Pediatria	10	M	Nomes	Nomes
36	DIA-TMO	12	M	Nomes	Nomes
39	Risco Intermediário	15	M	Nomes	Nomes
40	Leito Observação	15	M	Nomes	Nomes
41	Hematopediatria	8	M	Nomes	Nomes
42	Cardiologia	16	T	Nomes	Nomes
43	CTI Cardiológica	9	T	Nomes	Nomes
44	UDT	4	T	Nomes	Nomes
45	UC	3	T	Nomes	Nomes
48	RN Alojamento	16	M	Nomes	Nomes
49	RN Internação	10	M	Nomes	Nomes
51	Unidade Canguru	3	M	Nomes	Nomes
52	Unidade AVC	10	M	Nomes	Nomes

QUADRO 8 - CRONOGRAMA DE COLETA DE DADOS DE ACORDO COM O MODELO LPZ.
 FONTE: O autor (2013).

Para definição do cronograma, o coordenador local considerou a proximidade entre as 41 unidades clínicas em que se previam pacientes internados (baseando-se no relatório do hospital do dia anterior à coleta de dados), visto que o hospital de ensino é composto por três prédios interligados. Outros aspectos foram o perfil clínico dos pacientes, as áreas que requeriam isolamento, a quantidade de pacientes em

cada clínica (distribuição igualitária). A síntese do cronograma de coleta está no QUADRO 9.

DUPLA	Unidades (leitos)/ MANHÃ	Unidades (leitos)/ TARDE
1	Neurologia (11), Unidade AVC (6)	Orto-trauma (15)
2		CTI Cardiológica (8), UDT (4), UC (1) Cardiologia (15)
3	Clinimed Masc (16), QT Alto risco (12)	CAD (20), Cirurgia geral (20)
4	UTI Ped (6), Pediatria (6), Hematopediatria (6)	Cirurgia Pediátrica (36), SEC Pediatria (12)
5	UTI Neo (29), Unidade Canguru (3), Neonato (15)	Emergência Obstétrica (10) Ginecologia (26)
6	TMO (23), Dia-TMO (0)	Otorrino (12), Oftalmo (4), Cirurgia vascular (3)
7	Leito Observação (15)	CTI Adulto (14)
8	Urologia (14), Cirurgia Plástica (4), Transplante Hepático (6)	Clinimed Fem (14)
9	Neurocirurgia (11)	
10	CTI Adulto II (4), Semi-intensiva (12)	
11	Obstetrícia (28), RN Alojamento (16), RN Internação (10), Risco Intermediário (15)	
12	Infectologia (12), Infectologia Pediátrica (6)	

QUADRO 9 - CRONOGRAMA DE COLETA DE DADOS POR DUPLAS E PERÍODOS.

FONTE: O autor (2013). Nota: Os valores dos parênteses se referem ao número de leitos em que se previa ocupação, com base no relatório hospital do dia anterior à coleta de dados (11/12/12).

Os kits foram identificados com um número e entregues para a cada dupla. A coordenadora local, de posse do relatório de internamento do dia, atualizou-os, conferindo o código da unidade clínica e a sequência de números dos pacientes, de acordo com as listagens das unidades clínicas.

As 7h30min, as duplas se dirigiram para as unidades clínicas designadas no cronograma e adotou-se o procedimento de entregar o kit de uma unidade por vez, fazendo com que ao término as duplas retornassem à sala aonde se encontravam a coordenadora local e a pesquisadora para conferência e organização do material. Esse procedimento foi efetuado pelos coletadores até integralizar as unidades contidas no cronograma da coleta.

No período das 7h30min às 12h00min foram coletados os dados de 33 unidades clínicas, totalizando 269 pacientes (n=333, 80,78%). O intervalo de almoço entre os coletadores foi alternado e a coleta não foi interrompida. Dessa forma, das 16 unidades previstas, em apenas oito unidades a coleta foi realizada no período da tarde (CTI Adulto, Cardiologia, UTI Cardíaca, Neurocirurgia, Otorrino, Oftalmo, SEC Pediatria, CAD). A última unidade clínica a iniciar a coleta de dados foi a UTI Adulto, às 15h00min, devido às características e dificuldades identificadas no pré-teste.

Nessa unidade, uma dupla fez a avaliação dos pacientes, e três estudantes colaboraram na verificação dos dados dos prontuários dos pacientes.

As 16h00min todos os coletadores finalizaram suas atividades, a coordenadora local e a pesquisadora organizaram os kits e encerraram a coleta de dados às 17h00min.

Ao longo da coleta, o coordenador local esclareceu as dúvidas dos coletadores, sendo que a maioria delas estava contemplada no material de apoio da coleta de dados. Dentre as dúvidas mencionadas pelos coletadores e que extrapolavam o conteúdo desse material de apoio destacam-se: como registrar no Item 10, do Instrumento 3, “os pacientes que fazem uso de Sonda vesical de demora no subitem incontinência?”.

No item 13 do mesmo instrumento, os coletadores mencionaram dificuldades em assinalar as lesões mistas causadas por dermatite e umidade, visto que apenas a última é contemplada no instrumento. Outro ponto de reflexão foi o dado referente à etnia, o qual não estava disponível nos prontuários e foi assinalado pela maioria dos coletadores a partir da avaliação do paciente.

Algumas intercorrências nas unidades clínicas visitadas foram descritas pelos coletadores, tais como paradas cardíacas, paciente em morte encefálica e uso do prontuário pela equipe de saúde, as quais dificultaram a coleta de dados em alguns pacientes.

Devido à alta rotatividade no hospital, foram avaliados 313 pacientes, contudo constavam no sistema de informação hospitalar, 333 internados às 7h00min do dia da coleta de dados. Dessa forma, os pacientes que estavam de alta no momento em que o coletador avaliou a respectiva unidade não foram incluídos, e a numeração sequencial daquele paciente foi redistribuída.

As características do hospital de ensino e das unidades clínicas, e o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes serão descritos adiante.

Planilha online

Os dados coletados foram digitados na planilha online e na planilha Excel duplicada. A planilha online final foi composta por 559 linhas e 241 colunas. Os dados de cada unidade clínica (Instrumento 2), de cada paciente (Instrumento 3) e de cada

úlceras por pressão (Instrumento 3a) foram digitadas nas linhas. Nas colunas foram consideradas as variáveis dos formulários (TABELA 7).

TABELA 7 - QUANTIDADE DE LINHAS E COLUNAS DAS PLANILHAS DIGITADAS

	Linhas	Colunas
Instrumento 2	36	67
Instrumento 3	255	72
Instrumento 3a	268	102
Total	559	241

FONTE: O autor (2013).

A digitação dos dados foi realizada de maneira independente pelas bolsistas de iniciação tecnológica, as quais registravam ao término de cada unidade os dados digitados em um *check list*.

Como ponto positivo da utilização da planilha online destaca-se a possibilidade de digitação dos dados no local aonde foram gerados, otimizando a coleta e análise dos dados. O salvamento/gravação da digitação é automático, quando conectado à rede de internet. A digitação em duplas, nas quais um digita e o outro lê e dita os dados, favoreceu o trabalho.

Os pacientes que possuíam mais de uma úlcera foram duplicados na planilha referente ao instrumento 3a, e as úlceras foram identificadas pela quantidade e número sequencial, para que essa variável pudesse ser analisada separadamente.

A comparação entre as planilhas digitadas independentemente - online e em Excel, resultou no mapeamento das divergências de digitação.

No instrumento 2 foram identificadas apenas duas divergências na digitação dos dados. Nos instrumentos 3 e 3a, foram elencadas divergências entre as planilhas em 68 e 62 linhas, respectivamente. Na verificação das divergências, percebeu-se que a maior causa de erros de digitação foram as rasuras no preenchimento das informações pelos coletadores.

4.2.2 Dados empíricos resultantes da coleta de dados

Nesse item serão expostos os dados empíricos obtidos na aplicação dos instrumentos de coleta de dados (instrumentos 1, 2, 3 e 3a) no dia da coleta de dados.

Foram avaliados 313 pacientes, dos quais 59 (18,9%) foram excluídos por motivos diversos (outros 39%), ou estavam indisponíveis no momento da coleta de dados (32,20%), ou se recusaram a participar da pesquisa (22%). A TABELA 8 apresenta os dados com a análise da opção contida no instrumento de coleta de dados.

TABELA 8 - MOTIVOS DA EXCLUSÃO DOS PACIENTES (N=59)

	N	%
Recusa	13	22,00%
Indisponível	19	32,20%
Comatoso	3	5,10%
Terminal	1	1,70%
Outro	23	39,00%
Total	59	100%

FONTE: O autor (2013).

Contudo, nos instrumentos os coletadores escreveram o motivo da exclusão do paciente quando registraram a opção 'Outro'. Na análise qualitativa dos registros dos coletadores, dentre os pacientes que não participaram por outros motivos, as motivações incluíam a ausência de acompanhante (54,5%), seguido de alta aguardando a liberação (40,9%), conforme TABELA 9. Um paciente era institucionalizado e por isso não poderia assinar o termo de consentimento e não recebia visita de familiares, e por isso foi excluído. No instrumento de um paciente foi assinalada a opção outro, mas não havia o registro da motivação.

TABELA 9 - OUTROS MOTIVOS DA EXCLUSÃO DOS PACIENTES (N=23)

	Frequência	%
Alta	9	39,13
Institucionalizado	1	4,34
Sem acompanhante	12	52,17
Não informado	1	4,34
Total	23	100

FONTE: O autor (2013).

Os dados coletados nos instrumentos 1, 2, 3 e 3a serão expostos a seguir.

4.2.2.1 Instrumento 1 – Dados da instituição

Considerando que o instrumento 1 foi aplicado a uma única instituição, os dados foram descritos qualitativamente, e indicam que o tipo de instituição é um Hospital Terciário (Opção A).

Nos dados relativos à úlcera por pressão, foram assinaladas com a opção 'Sim' os itens 1, 3 e 7, que permitem afirmar que o Hospital possui um Comitê para a prevenção de úlceras por pressão; alguém na instituição foi ou está sendo indicado para atualizar o protocolo de prevenção e/ou tratamento e garantir que este seja aplicado, e, que nos últimos dois anos foram organizados na instituição algum curso de atualização e/ou evento para cuidadores, focando especificamente na prevenção e/ou tratamento de úlceras por pressão, respectivamente.

Destaca-se que os demais itens foram assinalados com a opção 'Não', o que representa que não existe um protocolo/diretriz consensual para a prevenção/tratamento das úlceras por pressão na instituição, que os clientes com úlceras por pressão de estágios II, III ou IV ou inclassificáveis não são notificados a um enfermeiro capacitado/especializado em cuidado de feridas; o número de clientes com úlceras por pressão não é registrado de forma centralizada; não há um protocolo de gerenciamento para produtos de prevenção de úlceras por pressão no nível institucional e departamental, não há disponibilidade de um folheto informativo para clientes e/ou cuidadores sobre a prevenção de úlceras por pressão, e, que a instituição não segue uma política padrão de transferência durante a admissão e alta de um cliente com úlcera por pressão.

4.2.2.2 Instrumento 2 – Dados das unidades clínicas

Foram incluídas 37 unidades clínicas¹², as quais foram assinaladas em dois tipos de instituição diferentes pelos coletadores. A maioria anotou o tipo de hospital no Item A – Hospital Terciário, conforme TABELA 10. Destaca-se que não foram marcadas as opções pediatria, psiquiátrico, reabilitação e ambulatório.

TABELA 10 - TIPOS DE UNIDADE CLÍNICA ASSINALADAS NA OPÇÃO HOSPITAL TERCIÁRIO (N=37)

		Frequência	%
Cirúrgico	Não	26	70,3
	Sim	11	29,7
	Total	37	100
Clínico	Não	29	78,4
	Sim	8	21,6
	Total	37	100
UTI	Não	33	89,2
	Sim	4	10,8
	Total	37	100
Cuidados críticos/semicríticos	Não	34	91,9
	Sim	3	8,1
	Total	37	100
Pediatria	Não	37	100
	Não	33	89,2
Obstetrícia	Sim	4	10,8
	Total	37	100
	Não	34	91,9
Urgência/Emergência	Sim	3	8,1
	Total	37	100
	Não	37	100
Psiquiátrico	Não	37	100
Reabilitação	Não	37	100
Ambulatório	Não	37	100
	Não	34	91,9
Outro	Sim	3	8,1
	Total	37	100
	Não	37	100

FONTE: O autor (2013).

¹² A unidade 16 – Oftalmo foi incluída por ter no dia anterior pacientes internados. Contudo, no momento de coleta de dados, não havia nenhum paciente internado, mas o instrumento 2 foi preenchido com as informações dessa unidade. Na avaliação dos instrumentos 3 e 3a, essa unidade foi excluída.

Contudo, as unidades UTI, cuidados críticos/semicríticos e Pediatria foram assinaladas na opção Hospital Terciário, com 2,7%, 2,7% e 8,1%, respectivamente, conforme TABELA 11.

TABELA 11 - TIPOS DE UNIDADE CLÍNICAS ASSINALADAS NA OPÇÃO HOSPITAL SECUNDÁRIO (N=37)

		Frequência	%
UTI	Não	36	97,3
	Sim	1	2,7
	Total	37	100
Cuidados críticos/semicríticos	Não	36	97,3
	Sim	1	2,7
	Total	37	100
Pediatria	Não	34	91,9
	Sim	3	8,1
	Total	37	100

FONTE: O autor (2013).

Dessa forma, foram assinaladas 41 opções para a descrição dos tipos de unidades clínicas, das quais 12,1% se referiam a Hospital Secundário. Destaca-se que a opção pediatria foi descrita somente nesse último, conforme TABELA 12.

TABELA 12 - TIPOS DE UNIDADES CLÍNICAS ASSINALADAS PELOS COLETADORES (N=37)

	N	%	% de casos
Hospital Terciário Cirúrgico	11	26,80%	29,70%
Hospital Terciário Clínico	8	19,50%	21,60%
Hospital Terciário UTI	4	9,80%	10,80%
Hospital Terciário Semicríticos	3	7,30%	8,10%
Hospital Terciário Obstetrícia	4	9,80%	10,80%
Hospital Terciário Urgência/Emergência	3	7,30%	8,10%
Hospital Terciário Outro	3	7,30%	8,10%
Hospital Secundário UTI	1	2,40%	2,70%
Hospital Secundário Semicríticos	1	2,40%	2,70%
Hospital Secundário Pediatria	3	7,30%	8,10%
Total	41	100,00%	110,80%

FONTE: O autor (2013).

Por se tratar da aplicação em um único hospital, houve divergência entre as áreas em relação ao preenchimento dessa informação, pois foram assinalados dois tipos de instituição (secundário e terciário). Destaca-se que o preenchimento da informação 'Hospital Secundário' contraria as orientações contidas no material de apoio, visto que deveriam assinalar 'Hospital Terciário', que é responsável pelos

serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, promove também atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação, e para tanto, caracteriza-se por um hospital que recebe os usuários de uma microrregião do estado.

Dessa forma, o preenchimento desse item requer do coletador conhecer o perfil da instituição em que a coleta de dados é realizada.

Em todas as 37 unidades clínicas houve pelo menos um registro de ações de prevenção e tratamento de úlceras por pressão adotadas. Reitera-se que esse bloco do instrumento era composto por nove questões, as quais deveriam ser assinaladas com a opção 'Sim' ou 'Não'.

Em relação às úlceras por pressão, foram obtidas 120 respostas (média de 3,24 respostas por unidade clínica) e a frequência de medidas adotadas pelas unidades clínicas é visualizada na TABELA 13. Percebe-se que as principais características das ações referentes às úlceras por pressão nas unidades clínicas avaliadas referem-se à discussão de casos dos clientes em risco ou que já desenvolveram a lesão pela equipe de enfermagem (20%), seguido do registro de cuidados incluindo quais ações devem ser tomadas para prevenção e/ou tratamento das úlceras por pressão para clientes que estão em risco (16,70%), e a revisão das características das lesões pelos membros da equipe de saúde durante a admissão e alta (15,80%). O trabalho multidisciplinar e a entrega dos produtos prescritos em até 24 horas foram citados por 46,70% dos casos, o que equivale a 11,70% cada das ações adotadas nas unidades clínicas da instituição.

Destaca-se que apenas 9,20% das respostas afirmaram que o registro dos cuidados para cada cliente inclui uma avaliação quanto ao risco de desenvolver úlcera por pressão.

Em consonância com o que foi exposto no Instrumento 1, os itens referentes a realização do trabalho na unidade clínica de acordo com o protocolo/diretriz (3,30%), bem como a disponibilização de folheto explicativo para clientes e/ou cuidadores sobre a prevenção de úlcera por pressão (2,50%) foram os menos citados. Em relação ao número de casos, esses itens significaram 13,30% e 10,0%, respectivamente, o que pode indicar a utilização de ações isoladas de algumas unidades clínicas da instituição, visto que essas medidas não foram descritas como institucionais.

TABELA 13 - AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ADOPTADAS NAS UNIDADES CLÍNICAS AVALIADAS (N=120)

	N	%	% de casos
1. Existe pelo menos um (a) enfermeiro (a) de referência na unidade clínica/unidade básica de saúde/equipe com especialização/capacitação na área de úlceras por pressão.	11	9,20%	36,70%
2. Clientes em risco para úlceras por pressão e/ou com úlceras por pressão na unidade clínica são discutidos individualmente pela equipe de enfermagem.	24	20,00%	80,00%
3. Clientes em risco para úlceras por pressão e/ou com úlceras por pressão são discutidos na unidade clínica nas reuniões de trabalho multidisciplinar.	14	11,70%	46,70%
4. O trabalho na unidade clínica é realizado de maneira controlada ou de acordo com o protocolo/diretriz.	4	3,30%	13,30%
5. O registro dos cuidados para cada cliente inclui uma avaliação quanto ao risco de desenvolver úlcera por pressão.	11	9,20%	36,70%
6. O registro dos cuidados especifica quais ações devem ser tomadas para prevenção e/ou tratamento das úlceras por pressão para clientes que estão em risco.	20	16,70%	66,70%
7. Os produtos para prevenção de úlcera por pressão prescritos são entregues para o cliente em até 24 horas.	14	11,70%	46,70%
8. Todo cliente com risco aumentado de desenvolver úlcera por pressão recebe um folheto explicativo para clientes e/ou cuidadores sobre a prevenção de úlcera por pressão.	3	2,50%	10,00%
9. Durante a admissão e alta, as características da úlcera por pressão de todos os clientes são sempre revisadas dentre os membros da equipe de saúde.	19	15,80%	63,30%
Total	120	100,00%	400,00%

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao preenchimento desse item pelos coletadores, não houve falhas de preenchimento, sendo que as respostas válidas se referiram as 37 unidades clínicas avaliadas. Contudo, o instrumento não prevê o preenchimento de situações que não foram cobertas, como por exemplo, a opção outras medidas. Dessa forma, todas as situações previstas no instrumento foram identificadas, assim o mesmo não apresenta questões inexecutáveis. Entretanto, pontua-se que fica pendente a avaliação relacionada ao cumprimento ou não de todas as situações possíveis, o que se prevê que foi realizado pelos especialistas na elaboração do instrumento, bem como na tradução e adaptação transcultural.

O agrupamento das unidades clínicas por área aponta distribuição homogênea, com menor frequência na Pediatria (16,2%) das unidades clínicas (TABELA 14).

TABELA 14 - AGRUPAMENTO DAS UNIDADES CLÍNICAS POR ÁREA (N=37)

	Frequência	%	% acumulada
Unidades Críticas Adulto	8	21,6	21,6
Pediatria	6	16,2	37,8
Clínica Médica	8	21,6	59,5
Cirúrgica Adulto	8	21,6	81,1
Materno Infantil	7	18,9	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

A seguir, serão apresentadas as ações de prevenção e tratamento das úlceras por pressão por área. De acordo com a TABELA 15, a única área em que houve predominância da resposta Sim para a presença de pelo menos um enfermeiro de referência com especialização/capacitação na área de úlceras por pressão foi a área crítica (75%), seguida das áreas Materno Infantil e Cirúrgica Adulto, com 28,60% e 25,0%, respectivamente. Destaca-se que das unidades clínicas que compõe a Pediatria, nenhuma possuía esse profissional, e que 26 unidades não possuem enfermeiro de referência para o cuidado das úlceras por pressão.

TABELA 15 - PRESENÇA DE ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Existe pelo menos um (a) enfermeiro (a) de referência na unidade clínica/unidade básica de saúde/equipe com especialização/capacitação na área de úlceras por pressão.	Não	2 25,00%	6 100,00%	7 87,50%	6 75,00%	5 71,40%	26 70,30%
	Sim	6 75,00%	0 0,00%	1 12,50%	2 25,00%	2 28,60%	11 29,70%
Total		8 100%	6 100%	8 100%	8 100%	7 100%	37 100%

FONTE: O autor (2013).

A discussão individual de casos de pacientes em risco para úlceras por pressão e/ou com úlceras por pressão pela equipe de enfermagem contempla as estratégias de prevenção e tratamento de úlceras por pressão de 64,90% das unidades clínicas avaliadas, com destaque às áreas materno infantil (85,70%), crítica adulto e clínica médica (75,00% cada). A Pediatria não adota essa estratégia na maioria das unidades (83,30%), conforme TABELA 16.

TABELA 16 - DISCUSSÃO INDIVIDUAL DE CASOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Clientes em risco para UP e/ou com UP na unidade clínica são discutidos individualmente pela equipe de enfermagem.	Não	2 25,00%	5 83,30%	2 25,00%	3 37,50%	1 14,30%	13 35,10%
	Sim	6 75,00%	1 16,70%	6 75,00%	5 62,50%	6 85,70%	24 64,90%
Total		8 100%	6 100%	8 100%	8 100%	7 100%	37 100%

FONTE: O autor (2013).

A discussão multidisciplinar de casos de pacientes em risco ou com úlceras foi apontada em apenas 37,80% (14 unidades clínicas), com destaque às áreas Materno infantil (85,70%) e unidades críticas adulto (50%). Nas unidades clínicas que compõe a pediatria, clínica médica e cirúrgica, essas discussões não são realizadas, em 100% na primeira e 75% dos casos das duas últimas. Esses dados são visualizados na TABELA 17.

TABELA 17 - DISCUSSÃO DE CASOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Clientes em risco para UP e/ou com UP são discutidos na unidade clínica nas reuniões de trabalho multidisciplinar.	Não	4 50,00%	6 100,00%	6 75,00%	6 75,00%	1 14,30%	23 62,20%
	Sim	4 50,00%	0 0,00%	2 25,00%	2 25,00%	6 85,70%	14 37,80%
Total		8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%	37 100,00%

FONTE: O autor (2013).

No tocante ao cuidado embasado em protocolo ou diretriz clínica, apenas 10,80% (quatro unidades clínicas) afirmaram adotar essa estratégia. Contudo, a análise desse item na área materno infantil foi limitada pela ausência de informação a respeito, em três unidades (42,90%). A não adoção de protocolos foi reconhecida na maioria das unidades das áreas crítica adulto (100%), cirúrgica adulto (87,50%), e Pediatria (83,30%) (TABELA 18).

TABELA 18 - TRABALHO REALIZADO DE MANEIRA CONTROLADA OU DE ACORDO COM PROTOCO/DIRETRIZ POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
O trabalho na unidade clínica é realizado de maneira controlada ou de acordo com o protocolo/diretriz.	Não	8 100,00%	5 83,30%	8 100,00%	7 87,50%	2 28,60%	30 81,10%
	Sim	0 0,00%	1 16,70%	0 0,00%	1 12,50%	2 28,60%	4 10,80%
	Não informado	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 42,90%	3 8,10%
Total		8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%	37 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Outro item de avaliação das ações adotadas na prevenção e tratamento das úlceras por pressão diz respeito ao registro do risco do paciente desenvolver a lesão. Em relação às áreas, destaca-se materno infantil, com cinco respostas positivas a esse item (71,40%), e nas demais áreas houve predomínio da opção não, o que afirma que 70,30% (26 unidades) não realizam esse registro (TABELA 19).

TABELA 19 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
O registro dos cuidados para cada cliente inclui uma avaliação quanto ao risco de desenvolver úlcera por pressão.	Não	5 62,50%	5 83,30%	7 87,50%	7 87,50%	2 28,60%	26 70,30%
	Sim	3 37,50%	1 16,70%	1 12,50%	1 12,50%	5 71,40%	11 29,70%
Total		8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%	37 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A especificação dos cuidados de prevenção e tratamento que devem ser adotadas aos pacientes em risco nos registros de enfermagem foi mencionada em 20 unidades clínicas (54,10%), entre os quais a maioria pertenciam às áreas críticas adulto (7 unidades), materno infantil (4 unidades) e cirúrgica adulto (4 unidades). Na pediatria e clínica médica, a maior parte das unidades clínicas não especifica as ações de prevenção e tratamento nos registros de enfermagem, totalizando 66,70% e 62,50%, respectivamente (TABELA 20).

TABELA 20 - REGISTRO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO QUE DEVEM SER APLICADAS AOS CLIENTES EM RISCO POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
O registro dos cuidados especifica quais ações devem ser tomadas para prevenção e/ou tratamento das úlceras por pressão para clientes que estão em risco.	Não	1 12,50%	4 66,70%	5 62,50%	4 50,00%	3 42,90%	17 45,90%
	Sim	7 87,50%	2 33,30%	3 37,50%	4 50,00%	4 57,10%	20 54,10%
Total		8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%	37 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Na maioria das áreas, os produtos para prevenção e tratamento das úlceras por pressão não são entregues ao paciente em até 24 horas após a prescrição (59,20%). De acordo com a TABELA 21, a clínica médica e unidades críticas adultos possuíam mais unidades clínicas que atendiam essa estratégia, visto que em cinco e quatro unidades os produtos são distribuídos nesse período (62,50% e 50%, respectivamente). Na área materno infantil essa avaliação foi limitada pela ausência de informação em uma unidade (14,30%).

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRODUTOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO PRESCRITOS EM ATÉ 24 HORAS POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Os produtos para prevenção de úlcera por pressão prescritos são entregues para o cliente em até 24 horas.	Não	4 50,00%	4 66,70%	3 37,50%	6 75,00%	5 71,40%	22 59,50%
	Sim	4 50,00%	2 33,30%	5 62,50%	2 25,00%	1 14,30%	14 37,80%
Não informado		0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 14,30%	1 2,70%
Total		8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%	37 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Folhetos explicativos são distribuídos aos pacientes e familiares em risco em apenas três unidades clínicas avaliadas (8,10%), dentre as quais se destacam as unidades críticas adulto (12,50%, n=1) e materno infantil (28,60%, n=2). Dentre as 91,90% das unidades clínicas que não distribuem folhetos explicativos, as áreas Pediatria, clínica médica e cirúrgica adulto representaram 100% cada (TABELA 22).

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DE FOLHETO EXPLICATIVO PARA OS PACIENTES E CUIDADORES EM RISCO POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Todo cliente com risco aumentado de desenvolver UP recebe um folheto explicativo para clientes e/ou cuidadores sobre a prevenção de UP.	Não	7 87,50%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	5 71,40%	34 91,90%
	Sim	1 12,50%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 28,60%	3 8,10%
Total		8 100%	6 100%	8 100%	8 100%	7 100%	37 100%

FONTE: O autor (2013).

A revisão das características da úlcera por pressão durante a admissão e alta pelos membros da equipe de saúde foi predominante nas áreas materno infantil e crítica adulto, visto que 71,40% e 62,50% das unidades que compõem as áreas, respectivamente, adotam essa estratégia de prevenção e tratamento das úlceras por pressão. Nas áreas clínica médica e cirúrgica adulto, houve distribuição equitativa da quantidade de unidades que realizam ou não essa ação (50%), e, na pediatria, a maioria das unidades clínicas (83,30%) não revisa as características da lesão, de acordo com a TABELA 23.

TABELA 23 - REVISÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA POR PRESSÃO DURANTE A ADMISSÃO E ALTA PELOS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE POR ÁREAS (N=37)

		Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Durante a admissão e alta, as características da UP de todos os clientes são sempre revisadas dentre os membros da equipe de saúde.	Não	3 37,50%	5 83,30%	4 50,00%	4 50,00%	2 28,60%	18 48,60%
	Sim	5 62,50%	1 16,70%	4 50,00%	4 50,00%	5 71,40%	19 51,40%
Total		8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%	37 100,00%

FONTE: O autor (2013)

Em relação à quantidade de ações de prevenção e tratamento¹³ adotados nas unidades clínicas avaliadas, a TABELA 24 demonstra que 16,2% (6 unidades) não adota nenhuma das ações elencadas, e que a maior frequência de ações foi identificada em sete unidades (18,9%), nas quais são praticadas quatro ações, seguida cinco unidades (13,5%) que empregam duas das ações descritas. Os quatro casos cujos somatórios obtiveram resultado 9 e 14 podem se referir a situações não informadas e não número efetivo de ações.

TABELA 24 - SOMATÓRIO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO ADOTADAS NAS UNIDADES CLÍNICAS AVALIADAS (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Nenhuma ação	6	16,2	16,2
Uma ação	2	5,4	21,6
Duas ações	5	13,5	35,1
Três ações	4	10,8	45,9
Quatro ações	7	18,9	64,9
Cinco ações	4	10,8	75,7
Seis ações	2	5,4	81,1
Sete ações	3	8,1	89,2
9*	1	2,7	91,9
14*	3	8,1	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013). NOTA*: situações não informadas.

O somatório de ações de prevenção e tratamento de úlceras por pressão adotadas por área indica que a maioria das unidades críticas adulto realizam cinco ações, seguida da cirúrgica adulto e clínica médica, com quatro e duas ações, respectivamente, totalizando 37,50% desse somatório para cada área. Na Pediatria, sobressaíram-se as quatro unidades que não empregam nenhuma ação de prevenção e tratamento (66,70%), e as demais unidades realizam duas e seis ações (16,70%), respectivamente. Essa avaliação na área materno infantil ficou limitada pela ausência de informações, a qual resultou nos somatórios 9 e 14, os quais podem se referir a

¹³ O somatório de ações de prevenção e tratamento indicam a quantidade de cuidados realizados, sem considerar as especificidades da prevenção e do tratamento de úlceras por pressão.

situações não informadas e não número efetivo de ações que essas clínicas realizam (TABELA 25).

TABELA 25 - SOMATÓRIO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO ADOTADAS NAS UNIDADES CLÍNICAS AVALIADAS POR ÁREAS (N=37)

	Unidades Críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil
Nenhuma ação	0 0,00%	4 66,70%	0 0,00%	2 25,00%	0 0,00%
Uma ação	0 0,00%	0 0,00%	1 12,50%	1 12,50%	0 0,00%
Duas ações	0 0,00%	1 16,70%	3 37,50%	1 12,50%	0 0,00%
Três ações	2 25,00%	0 0,00%	2 25,00%	0 0,00%	0 0,00%
Quatro ações	2 25,00%	0 0,00%	1 12,50%	3 37,50%	1 14,30%
Cinco ações	3 37,50%	0 0,00%	1 12,50%	0 0,00%	0 0,00%
Seis ações	0 0,00%	1 16,70%	0 0,00%	1 12,50%	0 0,00%
Sete ações	1 12,50%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 28,60%
9*	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 14,30%
14*	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 42,90%
Total	8 100,00%	6 100,00%	8 100,00%	8 100,00%	7 100,00%

FONTE: O autor (2013). NOTA*: situações não informadas.

4.2.2.3 Instrumento 3 – Dados dos pacientes incluídos na pesquisa

Os dados empíricos obtidos na aplicação do instrumento 3 incluem o perfil sociodemográfico, quadro clínico e necessidades de cuidado, grau de dependência às atividades, ocorrência de úlcera por pressão, no que se refere a ausência ou presença ou motivo do desconhecimento desse item, o mais alto estágio da lesão, bem como se a mesma ocorreu antes ou após a internação. Por fim, verifica ausência ou presença de lesões por umidade, o agente causal da lesão e o momento de sua ocorrência.

Destaca-se que os dados que serão apresentados a seguir são sumários, visto que o enfoque da descrição foi o preenchimento dos instrumentos e os principais achados da etapa empírica, considerando o objeto da pesquisa.

Dados sociodemográficos

As faixas etárias dos pacientes foram divididas em crianças (de 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias) e adultos (maiores de 14 anos). Essa categorização seguiu o referencial adotado para a avaliação de risco dos pacientes (Escala de Braden Q e Braden, respectivamente), que será empregada na análise dos dados empíricos do Instrumento 3a.

Conforme exposto TABELA 26, a maioria dos pacientes era adulto (n=189, 74,7%), seguido de 29 neonatos (11,5%), 26 crianças (10,3%) e nove bebês (de 29 dias a 12 meses, 3,6%). A idade de um paciente não foi preenchida (0,8%). Dentre os 29 neonatos, a média foi de 6,79 dias (DP=6,63), com o máximo de 21 dias de vida, e, os nove bebês tinham em média aproximadamente 150 dias, com mínimo de 34 e máximo de 325 dias (DP=108,7). A idade média das 26 crianças foi de aproximadamente seis anos, com mínimo um e no máximo 12 anos. A média de idade dos 189 adultos foi de 47 anos (DP=18,37), com o máximo de 87 anos.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DAS FAIXAS ETÁRIAS DOS PACIENTES (N=254)

	Frequência	%	% válido	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<28 dias*	29	11,4	11,5	1	21	6,79	6,63
28 dias a um ano*	9	3,5	3,6	34	325	149,78	108,7
De um a 14 anos incompletos**	26	10,2	10,3	1	12	5,88	3,63
Maior de 14 anos**	189	74,1	74,7	14	87	47,09	18,37
Total	253	99,2	100				
Missing	1	0,8					
Total	254	100					

FONTE: O autor (2013). NOTA: * Média de idade em dias, ** Média da idade em anos.

Em relação ao sexo, dos 254 pacientes 58,7% eram mulheres (n=149) e 41,3% (n=105) homens (TABELA 27).

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR SEXO (N=254)

	Frequência	%
Feminino	149	58,7
Masculino	105	41,3
Total	254	100

FONTE: O autor (2013).

A maioria dos pacientes de sexo feminino eram maiores de 14 anos (n=121), seguido de neonatos (n=18). Já os masculinos, a maioria também eram adultos (n=68), seguido de crianças (n=19). O caso em que não foi informada a idade se referia a um paciente do sexo feminino, conforme TABELA 28.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR SEXO E FAIXA ETÁRIA (N=254)

	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
<28 dias	18	11	29
28 dias a um ano	2	7	9
De 1 a 14 anos incompletos	7	19	26
Maior de 14 anos	121	68	189
Não informado	1	0	1
Total	149	105	254

FONTE: O autor (2013).

Os dados da TABELA 29 apontam que a cor da pele de 78,4% dos pacientes (n=200) era branca, seguido de 11% pardos (n=28) e 7,1% negros (n=18). A etnia não foi informada em sete casos (2,8%).

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR ETNIA (N=254)

	Frequência	%	% acumulada
Branco	200	78,4	78,4
Negro	18	7,1	85,8
Amarelo	1	0,4	86,2
Pardo	28	11	97,2
Não Informado	7	2,8	100
Total	254	100	

FONTE: O autor (2013).

A análise do item data da admissão gerou o tempo médio de permanência do paciente no hospital até o dia da coleta de dados. A TABELA 30 apresenta que o

tempo médio de internamento foi de 9,39 dias (DP=18,36132), com mínimo de zero e máximo de 171 dias. Destaca-se que essa informação foi registrada em 248 pacientes, resultando em déficit de seis casos.

TABELA 30 - TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS (N=248)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de internamento em dias	248	0	171	9,3911	18,36132

FONTE: O autor (2013).

O tempo de permanência por áreas denota que em todas as áreas houve internamento de pacientes no dia da coleta de dados, considerando que em todas elas o mínimo foi zero dias de internamento. O máximo de dias (171 dias) foi observado na Pediatria, aonde a média foi de 14,07 dias, seguido da área crítica adulto, com média de 14 dias e máximo de 110 dias. A área materno infantil apresentou a menor média de internamento, com 6,04 dias, conforme TABELA 31.

TABELA 31 - TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS POR ÁREA (N=248)

	Média	N	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Área crítica Adulto	14	60	22,11756	0	110
Pediatria	14,0714	28	35,36679	0	171
Clínica Médica	8,4468	47	10,8704	0	53
Cirúrgica Adulto	6,3617	47	10,20534	0	59
Materno Infantil	6,0455	66	10,60687	0	69
Total	9,3911	248	18,36132	0	171

FONTE: O autor (2013).

O tempo de internamento variou entre as faixas etárias, conforme demonstra a TABELA 32. Por conseguinte ao maior tempo de permanência ter ocorrida na Pediatria, a faixa etária envolvida foi a de um a 13 anos, com média de 18,46 dias (DP=39,48), seguido da faixa de 14 a 21 anos (média 10,7 dias).

TABELA 32 - TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS POR FAIXA ETÁRIA (N=248)

	Média	N	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Até 1 ano	9,2973	37	13,44715	0	69
De 1 a 13 anos	18,4615	26	39,48694	0	171
De 14 a 21 anos	10,7059	17	26,44987	0	110
De 22 a 59 anos	7,6174	115	12,96932	0	105
60 anos ou mais	8,434	53	9,64267	0	53
Total	9,3911	248	18,36132	0	171

FONTE: O autor (2013).

Antecedentes cirúrgicos

Dos 254 pacientes, 25,2% (n=64) foram submetidos à procedimentos cirúrgicos, e essa informação não foi registrada em 10 casos (3,9%), conforme TABELA 33.

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=254)

	Frequência	%	% acumulado
Não	180	70,9	70,9
Sim	64	25,2	96,1
Não informado	10	3,9	100
Total	254	100	

FONTE: O autor (2013).

O tempo médio de cirurgia foi preenchido em somente 58 formulários, havendo déficit de informação em seis casos. A média de duração do procedimento cirúrgico foi de aproximadamente 143 minutos (DP=199,149), com tempo mínimo de 15 minutos e máximo de 19 horas e 20 minutos, conforme TABELA 34.

TABELA 34 - TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=254)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de cirurgia em minutos	58	15	1130	142,57	199,149

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 35 complementa essa análise, descrevendo as faixas de tempo de duração da cirurgia em minutos, a qual evidencia que a maioria dos pacientes foram submetidos à procedimentos com duração de duas a seis horas (18 casos), seguido de cirurgias de 31 a 60 minutos. Ressalta-se que o tempo de cirurgia não foi informado em 15 casos, somatório dos dez pacientes em que o item não foi informado e cinco que não havia registro do tempo de duração do procedimento.

TABELA 35 - FAIXAS DE TEMPO DE DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=254)

	Frequência	%	% válido	% acumulado
Sem cirurgia	181	71	75,7	75,7
Até 30 minutos	12	4,7	5	80,8
De 31 a 60 minutos	14	5,5	5,9	86,6
De 61 a 90 minutos	8	3,1	3,3	90
De 91 a 120 minutos	4	1,6	1,7	91,6
De 2 a 6 horas	18	7,1	7,5	99,2
Mais de 6 horas	2	0,8	0,8	100
Total válido	239	93,7	100	
Não informado	15	6,3		
Total	254	100		

FONTE: O autor (2013).

Quadro clínico e/ou necessidade de cuidado

O instrumento 3 possibilita analisar 23 possíveis alterações clínicas ou necessidades de cuidado, e inclui a opção 'outro' e 'diagnóstico não definido/não possui diagnóstico'. Foram obtidas 339 respostas válidas, visto que esse item engloba mais de uma alternativa possível. Todas as opções foram assinaladas, de modo que se pode afirmar que todas as situações previstas no instrumento foram identificadas. A opção 'outro' foi a resposta em 25,20% dos casos, e apenas um paciente não possuía diagnóstico definido, conforme exposto na TABELA 36.

TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU NECESSIDADES DE CUIDADO (N=254)

	Respostas		% de casos
	N	%	
Doença infecciosa	20	5,90%	8,40%
Câncer	35	10,30%	14,70%
Doença/enfermidade endócrina, nutricional ou metabólica	17	5,00%	7,10%
Diabete mellitus	12	3,50%	5,00%
Doença/distúrbios do sangue ou órgãos relacionados	17	5,00%	7,10%
Transtorno psicológico	8	2,40%	3,40%
Demência	1	0,30%	0,40%
Distúrbio nervoso, excluindo acidente vascular cerebral (AVC)	15	4,40%	6,30%
Distúrbio de olhos/ouvidos	4	1,20%	1,70%
Doença cardiovascular	41	12,10%	17,20%
Acidente vascular cerebral (AVC)/hemiparesia	10	2,90%	4,20%
Doenças/distúrbios respiratórios, incluindo nariz e amígdalas	14	4,10%	5,90%
Overdose/abuso de substâncias/adição (dependente)	2	0,60%	0,80%

Continua...

Doenças/distúrbios do trato intestinal, incluindo obstrução intestinal, peritonite, hérnia, fígado, vesícula	32	9,40%	13,40%
Doenças/distúrbios dos rins/trato urinário	24	7,10%	10,10%
Doenças/distúrbios congênitos	6	1,80%	2,50%
Lesões causadas por acidente(s) e consequências indesejadas de acidentes	2	0,60%	0,80%
Artroplastia total do quadril	1	0,30%	0,40%
Dependentes nas atividades de vida diária (vestir-se, alimentar-se, banhar-se)	8	2,40%	3,40%
Dependentes nas atividades domésticas (cozinhar, limpar a casa, fazer compras)	9	2,70%	3,80%
Outro	60	17,70%	25,20%
Diagnóstico não definido/não possui diagnóstico	1	0,30%	0,40%
Total	339	100,00%	142,40%

FONTE: O autor (2013). NOTA: Os dados foram apresentados na ordem em que aparecem no respectivo instrumento.

Grau de dependência

Em relação ao grau de dependência das atividades, a TABELA 37 evidencia que em todos os itens houve um número significativo de informações não preenchidas, que variaram de 14 a 41 casos em que essa não foi disponibilizada.

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DO GRAU DE DEPENDÊNCIA ÀS ATIVIDADES (N=254)

	Respostas válidas	Não preenchido	%	Total
Comer e beber	240	14	5,5	254
Incontinência	223	31	12,2	254
Postura corporal	220	34	13,4	254
Mobilidade	223	31	12,2	254
Padrão dia/noite	223	31	12,2	254
Vestir-se e despir-se	222	32	12,6	254
Temperatura corporal	222	32	12,6	254
Higiene	222	32	12,6	254
Evitar o perigo	222	32	12,6	254
Comunicação	222	32	12,6	254
Contato com outros	221	33	13	254
Senso de regras e valores	222	32	12,6	254
Atividades diárias	221	33	13	254
Atividades recreativas	221	33	13	254
Habilidade de aprendizagem	213	41	16,1	254

FONTE: O autor (2013).

Ainda em relação ao grau de dependência às atividades, na leitura geral dos dados, a maioria dos pacientes cujas respostas foram válidas eram independentes nas atividades citadas em maior proporção, seguido da opção só com ajuda, no segundo maior percentual por atividades, conforme TABELA 38.

TABELA 38 - DISTRIBUIÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA ÀS ATIVIDADES (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Comer e beber	Sozinho	172	67,7	71,7	71,7
	Com pouca ajuda	15	5,9	6,3	77,9
	Com ajuda	9	3,5	3,8	81,7
	Com muita ajuda	3	1,2	1,3	82,9
	Só com ajuda	41	16,1	17,1	100
	Total	240	94,5	100	
	Não informado	14	5,5		
	Total	254	100		
Incontinência	Sozinho	151	59,4	67,7	67,7
	Com pouca ajuda	23	9,1	10,3	78
	Com ajuda	14	5,5	6,3	84,3
	Com muita ajuda	3	1,2	1,3	85,7
	Só com ajuda	32	12,6	14,3	100
	Total	223	87,8	100	
	Não informado	31	12,2		
	Total	254	100		
Postura corporal	Sozinho	164	64,6	74,5	74,5
	Com pouca ajuda	21	8,3	9,5	84,1
	Com ajuda	12	4,7	5,5	89,5
	Só com ajuda	23	9,1	10,5	100
	Total	220	86,6	100	
	Não informado	34	13,4		
	Total	254	100		
Mobilidade	Sozinho	162	63,8	72,6	72,6
	Com pouca ajuda	23	9,1	10,3	83
	Com ajuda	12	4,7	5,4	88,3
	Com muita ajuda	3	1,2	1,3	89,7
	Só com ajuda	23	9,1	10,3	100
	Total	223	87,8	100	
	Não informado	31	12,2		
	Total	254	100		
Padrão dia/noite	Sozinho	176	69,3	78,9	78,9
	Com pouca ajuda	13	5,1	5,8	84,8
	Com ajuda	11	4,3	4,9	89,7
	Com muita ajuda	4	1,6	1,8	91,5
	Só com ajuda	19	7,5	8,5	100
	Total	223	87,8	100	
	Não informado	31	12,2		
	Total	254	100		
Vestir-se e despir-se	Sozinho	157	61,8	70,7	70,7
	Com pouca ajuda	19	7,5	8,6	79,3
	Com ajuda	14	5,5	6,3	85,6
	Só com ajuda	32	12,6	14,4	100
	Total	222	87,4	100	
	Não informado	32	12,6		
	Total	254	100		
Temperatura corporal	Sozinho	176	69,3	79,3	79,3
	Com pouca ajuda	16	6,3	7,2	86,5
	Com ajuda	6	2,4	2,7	89,2
	Só com ajuda	24	9,4	10,8	100
	Total	222	87,4	100	
	Não informado	32	12,6		
	Total	254	100		

Continua...

Higiene	Sozinho	150	59,1	67,6	67,6
	Com pouca ajuda	22	8,7	9,9	77,5
	Com ajuda	15	5,9	6,8	84,2
	Com muita ajuda	1	0,4	0,5	84,7
	Só com ajuda	34	13,4	15,3	100
	Total	222	87,4	100	
	Não informado	32	12,6		
Evitar o perigo	Sozinho	159	62,6	71,6	71,6
	Com pouca ajuda	26	10,2	11,7	83,3
	Com ajuda	6	2,4	2,7	86
	Com muita ajuda	1	0,4	0,5	86,5
	Só com ajuda	30	11,8	13,5	100
	Total	222	87,4	100	
	Não informado	32	12,6		
Comunicação	Sozinho	191	75,2	86	86
	Com pouca ajuda	5	2	2,3	88,3
	Com ajuda	4	1,6	1,8	90,1
	Com muita ajuda	3	1,2	1,4	91,4
	Só com ajuda	19	7,5	8,6	100
	Total	222	87,4	100	
	Não informado	32	12,6		
Contato com outros	Sozinho	187	73,6	84,6	84,6
	Com pouca ajuda	5	2	2,3	86,9
	Com ajuda	9	3,5	4,1	91
	Com muita ajuda	2	0,8	0,9	91,9
	Só com ajuda	18	7,1	8,1	100
	Total	221	87	100	
	Não informado	33	13		
Senso de regras e valores	Sozinho	184	72,4	82,9	82,9
	Com pouca ajuda	6	2,4	2,7	85,6
	Com ajuda	4	1,6	1,8	87,4
	Com muita ajuda	1	0,4	0,5	87,8
	Só com ajuda	27	10,6	12,2	100
	Total	222	87,4	100	
	Não informado	32	12,6		
Atividades diárias	Sozinho	151	59,4	68,3	68,3
	Com pouca ajuda	26	10,2	11,8	80,1
	Com ajuda	13	5,1	5,9	86
	Com muita ajuda	2	0,8	0,9	86,9
	Só com ajuda	29	11,4	13,1	100
	Total	221	87	100	
	Não informado	33	13		
Atividades recreativas	Sozinho	152	59,8	68,8	68,8
	Com pouca ajuda	22	8,7	10	78,7
	Com ajuda	17	6,7	7,7	86,4
	Com muita ajuda	1	0,4	0,5	86,9
	Só com ajuda	29	11,4	13,1	100
	Total	221	87	100	
	Não informado	33	13		
Total	254	100			

Continua...

Habilidade de aprendizagem	de Sozinho	171	67,3	80,3	80,3
	Com pouca ajuda	11	4,3	5,2	85,4
	Com ajuda	4	1,6	1,9	87,3
	Só com ajuda	27	10,6	12,7	100
	Total	213	83,9	100	
	Não informado	41	16,1		
	Total	254	100		

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 39 apresenta o agrupamento das respostas em relação ao grau de dependência das atividades. No total, foram obtidas 3337 respostas nesse item, dos quais 75% dos pacientes realizavam as atividades citadas sozinhos, seguido de 12,20% que o fazem somente com ajuda.

TABELA 39 - AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS DO GRAU DE DEPENDÊNCIA ÀS ATIVIDADES (N=3337)

	Respostas		% de casos
	N	%	
Sozinho	2503	75,00%	1042,90%
Com pouca ajuda	253	7,60%	105,40%
Com ajuda	150	4,50%	62,50%
Com muita ajuda	24	0,70%	10,00%
Só com ajuda	407	12,20%	169,60%
Total	3337	100,00%	1390,40%

FONTE: O autor (2013).

Presença ou ausência de úlceras por pressão e lesões por umidade

Em relação às úlceras por pressão, o instrumento 3 verifica a presença ou ausência da lesão e solicita a informação relacionada ao mais alto estágio da ferida. Além disso, é possível identificar os casos em que essa informação não foi obtida.

Dos 254 pacientes, 17 apresentavam úlcera por pressão (6,7%), e em 23 casos (9,1%) esse item não foi informado, conforme TABELA 40.

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254)

	Frequência	%	% válida
Com úlcera	17	6,7	7,4
Sem úlcera	214	84,3	92,6
Total	231	90,9	100,0
Não informado	23	9,1	
Total	254	100,0	

FONTE: O autor (2013).

Dentre as respostas válidas (n=231), o mais alto estágio das úlceras por pressão era 2 (58,8%), seguido do 1 (29,4%), e 4 e indefinido, com 5,9% cada. O estágio 3 não foi citado, de acordo com a TABELA 41.

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DO MAIS ALTO ESTÁGIO DA ÚLCERA POR PRESSÃO (N=231)

	Frequência	%
UP estágio 1	5	29,4
UP estágio 2	10	58,8
UP estágio 4	1	5,9
UP estágio indefinido	1	5,9
Total	17	100

FONTE: O autor (2013).

Dentre os 23 casos em que não houve o preenchimento da presença ou ausência de úlcera por pressão, nenhum explicitou o motivo do desconhecimento da informação, ou seja, se o paciente recusou a avaliação desse indicador ou por outras razões. Isso limitou a análise acerca do preenchimento desse item, visto que pressupõe-se que o mesmo não foi avaliado pelo coletador.

A ocorrência das úlceras por pressão foi reconhecida como de origem hospitalar, visto que 93,3% ocorreram após a internação. Destaca-se que em 17 casos essa informação não estava disponível (TABELA 42).

TABELA 42 - OCORRÊNCIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO EM RELAÇÃO À INTERNAÇÃO HOSPITALAR ANTES OU APÓS (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Antes da internação	Não	233	91,7	91,7	91,7
	Sim	4	1,6	1,6	93,3
	Não informado	17	6,7	6,7	100
	Total	254	100	100	
Após internação	Não	222	87,4	87,4	87,4
	Sim	15	5,9	5,9	93,3
	Não informado	17	6,7	6,7	100
	Total	254	100	100	

FONTE: O autor (2013).

Na TABELA 43, os quatro casos em que a úlcera por pressão ocorreu antes da internação hospitalar foram identificados na cirúrgica adulto (três casos) e na área crítica adulto (um caso).

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO ANTES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ÁREA (N=237)

	UP se desenvolveu antes da internação		Total
	Não	Sim	
Área crítica Adulto	60	1	61
Pediatria	28	0	28
Clínica Médica	48	0	48
Cirúrgica Adulto	43	3	46
Materno Infantil	54	0	54
Total	233	4	237

FONTE: O autor (2013).

Já os 15 casos de ocorrência da lesão após a internação hospitalar se concentraram na área crítica (11 casos), na Pediatria (dois casos), e clínicas médica e cirúrgica adulto (um caso cada), conforme exposto na TABELA 44.

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DA ÚLCERA POR PRESSÃO APÓS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ÁREA (N=237)

	UP se desenvolveu após a internação		Total
	Não	Sim	
Área crítica Adulto	50	11	61
Pediatria	26	2	28
Clínica Médica	47	1	48
Cirúrgica Adulto	45	1	46
Materno Infantil	54	0	54
Total	222	15	237

FONTE: O autor (2013).

A verificação das **lesões por umidade** encerram o módulo das informações do cliente, e visam a identificação de lesões mistas (por pressão e umidade), bem como fatores que aumentam o risco do paciente desenvolver úlceras por pressão. A TABELA 45 apresenta os dados dessa investigação, elencando nos 24 casos em que a lesão foi identificada qual o agente causal da mesma. Essa informação não foi preenchida em dez pacientes.

TABELA 45 - DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE E O AGENTE CAUSAL (N=254)

	Frequência	%
Não	220	90,2
Sim, por urina	4	1,6
Sim, por fezes	3	1,2
Sim, por transpiração	7	2,9
Sim, por exsudato	7	2,9
Sim, por urina e transpiração	2	0,8
Sim, por fezes e transpiração	1	0,4
Total	244	100
Não informado	10	
Total	254	

FONTE: O autor (2013).

As 24 lesões por umidade identificadas ocorreram na maioria após a internação (22 casos), em contraponto a apenas uma lesão ocorrida antes da internação. Esse item não foi informado em 11 casos, TABELA 46.

TABELA 46 - DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE EM RELAÇÃO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR ANTES E APÓS (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Antes da internação	Não	242	95,3	95,3	95,3
	Sim	1	0,4	0,4	95,7
	Não informado	11	4,3	4,3	100
	Total	254	100	100	
Após a internação	Não	221	87	87	87
	Sim	22	8,7	8,7	95,7
	Não informado	11	4,3	4,3	100
	Total	254	100	100	

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 47 expõe os casos válidos (n=244) em relação às áreas. As lesões por umidade, 11 foram identificadas na área crítica adulto, seguida de cinco casos na cirúrgica adulto, quatro na materno infantil, três na pediatria e um na clínica médica. Observa-se que as diferentes áreas não apresentam proporções diferentes de pacientes com e sem lesões por umidade no teste qui-quadrado ($p=0,056$), ou seja, a ocorrência dessas lesões independe da área.

TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE POR ÁREA (N=244)

	O cliente apresenta lesões por umidade?		Total
	Não	Sim	
Área crítica Adulto	49 81,70%	11 18,30%	60 100,00%
Pediatria	23 88,50%	3 11,50%	26 100,00%
Clínica Médica	47 97,90%	1 2,10%	48 100,00%
Cirúrgica Adulto	41 89,10%	5 10,90%	46 100,00%
Materno Infantil	60 93,80%	4 6,30%	64 100,0%
Total	220 90,20%	24 9,80%	244 100%

FONTE: O autor (2013).

Os dados da TABELA 48 se referem a ocorrência das lesões por umidade antes ou após a internação por área (n=243). A única lesão por umidade que ocorreu antes da internação foi identificada na Pediatria, e nas demais, a área de origem foi a crítica adulto para a maioria dela (11 casos). Destaca-se que um caso de lesão por umidade não especificou a área de cuidado. No teste qui-quadrado observou-se que há interferência da área na ocorrência de lesões por umidade após a internação ($p=0,017$). Como não havia interferência da área antes do internamento ($p=0,09$), é possível afirmar que a área de internamento interfere na presença de lesões por umidade.

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE LESÃO POR UMIDADE EM RELAÇÃO À INTERNAÇÃO, ANTES E APÓS, POR ÁREA (N=243)

	Lesão por umidade antes da internação		Total	Lesão por umidade depois da internação		Total
	Não	Sim		Não	Sim	
Área crítica Adulto	60 100%	0 0,00%	60 100%	49 81,7%	11 18,3%	60 100%
Pediatria	26 96,3%	1 3,7%	27 100%	24 88,9%	3 11,1%	27 100%
Clínica Médica	48 100%	0 0,00%	48 100%	47 97,9%	1 2,1%	48 100%
Cirúrgica Adulto	46 100%	0 0,00%	46 100%	41 89,1%	5 10,9%	46 100%
Materno Infantil	62 100%	0 0,00%	62 100%	60 96,8%	2 3,2%	62 100%
Total	242 99,6%	1 0,4%	243 100%	221 90,9%	22 9,1%	243 100%

FONTE: O autor (2013).

Entre os portadores de lesão por umidade, a maioria eram mulheres (14 pacientes) (TABELA 49), com predominância de exsudato como agente causal entre as mulheres e transpiração em homens, conforme TABELA 50. Não foi observada a influência do sexo na ocorrência de lesões por umidade ($p=0,977$). Da mesma forma, as ocorrências de lesões entre os sexos não apresentou variações significativas dos diversos agentes causais das lesões por umidade no teste qui-quadrado ($p=0,363$).

TABELA 49 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES POR UMIDADE EM RELAÇÃO AO SEXO (N=244)

	O cliente apresenta lesões por umidade?		Total
	Não	Sim	
	Feminino	129 90,20%	
Masculino	91 90,10%	10 9,90%	101 100,00%
Total	220 90,20%	24 9,80%	244 100,00%

FONTE: O autor (2013).

TABELA 50 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGENTES CAUSAIS DAS LESÕES POR UMIDADE EM RELAÇÃO AO SEXO (N=244)

	O cliente apresenta lesões por umidade?							Total
	Não	Sim, por urina	Sim, por fezes	Sim, por transpiração	Sim, por exsudato	Sim, por urina e transpiração	Sim, por fezes e transpiração	
Feminino	129 90,20%	2 1,40%	1 0,70%	4 2,80%	6 4,20%	0 0,00%	1 0,70%	143 100,00%
Masculino	91 90,10%	2 2,00%	2 2,00%	3 3,00%	1 1,00%	2 2,00%	0 0,00%	101 100,00%
Total	220 90,20%	4 1,60%	3 1,20%	7 2,90%	7 2,90%	2 0,80%	1 0,40%	244 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Perfil sociodemográfico dos pacientes com úlceras por pressão

O perfil sociodemográfico dos pacientes com úlceras por pressão, obtido pela análise dos dados do Instrumento 3 ($n=17$) aponta que a distribuição por sexo foi igualitária, sendo 53% (nove pacientes) do sexo masculino e 43% (oito pacientes) do feminino (TABELA 51), dado que não apresentou diferença significativa de percentuais no teste qui-quadrado ($p=0,449$).

TABELA 51 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO POR SEXO (N=231)

	Com úlcera	Sem úlcera	Total
Feminino	8 6,20%	121 93,80%	129 100,00%
Masculino	9 8,80%	93 91,20%	102 100,00%
Total	17 7,40%	214 92,60%	231 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A etnia dos pacientes com úlcera por pressão predominante é branca (12 pacientes), seguido de quatro pacientes pardos ou amarelos (outros) e apenas um negro, que possuía uma úlcera de estágio 2. Nos pacientes com cor da pele branca, a maioria das lesões foram de estágio 2 (seis casos), e as úlceras de estágio 4 e indefinido também ocorreram entre os pacientes brancos, dado que não apresentou diferença significativa de percentuais no teste qui-quadrado ($p=0,343$). Essas informações estão disponíveis nas TABELAS 52 e 53, a seguir.

TABELA 52 - RELAÇÃO ENTRE A ETNIA E AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=231)

	O cliente apresenta UP?		Total
	Não	Sim	
Branco	170 93,4%	12 6,6%	182 100%
Negro	16 94,1%	1 5,9%	17 100%
Outros	24 85,7%	4 14,3%	28 100%
Total	210 92,5%	17 7,5%	227 100%

FONTE: O autor (2013).

TABELA 53 - RELAÇÃO ENTRE A ETNIA E O ESTÁGIO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=231)

	Sem úlcera	UP estágio 1	UP estágio 2	UP estágio 4	UP estágio indefinido	Total
Branco	170	4	6	1	1	182
Negro	16	0	1	0	0	17
Outros	24	1	3	0	0	28
Não informado	4	0	0	0	0	4
Total	214	5	10	1	1	231

FONTE: O autor (2013).

De acordo com o teste qui-quadrado, a proporção dos pacientes com úlcera por pressão que foram submetidos à procedimento cirúrgico é significativamente superior à proporção daqueles com úlcera e que não fizeram cirurgia ($p=0,000$), o que

permite afirmar uma predominância da ocorrência de úlceras nos casos cirúrgicos, conforme TABELA 54.

TABELA 54 - RELAÇÃO ENTRE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=221)

	O cliente apresenta UP?		Total
	Não	Sim	
Não	162	7	169
	95,90%	4,10%	100,0%
Sim	42	10	52
	80,80%	19,20%	100,0%
Total	204	17	221
	92,30%	7,70%	100,0%

FONTE: O autor (2013).

Na avaliação do mais alto estágio, o 1 foi predominante no sexo feminino (três UP), as lesões de estágios 2 ocorreram com maior frequência entre os homens das úlceras e a única úlcera com classificação não estagiável foi o mais alto estágio entre o sexo feminino (TABELA 55). O teste qui-quadrado demonstrou que não existe diferença significativa de proporção do mais alto estágio da úlcera entre os sexos ($p=0,359$).

TABELA 55 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO POR SEXO (N=231)

	Sem úlcera	UP Estágio 1	UP Estágio 2	UP Estágio 4	UP Estágio indefinido	Total
Feminino	121	3	3	1	1	129
	93,8%	2,3%	2,3%	0,8%	0,8%	100%
Masculino	93	2	7	0	0	102
	91,2%	2,0%	6,9%	0,0%	0,0%	100%
Total	214	5	10	1	1	231
	92,6%	2,2%	4,3%	0,4%	0,4%	100%

FONTE: O autor (2013).

A relação entre o mais alto estágio da úlcera por pressão e realização de cirurgia é analisada na TABELA 56. Destaca-se que a maior parte dos pacientes cujo mais alto estágio era o 2 (quatro casos) foram submetidos à procedimentos cirúrgicos com duração de duas a seis horas. Essa faixa de tempo também foi observada no único paciente com lesão em estágio indefinido como mais alto. Em contraponto, o paciente com a lesão de estágio 4 foi submetido a um procedimento rápido nas últimas duas semanas, com duração inferior a 30 minutos. Dos 52 pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos, nos registros de 46 havia informações sobre

a relação com os estágios da úlcera por pressão. Os dados do teste qui-quadrado indicam que o tempo de cirurgia influencia de forma positiva o estágio da úlcera, pois quanto maior o tempo mais alto o estágio da lesão ($p=0,004$).

TABELA 56 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS DA ÚLCERA POR PRESSÃO POR FAIXA DE TEMPO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (N=46)

	O cliente apresenta UP?					Total
	Sem úlcera	UP estágio 1	UP estágio 2	UP estágio 4	UP estágio indefinido	
Até 30 minutos	5 62,50%	0 0,00%	2 25,00%	1 12,50%	0 0,00%	8 100,00%
De 31 a 60 minutos	10 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	10 100,00%
De 61 a 90 minutos	7 87,50%	1 12,50%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	8 100,00%
De 91 a 120 minutos	1 50,00%	1 50,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 100,00%
De 2 a 6 horas	11 68,80%	0 0,00%	4 25,00%	0 0,00%	1 6,30%	16 100,00%
Mais de 6 horas	2 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 100,00%
Total	36 78,30%	2 4,30%	6 13,00%	1 2,20%	1 2,20%	46 100,00%

FONTE: O autor (2013).

O teste t testou os grupos com úlcera e sem úlcera em relação ao tempo de internamento, para verificar se há diferenças de ocorrência do agravo entre os grupos. Os dados de tempo de internamento estão disponíveis em relação a 16 pacientes (TABELA 57), e o valor p do teste t para amostras independentes apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,031$), indicando que pacientes com úlcera tem tempo de internação significativamente maior do que aqueles que não apresentam a lesão.

TABELA 57 - COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO E O TEMPO DE INTERNAMENTO (N=225)

O cliente apresenta UP?	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Não	209	8,8517	18,3112	1,26661
Sim	16	19,375	23,44604	5,86151

FONTE: O autor (2013).

Comparação similar foi realizada entre os grupos com e sem úlcera por pressão e a presença de lesão por umidade. O teste t para amostras independentes acusou

que o tempo médio de internamento dos pacientes com lesão por umidade é significativamente superior àqueles sem essa lesão ($p=0,013$) (TABELA 58).

TABELA 58 - COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PACIENTES COM E SEM ÚLCERA POR PRESSÃO E A PRESENÇA DE LESÕES POR UMIDADE (N=238)

O cliente apresenta lesões por umidade?	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Não	215	7,8512	14,85777	1,01329
Sim	23	16,2174	18,59364	3,87704

FONTE: O autor (2013).

O quadro clínico e necessidades de cuidado dos **pacientes com úlcera por pressão** apresenta destaque às doenças cardiovasculares (20%), seguido por doença infecciosa (22,10%) e dependência nas atividades de vida diária (62,50%), conforme TABELA 59.

TABELA 59 - DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES COM ÚLCERA POR PRESSÃO (N=231)

	O cliente apresenta UP?		Total
	Não	Sim	
Doença infecciosa	14 77,80%	4 22,20%	18
Câncer	30 96,80%	1 3,20%	31
Doença/enfermidade endócrina, nutricional ou metabólica	16 100,00%	0 0,00%	16
Diabete mellitus	9 100,00%	0 0,00%	9
Doença/distúrbios do sangue ou órgãos relacionados	14 93,30%	1 6,70%	15
Transtorno psicológico	6 100,00%	0 0,00%	6
Demência	1 100,00%	0 0,00%	1
Distúrbio nervoso, excluindo acidente vascular cerebral (AVC)	12 85,70%	2 14,30%	14
Distúrbio de olhos/ouvidos	4 100,00%	0 0,00%	4
Doença cardiovascular	28 80,00%	7 20,00%	35
Acidente vascular cerebral (AVC)/hemiparesia	7 70,00%	3 30,00%	10
Doenças/distúrbios respiratórios, incluindo nariz e amígdalas	11 78,60%	3 21,40%	14
Overdose/abuso de substâncias/adição (dependente)	2 100,00%	0 0,00%	2
Doenças/distúrbios do trato intestinal, incluindo obstrução intestinal, peritonite, hérnia, fígado, vesícula	6 100,00%	0 0,00%	6

Continua..

Doenças/distúrbios congênitos	22	0	22
	100,00%	0,00%	
Lesões causadas por acidente(s) e consequências indesejadas de acidentes	2	0	2
	100,00%	0,00%	
Artroplastia total do quadril	1	0	1
	100,00%	0,00%	
Dependentes nas atividades de vida diária (vestir-se, alimentar-se, banhar-se)	3	5	8
	37,50%	62,50%	
Outro	58	1	59
	98,30%	1,70%	
Diagnóstico não definido/ não possui diagnóstico	1	0	1
	100,00%	0,00%	
Total	202	16	218

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 59 mostrou que 20% dos pacientes com doença cardiovascular possuíam úlceras por pressão. A TABELA 60 a seguir complementa essa análise, avaliando exclusivamente os pacientes sob o prisma da doença cardiovascular, evidenciando a diferença estatisticamente significativa (Teste qui-quadrado) de ocorrência de úlcera por pressão entre os pacientes com e sem doença cardiovascular ($p=0,002$).

TABELA 60 - RELAÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR COM A OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=218)

	O cliente apresenta UP?		
	Doença cardiovascular		Total
	Não	Sim	
Não	174	28	202
	95,10%	80,00%	92,70%
Sim	9	7	16
	4,90%	20,00%	7,30%
Total	183	35	218
	100,00%	100,00%	100,00%

FONTE: O autor (2013).

Outro achado clínico relevante foi a ocorrência de úlcera por pressão entre os pacientes com doenças infecciosas (22,2% dos casos) ($n=218$ respostas). O teste qui-quadrado indicou que existe diferença estatisticamente significativa de ocorrência dessa lesão entre pacientes com e sem doenças infecciosas ($p=0,011$) (TABELA 61).

TABELA 61 - RELAÇÃO DA DOENÇA INFECCIOSA COM A OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=218)

	Doença infecciosa		Total
	Não	Sim	
Não	188 94,00%	14 77,80%	202 92,70%
Sim	12 6,00%	4 22,20%	16 7,30%
Total	200 100,00%	18 100,00%	218 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Complementando a análise dos achados clínicos relevantes, a ocorrência de úlcera por pressão entre os pacientes com acidente vascular cerebral/hemiparesia (30,0% dos casos) (n=218 respostas), o mesmo teste indica diferença estatisticamente significativa de ocorrência dessa lesão entre pacientes com e sem esse quadro clínico ($p=0,005$) (TABELA 62).

TABELA 62 - RELAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL/HEMIPARESIA COM A OCORRÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=218)

	Acidente vascular cerebral (AVC)/hemiparesia		Total
	Não	Sim	
Não	195 93,80%	7 70,00%	202 92,70%
Sim	13 6,30%	3 30,00%	16 7,30%
Total	208 100,00%	10 100,00%	218 100,00%

FONTE: O autor (2013).

4.2.2.4 Instrumento 3a – Dados do módulo específico das úlceras por pressão

O instrumento 3a obteve respostas específicas sobre os fatores de risco para úlcera por pressão, medidas preventivas, camas, colchões e almofadas, dor relacionada à lesão, e as características de todas as úlceras por pressão (estágio, duração, local de ocorrência e tratamento). Os principais achados serão apresentados, com vistas à análise da aplicação do instrumento 3a na validação do sistema.

Avaliação de risco

A avaliação de risco foi verificada com duas escalas: Braden e Braden Q, para adultos e crianças menores de 14 anos, respectivamente. As TABELAS 63 e 64 demonstram que a Escala de Braden foi aplicada para 168 adultos e a de Braden Q para 53 crianças. Isso contraria os dados em relação à idade obtidos no Instrumento 3, que afirmaram que 189 pacientes eram maiores de 14 anos, 64 crianças entre 0 e 14 anos incompletos, e um não informado (n=254). Isso representa um déficit de avaliação de risco em 21 adultos e 11 crianças. Além disso, a subescala Percepção sensorial da Escala de Braden não foi preenchida em um paciente.

TABELA 63 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS SUBESCALAS DE BRADEN (N=254)

	Respostas válidas	Não informado	Total
Percepção sensorial	167	87	254
Nutrição	168	86	254
Mobilidade	168	86	254
Atividade	168	86	254
Umidade	168	86	254
Fricção e cisalhamento	168	86	254

FONTE: O autor (2013).

TABELA 64 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DAS SUBESCALAS DE BRADEN Q (N=254)

	Respostas válidas	Não informado	Total
Mobilidade	53	201	254
Nutrição	53	201	254
Fricção e cisalhamento	53	201	254
Percepção sensorial	53	201	254
Atividade	53	201	254
Perfusão tecidual e oxigenação	53	201	254
Umidade	53	201	254

FONTE: O autor (2013).

Na TABELA 65 foram destacados os dados referentes à análise do preenchimento das subescalas, diferenciando a não aplicação da escala devido o paciente estar fora da faixa etária prevista e pelo não preenchimento porque o coletador não informou o dado. Percebe-se que em relação à Escala de Braden que os dados de 33 pacientes não foram informados, e conforme mencionado anteriormente, a subescala percepção sensorial não foi preenchida em relação a um paciente que foi avaliação quando ao risco de desenvolver úlcera por pressão. Nesse

item, 53 pacientes estavam fora da faixa da aplicação da escala, a partir da verificação da ausência de informação (informada com zero) e o não preenchimento do item (informado com nove). Contudo, essa análise se pareada com os dados de idade do instrumento 3 apresenta divergências, o que pressupõe que houve limitações na aplicação da escala de Braden nos adultos.

TABELA 65 - DISTRIBUIÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Percepção sensorial	Totalmente limitado	9	3,5	5,4	5,4
	Muito limitado	8	3,1	4,8	10,2
	Levemente limitado	14	5,5	8,4	18,6
	Nenhuma limitação	136	53,5	81,4	100
	Total	167	65,7	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	53	20,9		
	Não informado	34	13,4		
	Total	87	34,3		
	Total	254	100		
	Nutrição	Muito pobre	4	1,6	2,4
Provavelmente inadequado		29	11,4	17,3	19,6
Adequado		85	33,5	50,6	70,2
Excelente		50	19,7	29,8	100
Total		168	66,1	100	
Fora da faixa etária da avaliação		53	20,9		
Não informado		33	13		
Total	86	33,9			
Total	254	100			
Mobilidade	Totalmente imóvel	9	3,5	5,4	5,4
	Bastante limitado	21	8,3	12,5	17,9
	Levemente limitado	42	16,5	25	42,9
	Não apresenta limitação	96	37,8	57,1	100
	Total	168	66,1	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	53	20,9		
	Não informado	33	13		
Total	86	33,9			
Total	254	100		Continua...	

Atividade	Acamado	27	10,6	16,1	16,1
	Confinado à cadeira	2	0,8	1,2	17,3
	Caminha ocasionalmente	47	18,5	28	45,2
	Anda frequentemente	92	36,2	54,8	100
	Total	168	66,1	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	53	20,9		
	Não informado	33	13		
	Total	86	33,9		
Total		254	100		
Umidade	Completamente molhado	2	0,8	1,2	1,2
	Muito molhado	5	2	3	4,2
	Ocasionalmente molhado	35	13,8	20,8	25
	Raramente molhado	126	49,6	75	100
	Total	168	66,1	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	53	20,9		
	Não informado	33	13		
	Total	86	33,9		
Total		254	100		
Fricção e cisalhamento	Problema	17	6,7	10,1	10,1
	Problema potencial	33	13	19,6	29,8
	Nenhum problema	118	46,5	70,2	100
	Total	168	66,1	100	
		Fora da faixa etária da avaliação	53	20,9	
Não informado		33	13		
Total		86	33,9		
Total		254	100	100	

FONTE: O autor (2013).

A mesma análise em relação à Escala de Braden Q aponta que 168 pacientes estavam fora da faixa de aplicação dessa escala, e em 33 casos o coletador não informou esse dado, vide TABELA 66.

TABELA 66 - DISTRIBUIÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q(N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Mobilidade	Completamente imóvel	2	0,8	3,8	3,8
	Muito limitado	2	0,8	3,8	7,5
	Levemente limitado	21	8,3	39,6	47,2
	Nenhuma limitação	28	11	52,8	100
	Total	53	20,9	100	
	Total	254	100		
Nutrição	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
	Total	201	79,1		
	Total	254	100		
Fricção e cisalhamento	Inadequada	7	2,8	13,2	13,2
	Adequado	22	8,7	41,5	54,7
	Excelente	24	9,4	45,3	100
	Total	53	20,9	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
Total	201	79,1			
Total	254	100			
Percepção sensorial	Problema	18	7,1	34	34
	Problema potencial	3	1,2	5,7	39,6
	Nenhum problema aparente	32	12,6	60,4	100
	Total	53	20,9	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
Total	201	79,1			
Total	254	100			
Atividade	Completamente limitada	3	1,2	5,7	5,7
	Levemente limitado	4	1,6	7,5	13,2
	Nenhuma alteração	46	18,1	86,8	100
	Total	53	20,9	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
Total	201	79,1			
Total	254	100			
Atividade	Acamado	6	2,4	11,3	11,3
	Deambulação ocasional	24	9,4	45,3	56,6

Continua...

	Criança demais para deambular ou deambula frequentemente	23	9,1	43,4	100
	Total	53	20,9	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
	Total	201	79,1		
Total		254	100		
	Comprometida	6	2,4	11,3	11,3
	Adequada	9	3,5	17	28,3
	Excelente	38	15	71,7	100
	Total	53	20,9	100	
Perfusão tecidual e oxigenação	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
	Total	201	79,1		
Total		254	100		
	Constantemente úmida	18	7,1	34	34
	Frequentemente úmida	8	3,1	15,1	49,1
	Ocasionalmente úmida	4	1,6	7,5	56,6
	Raramente úmida	23	9,1	43,4	100
	Total	53	20,9	100	
	Fora da faixa etária da avaliação	168	66,1		
	Não informado	33	13		
	Total	201	79,1		
Total		254	100		

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao risco, 39 pacientes (36 adultos e 3 crianças) possuíam escore inferior a 16, sendo considerados como escore 'em risco' nas escalas de Braden e Braden Q.

Medidas preventivas às úlceras por pressão

O item medidas preventivas adotadas permite a marcação de múltiplas respostas. Essa informação não foi preenchida nos questionários de 36 pacientes. Em relação ao dado, mudança de decúbito foi uma prática descrita em apenas 20,9% das respostas válidas, prevenir ou tratar desnutrição em 24,8%, prover informação e orientação em 17,3, calcanhares suspensos em apenas 3,5% dos casos, creme hidratante ou barreira em 22%, em contraponto, 52,4% reconheceram que nenhuma

medida preventiva é aplicada. A opção outros não obteve respostas. Esses resultados são apresentados na TABELA 67.

TABELA 67 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS ADOTADAS (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Mudança de decúbito	Não	165	65	75,7	75,7
	Sim	53	20,9	24,3	100
	Total	218	85,8	100	
Total	Não informado	36	14,2		
Prevenir ou tratar desnutrição	Não	155	61	71,1	71,1
	Sim	63	24,8	28,9	100
	Total	218	85,8	100	
Total	Não informado	36	14,2		
Prover informação e orientação	Não	174	68,5	79,8	79,8
	Sim	44	17,3	20,2	100
	Total	218	85,8	100	
Total	Não informado	36	14,2		
Calcanhares suspensos	Não	209	82,3	95,9	95,9
	Sim	9	3,5	4,1	100
	Total	218	85,8	100	
Total	Não informado	36	14,2		
Creme hidratante ou barreira	Não	162	63,8	74,3	74,3
	Sim	56	22	25,7	100
	Total	218	85,8	100	
Total	Não informado	36	14,2		
Outras medidas	Não	218	85,8	100	100
	Não informado	36	14,2		
Total		254	100		
Nenhuma medida	Não	85	33,5	39	39
	Sim	133	52,4	61	100
	Total	218	85,8	100	
Total	Não informado	36	14,2		
Total		254	100		

FONTE: O autor (2013).

Considerando as respostas válidas (n=218), a adoção de medidas preventivas ficaram mais evidentes na materno infantil e nas unidades críticas adulto, com a seguinte distribuição: realizar mudança de decúbito com 50% e 40%, prevenir ou tratar desidratação e/ou desnutrição com 50% e 46,7%, prover informação e orientação ao cliente e/ou família com 50% e 38,30%, creme hidratante ou creme de barreira para proteger a pele com 50% e 46,7%, respectivamente, conforme TABELA 68. A manutenção dos calcanhares suspensos com travessieiros embaixo da perna foi a

medida menos adotada, e foi registrada nas unidades críticas adulto (11,7%), pediatria (3,70%) e cirúrgica adulto (2,0%). A adoção de nenhuma medida preventiva representou 61% das respostas, com destaque para a Pediatria (85,20%), clínica médica (83%) e cirúrgica adulto (72%).

TABELA 68 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS ADOTADAS POR ÁREA (N=218)

		Agrupamento					Total
		Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	
Mudança de decúbito	Não	36 60,00%	25 92,60%	43 91,50%	44 88,00%	17 50,00%	165 75,70%
	Sim	24 40,00%	2 7,40%	4 8,50%	6 12,00%	17 50,00%	53 24,30%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Prevenir ou tratar desnutrição	Não	32 53,30%	26 96,30%	41 87,20%	39 78,00%	17 50,00%	155 71,10%
	Sim	28 46,70%	1 3,70%	6 12,80%	11 22,00%	17 50,00%	63 28,90%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Prover informação e orientação	Não	37 61,70%	26 96,30%	45 95,70%	49 98,00%	17 50,00%	174 79,80%
	Sim	23 38,30%	1 3,70%	2 4,30%	1 2,00%	17 50,00%	44 20,20%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Calcanhares suspensos	Não	53 88,30%	26 96,30%	47 100,00%	49 98,00%	34 100,00%	209 95,90%
	Sim	7 11,70%	1 3,70%	0 0,00%	1 2,00%	0 0,00%	9 4,10%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Creme hidratante ou barreira	Não	32 53,30%	24 88,90%	43 91,50%	46 92,00%	17 50,00%	162 74,30%
	Sim	28 46,70%	3 11,10%	4 8,50%	4 8,00%	17 50,00%	56 25,70%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Outras Medidas	Não	60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
	Sim	60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%
Nenhuma medida preventiva	Não	42 70,00%	4 14,80%	8 17,00%	14 28,00%	17 50,00%	85 39,00%
	Sim	18 30,00%	23 85,20%	39 83,00%	36 72,00%	17 50,00%	133 61,00%
Total		60 100,00%	27 100,00%	47 100,00%	50 100,00%	34 100,00%	218 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 69 apresenta o total de respostas obtidas no item medidas preventivas, totalizando 358 respostas, das quais a única opção não sinalizada pelos coletadores foi a 'Outras medidas'. Conforme exposto anteriormente, a opção com menor quantidade de respostas foi 'calcanhares suspensos' (2,50%) e a com maior foi 'Nenhuma medida' (37,20%). Dessa forma, é possível afirmar que não houve a indicação de medidas preventivas diferentes das previstas no formulário, ou seja, todas as medidas preventivas adotadas estavam elencadas.

TABELA 69 - TOTAL DE RESPOSTAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS ADOTADAS (N=218)

	Respostas		% de casos
	N	%	
Mudança de decúbito	53	14,80%	24,30%
Prevenir ou tratar desnutrição	63	17,60%	28,90%
Prover informação e orientação	44	12,30%	20,20%
Calcanhares suspensos	9	2,50%	4,10%
Creme hidratante ou barreira	56	15,60%	25,70%
Nenhuma medida	133	37,20%	61,00%
Total	358	100,00%	164,20%

FONTE: O autor (2013).

Camas e colchões como medidas preventivas

O item camas e colchões como medida preventiva de úlceras por pressão obteve 213 respostas. A TABELA 70 apresenta que 94,4% dos pacientes não recebe o uso de camas ou colchões como medida preventiva para úlcera por pressão. Os colchões com tecnologia mais avançada, como ar fluidizado, baixa perda de ar, espuma fria não são adotados em 100% das respostas válidas, seguido de colchões de alternância de ar (98,1%, colchões de ar (98,6%) e espuma visco elástica (98,6%). Destaca-se que o colchão caixa de ovo (colchão de sobreposição) foi adicionado pelos especialistas na tradução e adaptação transcultural do instrumento, conforme mencionado anteriormente, com a justificativa de ser um recurso ainda muito usado no contexto de saúde brasileiro mesmo com as suas limitações de uso devido à contaminação por reter líquidos corporais. Contudo, essa resposta foi observada em apenas 1,4% das respostas válidas. Nenhum paciente recebe outra opção de camas e colchões como medidas preventivas, o que denota que os itens contidos no instrumento foram adequados. Contudo, essa análise ficou limitada, visto que o percentual de respostas não informadas foi de 16,10% (n=41).

TABELA 70 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CAMAS E COLCHÕES COMO MEDIDAS PREVENTIVAS (N=254)

				Frequência	%	% válida	% acumulada
Cama de ar fluidizado	Não informado	Não		213	83,9	100	100
		Sim		41	16,1		
		Total		254	100		
Cama/colchão de baixa perda de ar	Não informado	Não		213	83,9	100	100
		Sim		41	16,1		
		Total		254	100		
Colchão caixa de ovo (colchão de sobreposição)	Não informado	Não		210	82,7	98,6	98,6
		Sim		3	1,2	1,4	100
		Total		213	83,9	100	
		Total		254	100		
Colchão de alternância de ar	Não informado	Não		209	82,3	98,1	98,1
		Sim		4	1,6	1,9	100
		Total		213	83,9	100	
		Total		254	100		
Colchão de ar	Não informado	Não		210	82,7	98,6	98,6
		Sim		3	1,2	1,4	100
		Total		213	83,9	100	
		Total		254	100		
Colchão de espuma fria	Não informado	Não		213	83,9	100	100
		Sim		41	16,1		
		Total		254	100		
Colchão de espuma elástica visco	Não informado	Não		210	82,7	98,6	98,6
		Sim		3	1,2	1,4	100
		Total		213	83,9	100	
		Total		254	100		
Outras camas e colchões	Não informado	Não		213	83,9	100	100
		Sim		41	16,1		
		Total		254	100		
Não adota cama ou colchão para prevenção	Não informado	Não		12	4,7	5,6	5,6
		Sim		201	79,1	94,4	100
		Total		213	83,9	100	
		Total		254	100		

FONTE: O autor (2013).

A partir da leitura da TABELA 71 é possível ampliar a análise da utilização dos colchões de sobreposição. Identifica-se que esse colchão é usado em três pacientes da área crítica adulto, que adota somente esse recurso de cama/colchão como medida preventiva (5,1%). O colchão de alternância de ar foi assinalado como medida preventiva para pacientes nas áreas crítica adulto (3,4%), clínica médica (2,2%) e cirúrgica adulto (2,0%), totalizando 1,90% de uso desse recurso. O uso de colchão de ar e de espuma visco elástica foi registrado na área crítica adulto, com 5,10% cada,

totalizando 1,40% de uso de cada um desses recursos. Destaca-se que o emprego de nenhum recurso de cama e colchão foi destaque na pediatria e área materno infantil em 100% dos casos, cirúrgica adulto (98,0%), clínica médica (97,8%) e unidades críticas adulto (83,10%).

TABELA 71 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS CAMAS E COLCHÕES COMO MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=254)

		Agrupamento					Total
		Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	
Camas de ar fluidizado	Não	59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Camas e colchões de baixa perda de ar	Não	59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Colchão caixa de ovo (colchão de sobreposição)	Não	56	26	45	50	33	210
		94,90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	98,60%
	Sim	3	0	0	0	0	3
		5,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Colchão de alternância de ar	Não	57	26	44	49	33	209
		96,60%	100,00%	97,80%	98,00%	100,00%	98,10%
	Sim	2	0	1	1	0	4
		3,40%	0,00%	2,20%	2,00%	0,00%	1,90%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Colchão de ar	Não	56	26	45	50	33	210
		94,90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	98,60%
	Sim	3	0	0	0	0	3
		5,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Colchão espuma fria	Não	59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Colchão espuma elástica	de visco Não	56	26	45	50	33	210
		94,90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	98,60%

Continua...

	Sim	3	0	0	0	0	3
		5,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,40%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Outros	Não	59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Não adota cama ou colchão para prevenção de UP	Não	10	0	1	1	0	12
		16,90%	0,00%	2,20%	2,00%	0,00%	5,60%
	Sim	49	26	44	49	33	201
		83,10%	100,00%	97,80%	98,00%	100,00%	94,40%
Total		59	26	45	50	33	213
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

FONTE: O autor (2013).

Almofadas em cadeiras (de rodas) como medidas preventivas

O uso de almofadas em cadeiras de rodas é outra verificação de medida preventiva disponível no instrumento 3a. Destaca-se que o único campo do instrumento que verifica se o paciente é dependente de cadeira de rodas é a opção 'Não se aplica' contida nesse item. Houve relato de 23 pacientes dependentes de cadeira de rodas, mas em contraponto, esse item não foi informado em 58 casos, o que limita a análise dessa medida preventiva.

Das respostas válidas (n=196), a almofada que se destacou foi 'Outra' em um caso (0,5%) e a interpretação do item 'Não adota almofada de prevenção de úlcera por pressão' comprova essa informação, pois 22 respostas afirmam que essa opção é verdadeira, o que implica no entendimento de que apenas um paciente dependente de cadeira de rodas adota almofada como medida preventiva, contudo, não é possível descrever qual o tipo de almofada (TABELA 72).

TABELA 72 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ALMOFADAS EM CADEIRAS DE RODAS COMO MEDIDA PREVENTIVA (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Almofadas de gel	Não	196	77,2	100	100
	Não informado	58	22,8		
Total		254	100		
Almofada de ar	Não	196	77,2	100	100
	Não informado	58	22,8		
Total		254	100		
Almofada de roho	Não	196	77,2	100	100
	Não informado	58	22,8		

Continua...

Total			254	100		
Almofada de espuma	de Não	Não informado	196	77,2	100	100
			58	22,8		
Total			254	100		
Outra		Não	195	76,8	99,5	99,5
		Sim	1	0,4	0,5	100
		Total	196	77,2	100	
		Não informado	58	22,8		
Total			254	100		
Não adota almofadas para prevenção de UP	de Não	Sim	174	68,5	88,8	88,8
			22	8,7	11,2	100
		Total	196	77,2	100	
		Não informado	58	22,8		
Total			254	100		
Não se aplica		Não	23	9,1	11,7	11,7
		Sim	173	68,1	88,3	100
		Total	196	77,2	100	
		Não informado	58	22,8		
Total			254	100		

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 73 descreve que o único caso em que a almofada foi aplicada como medida preventiva foi identificado na área crítica adulto.

TABELA 73 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS ALMOFADAS EM CADEIRAS DE RODAS COMO MEDIDA PREVENTIVA POR ÁREA (N=254)

	Agrupamento					Total
	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	
Outras	1 1,60%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1
Não adota almofadas de prevenção de UP	10 16,40%	6 22,20%	3 6,80%	3 6,40%	0 0,00%	22
Não se aplica	50 82,00%	21 77,80%	41 93,20%	44 93,60%	17 100,00%	173
Total	61	27	44	47	17	196

FONTE: O autor (2013).

Outras medidas preventivas

Pelo menos uma das opções do item outras medidas preventivas foi assinalado em 200 pacientes, e foi totalmente deixado em branco em 54 questionários, mesmo que esse item contemple a opção 'Nenhuma' como resposta. Dentre as respostas válidas, a opção que se destacou foi nenhuma, com 97,5%, seguido de outras com 1,5%. Destaca-se que a opção pelego não foi adotada como medida preventiva a nenhum paciente. Os protetores de cotovelo e de calcanhar apareceram como

medida preventiva no cuidado de 0,5% e 0,8% pacientes, respectivamente, conforme TABELA 74.

TABELA 74 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO ITEM OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS (N=254)

		Frequência	%	% válida	% acumulada
Protetores de cotovelo	Não	199	78,3	99,5	99,5
	Sim	1	0,4	0,5	100
	Total	200	78,7	100	
	Não informado	54	21,3		
Total		254	100		
Protetores de calcanhar	Não	198	78	99	99
	Sim	2	0,8	1	100
	Total	200	78,7	100	
	Não informado	54	21,3		
Total		254	100		
Pelego	Não	200	78,7	100	100
	Não informado	54	21,3		
	Total	254	100		
Outras	Não	197	77,6	98,5	98,5
	Sim	3	1,2	1,5	100
	Total	200	78,7	100	
	Não informado	54	21,3		
Total		254	100		
Nenhuma	Não	5	2	2,5	2,5
	Sim	195	76,8	97,5	100
	Total	200	78,7	100	
	Não informado	54	21,3		
Total		254	100		

FONTE: O autor (2013).

Na TABELA 75 é possível visualizar que os protetores de cotovelo foram empregados na clínica médica (2,10%) e os de calcanhar nessa (2,10%) e na Pediatria (3,80%). A opção nenhuma outra medida preventiva representou mais 95% de todas as áreas, sendo a única opção na materno infantil (100%).

TABELA 75 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO ITEM OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=254)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	
Protetores de cotovelos	0 0,00%	0 0,00%	1 2,10%	0 0,00%	0 0,00%	1
Protetores de calcanhar	0 0,00%	1 3,80%	1 2,10%	0 0,00%	0 0,00%	2
Outras	1 1,70%	0 0,00%	1 2,10%	1 2,00%	0 0,00%	3
Nenhuma	59 98,30%	25 96,20%	45 95,70%	49 98,00%	17 100,00%	195
Total	60	26	47	50	17	200

FONTE: O autor (2013).

Perfil das úlceras por pressão: dados clínicos e prevalência

Os dados específicos das úlceras por pressão foram assinalados de acordo com a quantidade de úlceras por pressão em cada paciente. Por isso, considerou-se $n=267$, que totaliza os sujeitos ($n=254$) acrescido do número de úlceras por pressão.

A partir da análise desses dados específicos das úlceras por pressão, foram identificados 19 pacientes com úlcera, totalizando 32 lesões, com média de 1,68 lesões/paciente, sendo o mínimo uma e o máximo sete úlceras por pressão. A maioria dos pacientes apresentava uma única lesão (59,4%), seguido de duas (18,8%) (TABELA 76).

TABELA 76 - QUANTIDADE DE ÚLCERAS POR PRESSÃO POR PACIENTE (N=32)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Uma UP	19	59,4	59,4	59,4
Duas UP	6	18,8	18,8	78,1
Três UP	3	9,4	9,4	87,5
Quatro UP	1	3,1	3,1	90,6
Cinco UP	1	3,1	3,1	93,8
Seis UP	1	3,1	3,1	96,9
Sete UP	1	3,1	3,1	100
Total	32	100	100	

FONTE: O autor (2013).

Considerando a população de 254 pacientes incluídos na pesquisa, a prevalência pontual de úlcera por pressão foi 7,48%. Excluindo as úlceras de estágio 1 (eritema não branqueável), a taxa se altera para 4,72% (12 pacientes com lesões do estágio 2 ou acima).

Calculando-se por base o total de pacientes em risco pelas escalas de Braden e Braden Q ($n=39$), a prevalência de úlcera por pressão ($n=17$ pacientes com UP) é de 43,58%. Excluindo-se os pacientes que possuíam somente úlceras por pressão em estágio 1, a taxa foi de 30,76%.

A TABELA 77 indica que 235 pacientes (88%) não possuíam úlcera por pressão, e que a maioria das úlceras eram de estágio 2 (20 casos), seguidas de estágio 1 (oito casos), e apenas um caso de úlcera em estágio 4 e três inclassificáveis. Esse item não permitiu a avaliação do número de casos em que não houve informação, pois no instrumento 3a não há um campo para presença ou ausência de

úlceras por pressão, fato que requereu a análise conjunta dos dados, que será apresentada a seguir.

TABELA 77 - CASOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO E O ESTÁGIO DA LESÃO (N=267)

	Frequência	%	% acumulada
Sem úlcera	235	88	88
Úlcera no estágio 1	8	3	91
Úlcera no estágio 2	20	7,5	98,5
Úlcera no estágio 4	1	0,4	98,9
Úlcera sem classificação	3	1,1	100
Total	267	100	

FONTE: O autor (2013).

As úlceras de estágio 4 e inclassificáveis estavam localizadas nas unidades críticas adulto, e as lesões de estágio 2 foram identificadas nessa área, na clínica médica e na cirúrgica adulto. Na pediatria, havia somente úlceras em estágio inicial (eritema não branqueável) (7,10%) e na materno infantil não foram identificadas úlceras por pressão (TABELA 78).

TABELA 78 - CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ÁREA (N=267)

		Estágio da úlcera					Total
		Sem úlcera	Úlcera no estágio 1	Úlcera no estágio 2	Úlcera no estágio 4	Úlcera sem classificação	
Unidades críticas Adulto		49	3	16	1	3	72
		68,10%	4,20%	22,20%	1,40%	4,20%	100,00%
Pediatria		26	2	0	0	0	28
		92,90%	7,10%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Clínica Médica		47	0	1	0	0	48
		97,90%	0,00%	2,10%	0,00%	0,00%	100,00%
Cirúrgica Adulto		46	3	3	0	0	52
		88,50%	5,80%	5,80%	0,00%	0,00%	100,00%
Materno Infantil		67	0	0	0	0	67
		100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		235	8	20	1	3	267
		88,00%	3,00%	7,50%	0,40%	1,10%	100,00%

FONTE: O autor (2013).

A localização das 32 úlceras por pressão consta na TABELA 79. Nota-se que o local mais prevalente foi o cóccix (4,1%), seguido de outra região esquerda (1,5%), e calcâneo direito e orelha direita, com 1,1% cada.

TABELA 79 - LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO IDENTIFICADAS (N=267)

	Frequência	%	% acumulada
Sem úlcera	235	88	88
Cóccix	11	4,1	92,1
Calcâneo D	3	1,1	93,3
Calcâneo E	1	0,4	93,6
Tornozelo D	1	0,4	94
Tornozelo E	1	0,4	94,4
Quadril D	2	0,7	95,1
Quadril E	1	0,4	95,5
Orelha D	3	1,1	96,6
Orelha E	1	0,4	97
Região occipital	1	0,4	97,4
Outro D	2	0,7	98,1
Outro E	4	1,5	99,6
Outro	1	0,4	100
Total	267	100	

FONTE: O autor (2013).

A distribuição da localização das úlceras por pressão por áreas, exposta na TABELA 80, aponta que a área crítica possuía mais pacientes com úlceras na região do cóccix (8,3%), seguido da cirúrgica adulto (7,7%). A mesma observação é evidenciada para as úlceras nos calcâneos, com três casos na área crítica e um na cirúrgica. O único local do corpo em que não foram localizadas úlceras nos pacientes da área crítica foi a região occipital, que apresentou um caso (1,9%) na cirúrgica adulto. Destaca-se que a opção 'outro' foi registrada em uma unidade da área crítica sem a especificação de direito e esquerdo, e no respectivo instrumento havia a descrição qualitativa do coletador de que a úlcera por pressão estava localizada na região dorsal, o que não pode ser registrado de maneira exata no instrumento.

TABELA 80 - LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO IDENTIFICADAS POR ÁREA (N=267)

	Agrupamento					Total
	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	
Sem úlcera	49 68,10%	26 92,90%	47 97,90%	46 88,50%	67 100,00%	235 88,00%
Cóccix	6 8,30%	0 0,00%	1 2,10%	4 7,70%	0 0,00%	11 4,10%
Calcâneo D	2 2,80%	0 0,00%	0 0,00%	1 1,90%	0 0,00%	3 1,10%
Calcâneo E	1 1,40%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Tornozelo D	1 1,40%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Tornozelo E	1 1,40%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Quadril D	1 1,40%	1 3,60%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 0,70%
Quadril E	1 1,40%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Orelha D	2 2,80%	1 3,60%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 1,10%
Orelha E	1 1,40%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Região occipital	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 1,90%	0 0,00%	1 0,40%
Outro D	2 2,80%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 0,70%
Outro E	4 5,60%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	4 1,50%
Outro*	1 1,40%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Total	72 100,00%	28 100,00%	48 100,00%	52 100,00%	67 100,00%	267 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A área que concentrou maior prevalência pontual de úlcera por pressão foi a crítica adulto (19,67%), mesmo quando se excluem as lesões de estágio 1 (16,39%), conforme TABELA 81.

TABELA 81 - PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=254)

	População	Pacientes com UP	Prevalência	Excluindo-se UP Estágio 1	Prevalência excluindo-se UP Estágio 1
Área crítica Adulto	61	12	19,67%	10	16,39%
Pediatria	28	2	7,14%	1	3,57%
Clínica Médica	48	1	2,08%	1	2,08%
Cirúrgica Adulto	50	4	8,00%	0	0,00%
Materno Infantil	67	0	0,00%	0	0,00%
Total	254	19	7,48%	12	4,72%

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 82 apresenta o cruzamento dos dados referentes à localização das úlceras e a classificação da lesão. A única úlcera de estágio 4 (9,10%) estava localizada no cóccix, a mesma localização da maior parte das lesões de estágio 2 (63,60%) e de estágio 1 (23,30%). As lesões inclassificáveis estavam localizadas em outras regiões.

TABELA 82 - LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E A CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO (N=267)

	Estágio da úlcera					Total
	Sem úlcera	Úlcera no estágio 1	Úlcera no estágio 2	Úlcera no estágio 4	Úlcera sem classificação	
Sem úlcera	235 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	235 100,00%
Cóccix	0 0,00%	3 27,30%	7 63,60%	1 9,10%	0 0,00%	11 100,00%
Calcâneo D	0 0,00%	0 0,00%	3 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 100,00%
Calcâneo E	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Tornozelo D	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Tornozelo E	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Quadril D	0 0,00%	1 50,00%	1 50,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 100,00%
Quadril E	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Orelha D	0 0,00%	2 66,70%	1 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	3 100,00%
Orelha E	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Região occipital	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Outro D	0 0,00%	0 0,00%	1 50,00%	0 0,00%	1 50,00%	2 100,00%
Outro E	0 0,00%	0 0,00%	2 50,00%	0 0,00%	2 50,00%	4 100,00%
Outro	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Total	235 88,00%	8 3,00%	20 7,50%	1 0,40%	3 1,10%	267 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A maior parte das úlceras por pressão era recente, com tempo inferior a três meses (68,8%), e em um caso (6,3%) a duração era superior a um ano. Em sete casos não havia a informação da duração da lesão, conforme TABELA 83.

TABELA 83 - DURAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=32)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Menos de 2 semanas	12	37,5	37,5	37,5
De 2 semanas a 3 meses	10	31,3	31,3	68,8
De 3 a 6 meses	1	3,1	3,1	71,9
Mais de um ano	2	6,3	6,3	78,1
Não informado	7	21,9	21,9	100
Total	32	100	100	

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 84 indica que os pacientes cujas úlceras eram de maior tempo de duração estavam internados na área crítica, que também a maior parte das úlceras de curta duração, com 34,% das lesões com tempo inferior a duas semanas e 26,10% daquelas com duração de duas semanas a três meses. Todas as lesões da pediatria e da clínica médica eram recentes (100%).

TABELA 84 - DURAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ÁREA (N=32)

	Duração da UP					Total
	Menos de 2 semanas	De 2 semanas a 3 meses	De 3 a 6 meses	Mais de um ano	Não informado	
Unidades críticas Adulto	8 34,80%	6 26,10%	0 0,00%	2 8,70%	7 30,40%	23 100,00%
Pediatria	2 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 100,00%
Clínica Médica	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Cirúrgica Adulto	1 16,70%	4 66,70%	1 16,70%	0 0,00%	0 0,00%	6 100,00%
Total	12 37,50%	10 31,30%	1 3,10%	2 6,30%	7 21,90%	32 100,00%

FONTE: O autor (2013).

As úlceras por pressão do cóccix eram recentes, com até três meses (81,9%) e uma lesão dessa região não havia informação do tempo de duração. As lesões com maior duração estavam localizadas em outras regiões, e a maior parte das localizações possuía ao menos uma lesão sem especificação do tempo de duração, conforme TABELA 85.

TABELA 85 - DURAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR LOCALIZAÇÃO DA LESÃO (N=32)

	Duração da UP					Total
	Menos de 2 semanas	De 2 semanas a 3 meses	De 3 a 6 meses	Mais de um ano	Não informado	
Cóccix	4 36,40%	5 45,50%	1 9,10%	0 0,00%	1 9,10%	11 100,00%
Calcâneo D	1 33,30%	1 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	1 33,30%	3 100,00%
Calcâneo E	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Tornozelo D	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	1 100,00%
Tornozelo E	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	1 100,00%
Quadril D	1 50,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 50,00%	2 100,00%
Quadril E	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Orelha D	2 66,70%	1 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 100,00%
Orelha E	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Região occipital	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Outro D	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 50,00%	1 50,00%	2 100,00%
Outro E	1 25,00%	1 25,00%	0 0,00%	1 25,00%	1 25,00%	4 100,00%
Outro	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Total	12 37,50%	10 31,30%	1 3,10%	2 6,30%	7 21,90%	32 100,00%

FONTE: O autor (2013).

De acordo com a TABELA 86, em relação ao local aonde a úlcera se desenvolveu, 56,3% das lesões ocorreram na unidade/enfermaria atual, 9,4% em casa, 6,3% em outra unidade/enfermaria, e, 6,3% em outra instituição hospitalar. Destaca-se que 21,9% dos casos esse dado não foi informado.

TABELA 86 - LOCAL AONDE A ÚLCERA POR PRESSÃO SE DESENVOLVEU (N=32)

	Frequência	%	% acumulada
Na unidade/enfermaria atual	18	56,3	56,3
Em outra unidade/enfermaria	2	6,3	62,5
Em outra instituição - Hospital	2	6,3	68,8
Em casa	3	9,4	78,1
Não informado	7	21,9	100
Total	32	100	

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao local em que as úlceras se desenvolveram, os dados da TABELA 87 demonstram que 52,2% das lesões identificadas na área crítica adulto ocorreram durante essa internação, e as demais lesões em outra unidade/enfermaria ou o paciente já internou com a lesão, advindo de sua permanência em casa (8,7% cada). Todas as lesões cujo local de ocorrência não foi informado se referiam a pacientes internados na área crítica (30,40%), o que limitou a análise dos dados. Todas as úlceras da pediatria e da clínica médica (100%) se desenvolveram na atual internação, e três úlceras identificadas na cirúrgica adulto foram provenientes de outra instituição hospitalar ou do domicílio do paciente.

TABELA 87 - LOCAL AONDE A ÚLCERA POR PRESSÃO SE DESENVOLVEU POR ÁREA (N=32)

	Onde se desenvolveu a UP					Total
	Na unidade/ enfermaria atual	Em outra unidade/ enfermaria	Em outra instituição - Hospital	Em casa	Não informado	
Unidades críticas Adulto	12 52,20%	2 8,70%	0 0,00%	2 8,70%	7 30,40%	23 100,00%
Pediatria	2 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 100,00%
Clínica Médica	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
Cirúrgica Adulto	3 50,00%	0 0,00%	2 33,30%	1 16,70%	0 0,00%	6 100,00%
Total	18 56,30%	2 6,30%	2 6,30%	3 9,40%	7 21,90%	32 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Tratamento das úlceras por pressão

A avaliação do tratamento atual da ferida contempla 11 tipos de terapêutica, além das opções nenhum e outros. Destaca-se que 46,9% das úlceras por pressão avaliadas não recebia no momento da coleta de dados nenhum tipo de tratamento, seguido de 25% de outros, 6,3% com curativo de espuma e 3,1% seco. Nessa análise foram contemplados os 18,8% referentes ao dado não ter sido informado (TABELA 88).

TABELA 88 - TRATAMENTO ATUAL DA ÚLCERA POR PRESSÃO (N=32)

	Frequência	%	% acumulado
Nenhum	15	46,9	46,9
Seco	1	3,1	50
Curativo de espuma	2	6,3	56,3
Outros	8	25	81,3
Não informado	6	18,8	100
Total	32	100	

FONTE: O autor (2013).

A especificação do tratamento empregado nas lesões por área, disponível na TABELA 89, aponta que a 43,5% das úlceras da área crítica não recebiam nenhum tipo de tratamento, o que significa que a cada cinco lesões, duas não recebem nenhum tratamento seguida de 21,10% com outros tratamento. Na Pediatria uma lesão (50%) estava sem tratamento e outra com curativo de espuma, e, na clínica médica a única úlcera (100%) não recebia tratamento no momento da avaliação. Destaca-se a possibilidade de erro de interpretação do instrumento, que não prevê diretamente a opção de tratamento gaze e fita, apenas a opção seco, o que pode causar interpretação equivocada.

TABELA 89 - TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=32)

	Tratamento atual da ferida					Total
	Nenhum	Seco	Curativo de espuma	Outros	Não informado	
Unidades críticas	10	1	1	5	6	23
Adulto	43,50%	4,30%	4,30%	21,70%	26,10%	100,00%
Pediatria	1	0	1	0	0	2
	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Clínica Médica	1	0	0	0	0	1
	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Cirúrgica Adulto	3	0	0	3	0	6
	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	0,00%	100,00%
Total	15	1	2	8	6	32
	46,90%	3,10%	6,30%	25,00%	18,80%	100,00%

FONTE: O autor (2013).

Na TABELA 90 destaca-se que a úlcera de estágio 4 (100%) e as inclassificáveis (66,7%) eram tratadas com outro tipo de curativo não especificado na lista de opções do instrumento. A maioria das úlceras por pressão de estágio 1 (75%)

não recebiam nenhum tipo de tratamento, seguida de curativo de espuma e outros, com 12,5% cada.

TABELA 90 - TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO (N=32)

	Tratamento atual da ferida					Total
	Nenhum	Seco	Curativo de espuma	Outros	Não informado	
Úlcera no estágio 1	6 75,00%	0 0,00%	1 12,50%	1 12,50%	0 0,00%	8 100,00%
Úlcera no estágio 2	8 40,00%	1 5,00%	1 5,00%	4 20,00%	6 30,00%	20 100,00%
Úlcera no estágio 4	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	1 100,00%
Úlcera sem classificação	1 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	2 66,70%	0 0,00%	3 100,00%
Total	15 46,90%	1 3,10%	2 6,30%	8 25,00%	6 18,80%	32 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Dor relacionada à úlcera por pressão

Por fim, a avaliação se o cliente apresenta dor relacionada à úlcera por pressão obteve 196 respostas válidas. Os itens do instrumento se analisados de maneira isolada do instrumento 3 podem ser interpretados de maneira controversa, visto que não permitem avaliar se o paciente possui ou não úlcera por pressão. Reitera-se que esse foi um item de dificuldade sinalizado pelo comitê de especialistas durante a tradução e adaptação transcultural do instrumento, e, a partir de consulta à LPZ foi incluída a opção 'vá para a questão 7' como explicação no item 'Não, o cliente não tem dor'.

Contudo, na TABELA 91 são verificadas inconsistências em relação ao preenchimento desse item, pois apareceram 20 casos de úlcera por pressão, dos quais 15 indicam dor, e apenas cinco relatam que a dor está relacionada à úlcera por pressão. Em 58 casos, essa avaliação não foi informada.

TABELA 91 - DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS AO ITEM DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254)

		Frequência	%	% válido	% acumulado
Não, o cliente não apresenta UP.	Não	20	7,9	10,2	10,2
	Sim	176	69,3	89,8	100
	Total	196	77,2	100	
	Não informado	58	22,8		
Total		254	100		
Não, o cliente não tem dor.	Não	181	71,3	92,3	92,3
	Sim	15	5,9	7,7	100
	Total	196	77,2	100	
	Não informado	58	22,8		
Total		254	100		
Sim, o cliente relata dor relacionada à UP.	Não	249	98	98	98
	Sim	5	2	2	100
	Total	254	100	100	

FONTE: O autor (2013).

Mediante tais inconsistências, os casos controversos foram revisados individualmente. Nessa análise, destaca-se o caso de um idoso com úlcera por pressão em local não informado, que não apresenta avaliação da dor. Outro caso, um idoso informou dor relacionada à úlcera por pressão, mas não indicou a lesão no item de detalhamento da lesão (Tabela 7 do instrumento 3a). O terceiro caso foi de uma criança com úlcera por pressão na orelha direita, mas não havia nenhum registro no item dor, pois segundo registro qualitativo no instrumento, o paciente estava sedado.

A TABELA 92 apresenta o reagrupamento dos dados, com a definição de códigos diferentes do instrumento e que contemplam os dois casos em que o paciente apresentou úlcera por pressão, visto que isso pode ter ocorrido pela dificuldade de auto relato da dor pelo cliente, em casos de impossibilidade de verbalização. Isso demonstra fragilidade do instrumento em relação à impossibilidade de avaliação desse item, como a opção 'desconhecido', por exemplo.

TABELA 92 - REAGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS AO ITEM DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Não apresenta UP	179	70,5	70,5	70,5
Não relata dor relacionada à UP	13	5,1	5,1	75,6
Sim, o cliente relata dor	5	2	2	77,6
Apresenta UP, mas não foi possível mensurar a dor	1	0,4	0,4	78
Não informado	56	22	22	100
Total	254	100	100	

FONTE: O autor (2013).

Os cinco casos em que houve relato de dor relacionada à úlcera por pressão apresentaram escala analógica da dor acima de 4 (20%), com dor máxima em dois casos (40%), conforme exposto na TABELA 93.

TABELA 93 - ESCALA DA DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=254)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
4	1	0,4	20	20
7	1	0,4	20	40
8	1	0,4	20	60
10	2	0,8	40	100
Total	5	2	100	
Não informado	249	98		
Total	254	100		

FONTE: O autor (2013).

Ainda em relação aos cinco casos em que houve relato de dor, as úlceras por pressão estavam localizadas no cóccix (40%), orelha direita (20%) e outro direito e esquerdo, com 20% cada, conforme TABELA 94.

TABELA 94 - LOCALIZAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO EM QUE HOUVE RELATO DE DOR (N=254)

	Não apresenta UP	Não relata dor relacionada à UP	Sim, o cliente relata dor	Não informado	Total
Sem úlcera	176 100,00%	2 13,30%	0 0,00%	56 96,60%	234 92,10%
Cóccix	0 0,00%	9 60,00%	2 40,00%	0 0,00%	11 4,30%
Calcâneo E	0 0,00%	1 6,70%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Quadril D	0 0,00%	1 6,70%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Quadril E	0 0,00%	1 6,70%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,40%
Orelha D	0 0,00%	0 0,00%	1 20,00%	1 1,70%	2 0,80%
Outro D	0 0,00%	0 0,00%	1 20,00%	0 0,00%	1 0,40%
Outro E	0 0,00%	0 0,00%	1 20,00%	0 0,00%	1 0,40%
Não informado	0 0,00%	1 6,70%	0 0,00%	1 1,70%	2 0,80%
Total	176 100,00%	15 100,00%	5 100,00%	58 100,00%	254 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Para confirmar a análise individual, procedeu-se o agrupamento das variáveis dor (instrumento 3a) e presença de úlcera por pressão (Instrumento 3) indicado na TABELA 95. Nota-se que não foram informadas 23 respostas na questão sobre presença ou ausência da úlcera por pressão no instrumento 3. Em 20 casos a ausência de úlcera foi informada na questão referente a dor do instrumento 3a, mas não foi mencionada (em branco) o mais alto estágio da lesão no respectivo item do instrumento 3. Em três casos, o paciente possuía úlcera por pressão informada pela pergunta sobre dor do formulário 3, mas não houve nenhuma indicação do estágio da lesão no instrumento 3a. Destaca-se que nessa análise, no instrumento 3 haviam sido registradas apenas 17 pacientes com úlceras por pressão, o que se apresenta divergente aos dados analisados a partir do preenchimento do Instrumento 3a, cujo total foi de 19 portadores.

TABELA 95 - AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS DOR RELACIONADA À UP (INSTRUMENTO 3A) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DA LESÃO (INSTRUMENTO 3) (N=254)

Instrumento 3a	O cliente apresenta UP? (Instrumento 3)			Total
	Não	Sim	Não informado	
Não apresenta UP	159	0	20	179
Não relata dor relacionada a UP	0	12	1	13
Sim, o cliente relata dor	0	4	1	5
Apresenta UP mas não foi possível mensurar a dor	0	1	0	1
Não informado	55	0	1	56
Total	214	17	23	254

FONTE: O autor (2013).

Complementação da análise: agrupamento de variáveis do Instrumento 3 e do Instrumento 3a

Os dados da TABELA 96 apresentam o agrupamento das variáveis procedimento cirúrgico (Instrumento 3) e úlcera por pressão (Instrumento 3a), envolvendo 244 pacientes (3,9% de respostas não informadas). Destaca-se que 11 dos 19 pacientes com no mínimo uma úlcera por pressão foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, em contraponto aos 172 não portadores de lesão que não fizeram cirurgia. O teste qui-quadrado foi feito para análise dos 19 portadores de úlcera indicados no instrumento 3a. Da mesma forma, foi identificada diferença

estatisticamente significativa de portadores de lesão entre os pacientes submetidos ou não a procedimento cirúrgico ($p=0,001$).

TABELA 96 - AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DA LESÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=244)

	Procedimento cirúrgico		Total
	Não	Sim	
Sem UP	172 95,60%	53 82,80%	225 92,20%
Uma UP	8 4,40%	11 17,20%	19 7,80%
Total	180 100,00%	64 100,00%	244 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Dos pacientes com lesão por umidade (Instrumento 3), 22,2% eram também portadores de UP (Instrumento 3a), de acordo com a TABELA 97. O teste qui-quadrado indicou que não existe influência de um tipo de lesão sobre o outro ($p=0,067$).

TABELA 97 - AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS LESÃO POR UMIDADE (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=244)

	O cliente apresenta lesões por umidade?		Total
	Não	Sim	
Sem UP	206 91,20%	20 8,80%	226 100,00%
Uma UP	14 77,80%	4 22,20%	18 100,00%
Total	220 90,20%	24 9,80%	244 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A análise do tempo de internamento para os pacientes com e sem UP e sem informação (TABELA 98) por meio do Teste Anova apontou a inexistência de diferença estatisticamente significativa entre as médias dos tempos de cada grupo ($p=0,074$). No entanto, devido ao fato dos grupos de pacientes com UP ($n=16$) e sem informação ($n=23$) serem pequenos, pode estar ocorrendo um erro do tipo II, quando uma diferença real não consegue ser detectada.

TABELA 98 - AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS MÉDIA DE TEMPO DE INTERNAMENTO (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=248)

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	95% Intervalo de confiança		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite Superior		
Não	209	8,85	18,311	1,267	6,35	11,35	0	171
Sim	16	19,38	23,446	5,862	6,88	31,87	0	92
Não informado	23	7,35	12,673	2,642	1,87	12,83	0	59
Total	248	9,39	18,361	1,166	7,09	11,69	0	171

FONTE: O autor (2013).

Ao excluir os pacientes sem informação de existência de úlcera, a análise do tempo médio de internação indica diferença estatisticamente significativa de tempo entre os pacientes com e sem UP ($p=0,047$) (TABELA 99).

TABELA 99 - AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=248)

Tempo de internamento em dias	Presença de UP		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
	Sem UP	Com UP				
	Sem UP		230	84,913	1,758,069	115,924
	Com UP		18	208,889	2,416,582	569,594

FONTE: O autor (2013).

Ao excluir os pacientes sem informação de existência de úlcera, a análise do tempo de cirurgia em minutos indica que não existe diferença estatisticamente significativa de tempo de cirurgia entre os pacientes com e sem UP ($p=0,713$).

TABELA 100 - AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS TEMPO DE CIRURGIA EM MINUTOS (INSTRUMENTO 3) E PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (INSTRUMENTO 3A) (N=58)

Tempo de cirurgia em minutos	Presença de UP		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
	Sem UP	Com UP				
	Sem UP		47	137,85	214,315	31,261
	Com UP		11	162,73	119,297	35,969

FONTE: O autor (2013).

4.3 FASE 3: PROCEDIMENTO ANALÍTICO - VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS

Nesse tópico são apresentados os resultados dos dois itens referentes à validação do sistema de coleta de dados, obtida a partir da avaliação dos coletadores de dados (enfermeiros/estudantes) no preenchimento dos formulários específicos a essa finalidade, após a coleta de dados em cada clínica (avaliação dos instrumentos de coleta de dados) e no encerramento das atividades (avaliação global do sistema).

4.3.1 Validação do sistema: instrumentos de coleta de dados

A validação da tradução dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a) pelos coletadores foi realizada através do preenchimento de um questionário específico ao final da obtenção dos dados de cada unidade clínica. O instrumento 1 foi avaliado pela coordenadora local, visto que foi preenchido uma única vez devido a pesquisa ter sido realizada em uma única instituição.

Validação do Instrumento 1

A validação do instrumento 1 foi composta por dois blocos: Bloco A – tipo de instituição, o qual foi reconhecido como adequado nos dois itens, preenchimento e fonte das informações; e, Bloco B – informações institucionais sobre úlcera por pressão, cujo preenchimento das informações foi adequado e a fonte das informações parcialmente adequada.

Validação do Instrumento 2

Os blocos que compuseram a validação do instrumento 2 foram: Tipo de unidade clínica – Bloco A, e Úlcera por pressão – Bloco B. Todas as unidades em que houve coleta de dados receberam avaliação da aplicabilidade do sistema de coleta de dados como um todo pelo avaliador. Dessa forma, foram 37 unidades, as quais receberam duas avaliações cada (total 74). No Bloco A, foram obtidas 75 respostas

válidas, visto que em três casos, os coletadores assinalaram mais de uma opção em relação ao tipo de unidade clínica; e, no Bloco B, foram marcadas 74 respostas válidas relacionadas às informações da úlcera por pressão. Em ambos os itens, dois coletadores não informaram sua opinião, totalizando n=76 itens avaliados.

No Bloco A, cinco avaliadores preencheram a opção hospital secundário, e três colocaram mais de um tipo de unidade clínica. A orientação contida no Protocolo da LPZ (manual de coleta de dados) e na capacitação online foi assinalar a característica da unidade – área de cuidado. Contudo, por exemplo, a unidade Emergência Obstétrica foi assinalada como cirúrgico + obstetrícia + urgência/emergência, contudo deveria ser assinalada apenas a opção obstetrícia.

Dos 12 tipos de unidades clínicas descritas no instrumento 2, as 37 unidades clínicas avaliadas atendiam sete desses tipos, totalizando 58,33% de aplicação das características do instrumento.

Em relação ao **preenchimento das informações** do tipo de unidade clínica (Bloco A), 96% dos participantes afirmaram que foi adequado ou parcialmente adequado à unidade clínica avaliada, sendo que 76% das informações foram de fácil preenchimento, e 20% apresentaram alguma dificuldade. Apenas 4% mencionaram que discordam parcialmente, visto que as informações solicitadas não atendem a especificidade da clínica avaliada (TABELA 101).

TABELA 101 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES DO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA (N=76)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	57	75	76	76
Parcialmente adequado	15	19,7	20	96
Parcialmente inadequado	3	3,9	4	100
Total	75	98,7	100	
Não informado	1	1,3		
Total	76	100		

FONTE: O autor (2013).

No que diz respeito à **fonte das informações** para o preenchimento do tipo de unidade clínica, 100% dos participantes reconheceram como adequada ou parcialmente adequada, visto que 89,3% confirmaram que as fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) foram adequadas e apenas 10,7 mencionaram que essas não atenderam a todas as informações requeridas pelo instrumento 2, conforme TABELA 102.

TABELA 102 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES DO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA (N=76)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	67	88,2	89,3	89,3
Parcialmente adequado	8	10,5	10,7	100
Total	75	98,7	100	
Não informado	1	1,3		
Total	76	100		

FONTE: O autor (2013).

A adequação do preenchimento e fonte das informações dos tipos de unidade clínica foi analisada por áreas, com o intuito de identificar possíveis acréscimos a essa listagem de acordo com a concordância entre os dois avaliadores.

Na TABELA 103, visualiza-se que o **preenchimento das informações do tipo de unidade clínica** nas áreas: Cirúrgica adulto, clínica médica e unidades críticas adulto, foi adequado para os dois avaliadores, sendo 30,8%, 26,9% e 23,1%, respectivamente. Na pediatria, o preenchimento foi adequado para ambos ou adequado para um e parcialmente adequado para outro, com três casos cada. Contudo, 80% dos avaliadores consideraram o item parcialmente adequado.

TABELA 103 - COMBINAÇÃO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO AO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA POR ÁREAS (N=37)

	Adequado para os dois avaliadores	Adequado para um e adequado parcialmente para outro	Adequado para um e inadequado parcialmente para outro	Parcialmente adequado para ambos	Total
Unidades críticas	6	1	0	1	8
Adulto	23,10%	20,00%	0,00%	20,00%	21,60%
Pediatria	3	3	0	0	6
	11,50%	60,00%	0,00%	0,00%	16,20%
Clínica Médica	7	1	0	0	8
	26,90%	20,00%	0,00%	0,00%	21,60%
Cirúrgica Adulto	8	0	0	0	8
	30,80%	0,00%	0,00%	0,00%	21,60%
Materno Infantil	2	0	1	4	7
	7,70%	0,00%	100,00%	80,00%	18,90%
Total	26	5	1	5	37
	70,3%	13,5%	2,7%	13,5%	100,00%

FONTE: O autor (2013).

Dessa forma, o consenso dos dois avaliadores em relação à adequação do item 'tipo de unidade clínica' aponta que o instrumento foi adequado ou parcialmente adequado para os dois avaliadores em 97,3% das unidades clínicas. O item

parcialmente inadequado para um dos avaliadores representou 2,7% dos casos (TABELA 104).

TABELA 104 - CONSENSO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO AO TIPO DE UNIDADE CLÍNICA (N=38)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado para os dois avaliadores	26	68,4	70,3	70,3
Adequado para um e adequado parcialmente para outro	5	13,2	13,5	83,8
Parcialmente adequado para ambos	5	13,2	13,5	97,3
Adequado para um e inadequado parcialmente para outro	1	2,6	2,7	100
Total	37	97,4	100	
Não informado	1	2,6		
Total	38	100		

FONTE: O autor (2013).

A TABELA 105 apresenta que o **preenchimento das informações sobre as úlceras por pressão** (Bloco B) foi adequado ou parcialmente adequado para 95,6%. Destaca-se que nenhum avaliador mencionou Impossibilidade de preenchimento das informações, visto que a opção 'inadequado' não foi assinalada.

TABELA 105 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=76)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	52	68,4	70,3	70,3
Parcialmente adequado	18	23,7	24,3	94,6
Parcialmente inadequado	4	5,3	5,4	100
Total	74	97,4	100	
Não informado	2	2,6		
Total	76	100		

FONTE: O autor (2013).

A **fonte das informações sobre úlceras por pressão** foi adequada ou parcialmente adequada para todos os participantes (100%) (TABELA 106), com destaque a participação do enfermeiro da unidade clínica como fonte das informações, tendo em vista o procedimento adequado na coleta de dados.

TABELA 106 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=76)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	60	78,9	81,1	81,1
Parcialmente adequado	14	18,4	18,9	100
Total	74	97,4	100	
Não informado	2	2,6		
Total	76	100		

FONTE: O autor (2013).

A combinação dos dois avaliadores em relação às informações sobre as úlceras por pressão foi avaliada como adequada por 29 duplas (74,8%), e adequada para um e parcialmente adequada para outro em oito casos (21,6%). Na clínica médica, todos os avaliadores consideraram que as informações sobre úlcera por pressão foram adequadas (100%). Nas áreas cirúrgica adulto, Materno infantil e unidades críticas, houve predominância do consenso adequado, e nas duas últimas apenas uma dupla de avaliadores divergiu em relação à adequação das fontes, com 12,5% cada, conforme TABELA 107.

TABELA 107 - CONSENSO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ÁREAS (N=37)

	Adequado para os dois avaliadores	Adequado para um e adequado parcialmente para outro	Total
Unidades críticas Adulto	5 17,20%	3 37,50%	8 21,60%
Pediatria	3 10,30%	3 37,50%	6 16,20%
Clínica Médica	8 27,60%	0 0,00%	8 21,60%
Cirúrgica Adulto	7 24,10%	1 12,50%	8 21,60%
Materno Infantil	6 20,70%	1 12,50%	7 18,90%
Total	29 74,8%	8 21,6%	37 100%

FONTE: O autor (2013).

O consenso dos dois avaliadores em relação à adequação das informações sobre úlceras por pressão aponta que o instrumento foi adequado ou parcialmente adequado para os dois avaliadores em 97,3% das unidades clínicas. O item parcialmente inadequado para um dos avaliadores representou 2,7% dos casos (TABELA 108).

TABELA 108 - CONSENSO DOS DOIS AVALIADORES EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=38)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado para os dois avaliadores	26	68,4	70,3	70,3
Adequado para um e adequado parcialmente para outro	5	13,2	13,5	83,8
Parcialmente adequado para ambos	5	13,2	13,5	97,3
Adequado para um e inadequado parcialmente para outro	1	2,6	2,7	100
Total	37	97,4	100	
Não informado	1	2,6		
Total	38	100		

FONTE: O autor (2013).

Considerando os quatro itens de avaliação do instrumento, sendo dois por bloco, o somatório totalizou 302 avaliações do instrumento 2, das quais 236 (78,10%) foram adequadas e 55 (18,20%) parcialmente adequadas, o que totaliza em percentual acumulado de 96,30% de adequação total ou parcial do instrumento 2. A opção 'inadequado' representou apenas sete respostas (2,30%), conforme TABELA 109.

TABELA 109 - TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 2 (N=302)

	N	%	% acumulado
Adequado	236	78,10%	78,10%
Parcialmente adequado	55	18,20%	96,30%
Parcialmente inadequado	7	2,30%	98,60%
Não informado	4	1,30%	100%
Total	302	100,00%	

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao total de itens avaliados no instrumento 2 por áreas, a TABELA 110 apresenta o total de respostas obtidas por área e o total de avaliações, considerando duas avaliações por unidade (n=76) multiplicadas pelo número de itens avaliados (quatro itens por avaliação).

TABELA 110 - TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 2 POR ÁREA (N=302)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	50	29	65	61	31	236
Parcialmente adequada	14	18	1	3	19	55
Parcialmente inadequada	0	1	0	0	6	7
Não se aplica	0	0	4	0	0	4
Total de avaliações	16	12	18	16	14	76

FONTE: O autor (2013).

Das respostas válidas (n=298), 79,19% foram adequadas, e 97,65% foram adequadas ou parcialmente adequadas, com destaque à adequação nas unidades que compõe a clínica médica (98,48%) e cirúrgica adulto (95,31%). Nessas áreas e nas unidades críticas 100% das respostas válidas apontam adequação total ou parcial do instrumento 2. A opção inadequada totalizou apenas 2,35% das respostas, e foi opção em 10,71% das unidades da área materno infantil e 2,08% da Pediatria (TABELA 111).

TABELA 111 - PERCENTUAL DE ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO 2 A PARTIR DO TOTAL DE ITENS AVALIADOS POR ÁREA (N=298)

	Unidades críticas	Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	%	% acumulado
Adequado	78,13%	60,42%	98,48%	95,31%	55,36%	79,19%	79,19%	
Parcialmente adequado	21,88%	37,50%	1,52%	4,69%	33,93%	18,46%	97,65%	
Parcialmente inadequado	0,00%	2,08%	0,00%	0,00%	10,71%	2,35%	100,00%	
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		

FONTE: O autor (2013).

Validação do Instrumento 3

A validação do instrumento 3 também foi composta por dois blocos, os quais continham os dados sociodemográficos do cliente (Bloco A) e as informações relacionadas a ocorrência ou não de úlceras por pressão e lesões por umidade (Bloco B). Esses foram analisados em relação aos quatro pontos de adequação, descritos anteriormente em dois itens - preenchimento e fonte das informações.

Na **avaliação do instrumento 3** foram consideradas 36 unidades de internação (esperado 72 respostas), visto que em uma unidade não havia pacientes internados no momento da coleta de dados e por isso foi excluída. Contudo, ocorreu variação do número de respostas em cada item, foram obtidas 72 respostas válidas no bloco A, 68 no item preenchimento das informações e 69 em relação à fonte consultada no Bloco B, conforme TABELA 112.

TABELA 112 - RESPOSTAS OBTIDAS NOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 (N=74)

	Respostas		Não informado*		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bloco A Item 1	72	97,30%	2	2,70%	74	100,00%
Bloco A Item 2	72	97,30%	2	2,70%	74	100,00%
Bloco B Item 1	68	91,90%	6	8,10%	74	100,00%
Bloco B Item 2	69	93,20%	5	6,80%	74	100,00%

FONTE: O autor (2013). NOTA*: O item não informado se refere às duas avaliações não realizadas na unidade que não possuía pacientes internados no momento da avaliação.

A organização da coleta de dados priorizou a avaliação de maneira igualitária, e as áreas foram avaliadas por seis a oito avaliadores, conforme destaque da TABELA 113.

TABELA 113 - RESPOSTAS OBTIDAS NOS ITENS DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 POR ÁREA (N=37)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Área Crítica Adulto	8	21,6	21,6	21,6
Pediatria	6	16,2	16,2	37,8
Clínica Médica	8	21,6	21,6	59,5
Cirúrgica Adulto	8	21,6	21,6	81,1
Materno Infantil	7	18,9	18,9	100
Total	37	100	100	

FONTE: O autor (2013).

A avaliação sobre o preenchimento das informações sociodemográficas dos pacientes obteve 72 respostas válidas, com predominância da adequação parcial ou integral em todas as áreas (60 avaliações). Para dois e seis avaliadores alguns itens de difícil preenchimento nas unidades críticas adulto e materno infantil, com 25% e 75%, respectivamente; e, quatro avaliadores mencionaram a impossibilidade de preenchimento das informações na área materno infantil, o que totalizou 100% em relação a esse item (TABELA 114).

TABELA 114 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO PACIENTE POR ÁREA (N=72)

	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente inadequado	Inadequado	Total
Área Crítica Adulto	9 22,00%	5 26,30%	2 25,00%	0 0,00%	16 22,20%
Pediatria	10 24,40%	2 10,50%	0 0,00%	0 0,00%	12 16,70%
Clínica Médica	9 22,00%	5 26,30%	0 0,00%	0 0,00%	14 19,40%
Cirúrgica Adulto	13 31,70%	3 15,80%	0 0,00%	0 0,00%	16 22,20%
Materno Infantil	0 0,00%	4 21,10%	6 75,00%	4 100,00%	14 19,40%
Total	41 100,00%	19 100,00%	8 100,00%	4 100,00%	72 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Em relação à fonte das informações para o preenchimento dos dados sociodemográficos dos pacientes, foram obtidas 72 respostas válidas (TABELA 115), com predominância da escala 'adequado' em todas as áreas, com 58 avaliações, visto que as informações obtidas com o auxílio do enfermeiro, prontuário e pacientes foram adequadas para o preenchimento do instrumento. Na pediatria, todas as avaliações consideraram esse item adequado, e a escala 'parcialmente inadequado' foi indicada por apenas um avaliador das unidades críticas adulto.

TABELA 115 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO PACIENTE (N=72)

	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente inadequado	Total
Unidades Críticas Adulto	10 17,20%	5 38,50%	1 100,00%	16 22,20%
Pediatria	12 20,70%	0 0,00%	0 0,00%	12 16,70%
Clínica Médica	9 15,50%	5 38,50%	0 0,00%	14 19,40%
Cirúrgica Adulto	13 22,40%	3 23,10%	0 0,00%	16 22,20%
Materno Infantil	14 24,10%	0 0,00%	0 0,00%	14 19,40%
Total	58 100,00%	13 100,00%	1 100,00%	72 100,00%

FONTE: O autor (2013).

O preenchimento das informações sobre úlcera por pressão e lesões por umidade (Bloco B) foi avaliado por 68 coletadores, dentre os quais reconheceram esse item como adequado ou parcialmente adequado, com 65 avaliações. Nas unidades críticas adulto e a área materno infantil, o item sobre úlceras por pressão requeria informações que não atendem a especificidade das unidades avaliadas, fazendo com que três avaliadores a indicassem como parcialmente inadequado (TABELA 116).

TABELA 116 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=68)

	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente inadequado	Total
Unidades Críticas Adulto	12 20,00%	2 40,00%	1 33,30%	15 22,10%
Pediatria	10 16,70%	0 0,00%	0 0,00%	10 14,70%
Clínica Médica	13 21,70%	1 20,00%	0 0,00%	14 20,60%
Cirúrgica Adulto	14 23,30%	2 40,00%	0 0,00%	16 23,50%
Materno Infantil	11 18,30%	0 0,00%	2 66,70%	13 19,10%
Total	60 100,00%	5 100,00%	3 100,00%	68 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A avaliação sobre as fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) para a obtenção dos dados sobre as úlceras por pressão e lesões por umidade foram consideradas adequadas em maior proporção em todas as áreas, com 60 avaliações (n=69), seguida de parcialmente adequado (7 avaliações) e parcialmente inadequado com duas avaliações. Nessa última escala, destacam-se as unidades críticas adulto, na qual dois avaliadores (100%) afirmaram que as fontes consultadas dificultaram o preenchimento das informações, de acordo com o exposto na TABELA 117.

TABELA 117 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=69)

	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente inadequado	Total
Unidades Críticas Adulto	10 16,70%	3 42,90%	2 100,00%	15 21,70%
Pediatria	10 16,70%	0 0,00%	0 0,00%	10 14,50%
Clínica Médica	12 20,00%	2 28,60%	0 0,00%	14 20,30%
Cirúrgica Adulto	15 25,00%	1 14,30%	0 0,00%	16 23,20%
Materno Infantil	13 21,70%	1 14,30%	0 0,00%	14 20,30%
Total	60 100,00%	7 100,00%	2 100,00%	69 100,00%

FONTE: O autor (2013).

As avaliações dos coletadores das mesmas unidades clínicas foram combinadas para a verificação da concordância em relação à adequabilidade dos itens nas unidades avaliadas.

Em relação ao item preenchimento dos dados sociodemográficos dos pacientes, 43,2% dos avaliadores afirmaram ser adequado. De acordo com a frequência acumulada, em 81,1% pelo menos um dos avaliadores considerou o item parcialmente adequado (TABELA 118). Contudo, as escalas 'parcialmente inadequado' e 'inadequado' foram a opção de consenso em 10,8% e 5,4% dos avaliadores, respectivamente, por não atenderem a especificidade da clínica avaliada ou pela impossibilidade de preenchimento das informações.

TABELA 118 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS (N=37)

	Frequência	%	% acumulada
Adequado para ambos	16	43,2	43,2
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	9	24,3	67,6
Parcialmente adequado para ambos	5	13,5	81,1
Parcialmente inadequado para ambos	4	10,8	91,9
Inadequado para ambos	2	5,4	97,3
Não se aplica*	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013). NOTA*: refere-se à unidade que foi excluída.

O consenso das avaliações sobre a fonte das informações para o preenchimento dos dados sociodemográficos dos pacientes aponta que, em 97,3% das avaliações, o item foi adequado para pelo menos um avaliador, com destaque para a concordância da adequação (70,3%), que afirmam que a consulta ao enfermeiro, prontuário e paciente foi adequada para a obtenção dos dados sociodemográficos dos pacientes, de acordo com o exposto na TABELA 119.

TABELA 119 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	26	70,3	70,3
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	7	18,9	89,2
Parcialmente adequado para ambos	3	8,1	97,3
Não se aplica*	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013). NOTA*: refere-se à unidade que foi excluída.

Em relação ao Bloco B, que se refere às informações acerca da úlcera por pressão e lesões por umidade, a avaliação foi limitada, visto que em quatro clínicas (10,1%) apenas um dos avaliadores informou a escala compatível com a aplicação do instrumento 3. Contudo, verifica-se que 81,1 das respostas indicaram o preenchimento das informações sobre úlcera por pressão adequado, por pelo menos um avaliador (TABELA 120).

TABELA 120 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	25	67,6	67,6
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	5	13,5	81,1
Adequado para um e parcialmente inadequado para outro	2	5,4	86,5
Adequado para um e não informado pelo outro	3	8,1	94,6
Parcialmente inadequado para um e não informado pelo outro	1	2,7	97,3
Não se aplica*	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013). NOTA*: refere-se à unidade que foi excluída.

Na avaliação sobre as fontes de informações para o preenchimento dos dados sobre úlcera por pressão e lesões por umidade, ocorreu limitação decorrente da ausência de preenchimento da avaliação por dois coletadores (5,4%). A maioria das avaliações aponta consenso dos coletadores para a adequação das fontes (enfermeiro, prontuário e paciente), em 73% das respostas. A adequação integral para um e parcial para outro avaliador foi citada em 13,5% das respostas, o que resulta em percentual acumulado de 86,5% de adequação para pelo menos um dos avaliadores (TABELA 121).

TABELA 121 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	27	73	73
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	5	13,5	86,5
Adequado para um e não informado pelo outro	2	5,4	91,9
Parcialmente adequado para um e parcialmente inadequado para outro	1	2,7	94,6
Parcialmente inadequado para um e não informado pelo outro	1	2,7	97,3
Não se aplica*	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013). NOTA*: refere-se à unidade que foi excluída.

Em relação à avaliação agrupada de todos os itens de avaliação do instrumento 3, foram considerados 74 avaliadores, dos quais 72 expressaram respostas válidas. O total de respostas, obtidas em quatro itens do instrumento, totalizaram 296, conforme TABELA 122. O preenchimento e as fontes de informação foram indicados adequados em 219 avaliações (74% das respostas), e parcialmente adequados em 14,90%, o que totaliza 354,50% dos casos. A opção 'inadequado' foi mencionada em apenas 6,1% das respostas, com ênfase na inadequação parcial (4,70%). Nesse item, foram obtidas 15 respostas inválidas (20,30% dos casos).

TABELA 122 - TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3 (N=296)

	N	%	% de casos
Adequado	219	74,00%	295,90%
Parcialmente adequado	44	14,90%	59,50%
Parcialmente inadequado	14	4,70%	18,90%
Inadequado	4	1,40%	5,40%
Não se aplica	9	3,00%	12,20%
Não informado	6	2,00%	8,10%
Total	296	100,00%	400,00%

FONTE: O autor (2013).

Dentre as respostas, 263 indicaram o instrumento 3 total ou parcialmente adequado, com destaque a maior concentração de respostas de todas as unidades nessas duas escalas. Conforme TABELA 123, a opção parcialmente inadequado foi assinalada por seis avaliações da área crítica e por oito da materno infantil, sendo que nessa última, quatro avaliações o apreciaram como inadequados, totalizando 18 respostas nessas duas escalas.

TABELA 123 - TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3 POR ÁREA (N=296)

	Área Crítica Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	41	42	43	55	38	219
Parcialmente adequado	15	2	13	9	5	44
Parcialmente inadequado	6	0	0	0	8	14
Inadequado	0	0	0	0	4	4
Não se aplica	0	0	8	0	1	9
Não informado	2	4	0	0	0	6
Total	16	12	16	16	14	74

FONTE: O autor (2013).

Na TABELA 124 consta o percentual de adequação do instrumento 3 em relação ao total de itens avaliados. Das respostas válidas (n=281), percebe-se predominância das opções 'adequado' e 'parcialmente adequado' em todas as áreas, com percentual acumulado de 93,59%. Na pediatria, 95,45% das avaliações indicaram o instrumento adequado, seguido da cirúrgica adulto, com 85,94%. O instrumento foi considerado parcialmente inadequado por 4,98% das respostas válidas, com ocorrência em 14,55% das avaliações da área materno infantil e 9,68% das unidades críticas adulto. Em contrapartida, a escala 'inadequado' foi mencionada apenas por essa última (7,25%), totalizando 1,42% das respostas.

TABELA 124 - ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 A PARTIR DO TOTAL DE ITENS AVALIADOS POR ÁREA (N=281)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	%	% acumulado
Adequado	66,13%	95,45%	76,79%	85,94%	69,09%	77,94%	77,94%
Parcialmente adequado	24,19%	4,55%	23,21%	14,06%	9,09%	15,66%	93,59%
Parcialmente inadequado	9,68%	0,00%	0,00%	0,00%	14,55%	4,98%	98,58%
Inadequado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	7,27%	1,42%	100,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

FONTE: O autor (2013).

Validação Instrumento 3a

A validação do Instrumento 3a foi composta por três blocos:

- A – medidas preventivas às úlceras por pressão;
- B – avaliação da dor;
- C – tabela dos dados clínicos da úlcera por pressão.

Foram aplicados os mesmos dois itens descritos anteriores, relacionados ao preenchimento e fonte das informações, com a escala quatro pontos de adequado a inadequado.

Nessa avaliação também foram consideradas 36 unidades de internação, devido à exclusão da unidade que não possuía pacientes internados no momento da coleta de dados. Em cada bloco, foram obtidas quantidades variadas de respostas válidas, devido a não utilização da tabela sobre as informações das úlceras por pressão (Bloco C) nas unidades em que não havia pacientes com úlceras, conforme TABELA 125.

TABELA 125 - TOTAL DE RESPOSTAS OBTIDAS NA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO 3 POR ITENS (N=74)

	Bloco A Item 1	Bloco A Item 2	Bloco B Item 1	Bloco B Item 2	Bloco C Item 1	Bloco C Item 2	Total
Respostas válidas	64	64	64	65	36	36	329
Não informado	10	10	10	9	38	38	115
Total	74	74	74	74	74	74	444

FONTE: O autor (2013).

Em relação às medidas preventivas às úlceras por pressão (Bloco A), o preenchimento das informações foi adequado para a maioria dos avaliadores, representando 85,9%, e parcialmente adequado para 95,3% das respostas válidas (n=64), conforme exposto na TABELA 126. Apenas 4,7% dos avaliadores reconheceram que o preenchimento dessas informações foi parcialmente inadequado.

TABELA 126 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	55	74,3	85,9	85,9
Parcialmente adequado	6	8,1	9,4	95,3
Parcialmente inadequado	3	4,1	4,7	100
Total	64	86,5	100	
Não se aplica	5	6,8		
Não informado	5	6,8		
Total	10	13,5		
Total	74	100		

FONTE: O autor (2013).

A fonte das informações sobre as medidas preventivas às úlceras por pressão foi adequada total ou parcialmente para 100% dos avaliadores que opinaram, visto que 13,5% das respostas a essa questão foram inválidas (TABELA 127).

TABELA 127 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS DE ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	56	75,7	87,5	87,5
Parcialmente adequado	8	10,8	12,5	100
Total	64	86,5	100	
Não se aplica	5	6,8		
Não informado	5	6,8		
Total	10	13,5		
Total	74	100		

FONTE: O autor (2013).

Em relação às áreas, o preenchimento das informações desse bloco foi adequado total ou parcialmente em maior proporção em todas as áreas, com destaque a 87,50% de adequação na cirúrgica adulto, seguida de 81,30% na clínica médica e unidades críticas adulto. A pediatria e materno infantil apareceram com adequação de 66,70% e 50,00%, respectivamente, sendo que essa última foi a única área a considerar o item parcialmente inadequado em três (21,40%) das 14 avaliações realizadas (TABELA 128).

TABELA 128 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=74)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	13 81,30%	8 66,70%	13 81,30%	14 87,50%	7 50,00%	55 74,30%
Parcialmente adequado	2 12,50%	0 0,00%	1 6,30%	2 12,50%	1 7,10%	6 8,10%
Parcialmente inadequado	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 21,40%	3 4,10%
Não se aplica	0 0,00%	0 0,00%	2 12,50%	0 0,00%	3 21,40%	5 6,80%
Não informado	1 6,30%	4 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	5 6,80%
Total	16 100,00%	12 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	14 100,00%	74 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Em todas as áreas a fonte das informações sobre as medidas preventivas foi reconhecida como adequada, com 56 avaliações. Destacaram-se as áreas cirúrgica adulto e materno infantil, com 87,5% e 78,60% de adequação, respectivamente, e as unidades críticas adulto, em que 93,8% das avaliações indicaram o item total ou parcialmente adequado, e um avaliador (6,30%) não manifestou sua opinião a respeito (TABELA 129).

TABELA 129 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE AS MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA (N=74)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	11 68,80%	8 66,70%	12 75,00%	14 87,50%	11 78,60%	56 75,70%
Parcialmente adequado	4 25,00%	0 0,00%	2 12,50%	2 12,50%	0 0,00%	8 10,80%
Não se aplica	0 0,00%	0 0,00%	2 12,50%	0 0,00%	3 21,40%	5 6,80%
Não informado	1 6,30%	4 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	5 6,80%
Total	16 100,00%	12 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	14 100,00%	74 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Dados similares a TABELA 129 foram observados no preenchimento das informações referentes à avaliação da dor (Bloco B), no qual 13,5% das respostas também foram inválidas. Das respostas válidas, 78,1% dos avaliadores afirmaram que esse preenchimento foi adequado, resultando em percentual acumulado de 90,6% de adequação total ou parcial do item. Apenas 9,4% das respostas válidas consideraram-no parcialmente inadequado, de acordo com a TABELA 130.

TABELA 130 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DA DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	50	67,6	78,1	78,1
Parcialmente adequado	8	10,8	12,5	90,6
Parcialmente inadequado	6	8,1	9,4	100
Total	64	86,5	100	
Não se aplica	5	6,8		
Não informado	5	6,8		
Total	10	13,5		
Total	74	100		

FONTE: O autor (2013).

A adequação da fonte das informações sobre a avaliação da dor é visualizada na TABELA 131. Esse item foi considerado total ou parcialmente adequado por 95,4% dos avaliadores participantes, e, a inadequação parcial ou total foi mencionada em apenas 4,6% das respostas válidas. O percentual de avaliações não pontuadas na análise foi de 12,2%.

TABELA 131 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR (N=74)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	56	75,7	86,2	86,2
Parcialmente adequado	6	8,1	9,2	95,4
Parcialmente inadequado	2	2,7	3,1	98,5
Inadequado	1	1,4	1,5	100
Total	65	87,8	100	
Não se aplica	5	6,8		
Não informado	4	5,4		
Total	9	12,2		
Total	74	100		

FONTE: O autor (2013).

Nas áreas, o preenchimento das informações desse item foi reconhecido como adequado na maioria das avaliações (67,60%), como maior percentual nas avaliações das unidades que compõem a cirúrgica adulto (87,50%) e a clínica médica (81,30%). A escala 'parcialmente adequado' foi mencionada em 10,80% das avaliações, com ênfase a quatro avaliações (25,00%) nas unidades críticas adulto, e, a 'parcialmente inadequado' em três avaliações dessa e da área materno infantil, representando 18,80% e 21,40%, respectivamente. Os dados estão descritos na TABELA 132.

TABELA 132 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DA DOR RELACIONADA À ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=74)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	8 50,00%	7 58,30%	13 81,30%	14 87,50%	8 57,10%	50 67,60%
Parcialmente adequado	4 25,00%	1 8,30%	1 6,30%	2 12,50%	0 0,00%	8 10,80%
Parcialmente inadequado	3 18,80%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 21,40%	6 8,10%
Não se aplica	0 0,00%	0 0,00%	2 12,50%	0 0,00%	3 21,40%	5 6,80%
Não informado	1 6,30%	4 33,30%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	5 6,80%
Total	16 100,00%	12 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	14 100,00%	74 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A obtenção das informações sobre a avaliação da dor por intermédio do enfermeiro, prontuário e paciente foi considerada adequada com a maior proporção de avaliações em todas as áreas. Os maiores índices de adequação total foram observados na cirúrgica adulto (93,80%), materno infantil (78,60%) e clínica médica (75,00%), e de parcial nas unidades críticas adulto e clínica médica (12,50% cada). Nas unidades críticas adulto essas fontes foram indicadas como parcialmente inadequadas (12,50%) e inadequadas (6,30%), as quais somadas representaram 4,10% do total de avaliações. Destaca-se que 12,2% das repostas foram inválidas, devido ao não preenchimento ou não aplicação do item na unidade clínica avaliada (TABELA 133).

TABELA 133 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO DA DOR POR ÁREA (N=74)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	10 62,50%	8 66,70%	12 75,00%	15 93,80%	11 78,60%	56 75,70%
Parcialmente adequado	2 12,50%	1 8,30%	2 12,50%	1 6,30%	0 0,00%	6 8,10%
Parcialmente inadequado	2 12,50%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 2,70%
Inadequado	1 6,30%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 1,40%
Não se aplica	0 0,00%	0 0,00%	2 12,50%	0 0,00%	3 21,40%	5 6,80%
Não informado	1 6,30%	3 25,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	4 5,40%
Total	16 100,00%	12 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	14 100,00%	74 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A Tabela contendo as informações clínicas sobre as úlceras por pressão foi aplicada aos pacientes portadores de lesões. Assim, foram obtidas 36 respostas válidas (48,6% do total) a respeito desse item (Bloco C), as quais possivelmente são referentes às unidades em que esse foi aplicado. Dentre as respostas válidas, a TABELA 134 apresenta que 83,3% dos avaliadores indicaram o preenchimento da tabela adequado ou parcialmente adequado, e, os 16,7% restantes foram distribuídos em parcialmente inadequado (13,9%) e inadequado (2,8%).

TABELA 134 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA TABELA COM AS INFORMAÇÕES CLÍNICAS DA ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	25	33,8	69,4	69,4
Parcialmente adequado	5	6,8	13,9	83,3
Parcialmente inadequado	5	6,8	13,9	97,2
Inadequado	1	1,4	2,8	100
Total	36	48,6	100	
Não se aplica	30	40,5		
Não informado	8	10,8		
Total	38	51,4		
Total	74	100		

FONTE: O autor (2013).

Foram obtidas 36 respostas válidas acerca da avaliação da fonte das informações clínicas das úlceras por pressão, entre as quais 91,7% das avaliações indicaram adequação total ou parcial ao item. As 8,3% das avaliações restantes

atribuíram a escala 'parcialmente inadequado' às fontes de informação (enfermeiro, prontuário e paciente), conforme apresenta a TABELA 135.

TABELA 135 - AVALIAÇÃO DA FONTE DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO (N=74)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	31	41,9	86,1	86,1
Parcialmente adequado	2	2,7	5,6	91,7
Parcialmente inadequado	3	4,1	8,3	100
Total	36	48,6	100	
Não se aplica	30	40,5		
Não informado	8	10,8		
Total	38	51,4		
Total	74	100		

FONTE: O autor (2013).

Em relação ao preenchimento da tabela com as informações clínicas das úlceras por pressão por áreas (TABELA 136), 33,80% das avaliações foram adequadas, com destaque às unidades críticas adulto e pediatria, com 50,00% cada, e, cirúrgica adulto (37,50%) e clínica médica (31,30%). A escala 'parcialmente adequado' para esse item foi citada por três avaliações (18,80%) na área crítica adulto e por duas (12,50%) da cirúrgica adulto. A inadequação parcial ou total representou 8,20% das avaliações, com uma resposta na área crítica adulto em cada uma das escalas (6,30% cada), uma avaliação na clínica médica e três na área materno infantil com inadequação parcial, sendo que todas as avaliações válidas dessa última área foram inadequadas.

TABELA 136 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=74)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	8 50,00%	6 50,00%	5 31,30%	6 37,50%	0 0,00%	25 33,80%
Parcialmente adequado	3 18,80%	0 0,00%	0 0,00%	2 12,50%	0 0,00%	5 6,80%
Parcialmente inadequado	1 6,30%	0 0,00%	1 6,30%	0 0,00%	3 21,40%	5 6,80%
Inadequado	1 6,30%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 1,40%
Não se aplica	2 12,50%	2 16,70%	7 43,80%	8 50,00%	11 78,60%	30 40,50%
Não informado	1 6,30%	4 33,30%	3 18,80%	0 0,00%	0 0,00%	8 10,80%
Total	16 100,00%	12 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	14 100,00%	74 100,00%

FONTE: O autor (2013).

Na mesma forma de análise, a avaliação acerca da fonte de preenchimento da tabela referente à úlcera por pressão foi adequada com maior proporção em todas as áreas e totalizou 41,90% das avaliações. Houve predomínio de adequação total e parcial nas unidades críticas adulto, com 56,30% e 12,50%, respectivamente. Pediatria e Cirúrgica adulto obtiveram adequação em 50% cada. As fontes foram consideradas parcialmente inadequadas em duas avaliações da área crítica (12,50%) e uma (6,30%) na clínica médica. O percentual restante (51,30%) diz respeito às avaliações que não foram informadas ou não se aplicavam a utilização da tabela na referida unidade clínica, conforme segue na TABELA 137.

TABELA 137 - AVALIAÇÃO DA FONTE DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS SOBRE A ÚLCERA POR PRESSÃO POR ÁREA (N=74)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	9 56,30%	6 50,00%	5 31,30%	8 50,00%	3 21,40%	31 41,90%
Parcialmente adequado	2 12,50%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 2,70%
Parcialmente inadequado	2 12,50%	0 0,00%	1 6,30%	0 0,00%	0 0,00%	3 4,10%
Não se aplica	2 12,50%	2 16,70%	7 43,80%	8 50,00%	11 78,60%	30 40,50%
Não informado	1 6,30%	4 33,30%	3 18,80%	0 0,00%	0 0,00%	8 10,80%
Total	16 100,00%	12 100,00%	16 100,00%	16 100,00%	14 100,00%	74 100,00%

FONTE: O autor (2013).

A combinação das respostas entre os avaliadores da mesma unidade clínica foi realizada com os três blocos de avaliação do instrumento 3a (TABELA 138) . O primeiro item, que diz respeito ao preenchimento das medidas preventivas de úlcera por pressão adotadas ao cliente, houve concordância da adequação em 64,9% das avaliações, e no acumulado, esse item foi adequado para pelo menos um dos avaliadores em 86,5%. A opção parcialmente inadequada foi mencionada por apenas um avaliador em três avaliações (8,1%). Dois avaliadores não mencionaram sua avaliação desse item, o que se refere à unidade clínica excluída.

TABELA 138 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DA ÚLCERA (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	24	64,9	64,9
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	4	10,8	75,7
Adequado para um e não informado pelo outro	3	8,1	83,8
Parcialmente adequado para ambos	1	2,7	86,5
Parcialmente inadequado para um e não se aplica para outro	3	8,1	94,6
Não se aplica para ambos	1	2,7	97,3
Não informado por ambos	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

A concordância dos avaliadores em relação à fonte das informações sobre prevenção das úlceras demonstra que houve adequação da obtenção de tais informações com o enfermeiro, prontuário ou paciente em 94,6% das avaliações para pelo menos um avaliador. Desse percentual, 64,9% representa que o item foi adequado para ambos. Os 5,4% restantes representam duas avaliações, possivelmente relacionadas à unidade clínica excluída (TABELA 139).

TABELA 139 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES DAS MEDIDAS PREVENTIVAS (N=37)

	Frequência	%	% acumulada
Adequado para ambos	24	64,9	64,9
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	4	10,8	75,7
Adequado para um e não se aplica para outro	3	8,1	83,8
Adequado para um e não informado pelo outro	2	5,4	89,2
Parcialmente adequado para ambos	1	2,7	91,9
Parcialmente adequado para um e não informado pelo outro	1	2,7	94,6
Não se aplica para ambos	1	2,7	97,3
Não informado por ambos	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

A concordância nos itens do Bloco B, o preenchimento da avaliação da dor relaciona à úlcera por pressão foi adequado para ambos os avaliadores em 56,8% das avaliações. A adequação para pelo menos um avaliador totalizou 86,5% e o item parcialmente inadequado para um dos avaliadores foi mencionado em três unidades clínicas (8,1%). As avaliações não informadas ou não aplicáveis totalizaram duas (5,4%), conforme descrito na TABELA 140.

TABELA 140 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES SOBRE AVALIAÇÃO DA DOR (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	21	56,8	56,8
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	3	8,1	64,9
Adequado para um e parcialmente inadequado para outro	2	5,4	70,3
Adequado para um e não informado pelo outro	3	8,1	78,4
Parcialmente adequado para ambos	3	8,1	86,5
Parcialmente inadequado para um e não se aplica para outro	3	8,1	94,6
Não se aplica para ambos	1	2,7	97,3
Não informado por ambos	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

De acordo com a TABELA 141, a fonte dessas informações foi adequada para todas as duplas cujas respostas foram válidas, resultando em um percentual acumulado de 94,60%. Os 5,4% se referem aos itens não avaliados por ambos os coletadores.

TABELA 141 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	21	56,8	56,8
Adequado para um e parcialmente adequado para outro	7	18,9	75,7
Adequado para um e parcialmente inadequado para outro	2	5,4	81,1
Adequado para um e não se aplica para outro	3	8,1	89,2
Adequado para um e não informado pelo outro	2	5,4	94,6
Não se aplica para ambos	1	2,7	97,3
Não informado por ambos	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

A tabela do instrumento 3a que contém os dados clínicos das úlceras por pressão foi avaliada por 23 duplas, que totalizaram 45,9% de adequação para pelo menos um avaliador. A inadequação apareceu na avaliação de uma unidade clínica (2,7%), na qual foi total para um avaliador e parcial para outro. Em outras cinco duplas, um dos avaliadores mencionou inadequação parcial e o outro informou que não se aplica, devido ao não uso da tabela. Em 35,1% das avaliações, ambos os avaliadores

mencionaram que esse item não aplica e apenas um avaliador não informou sua avaliação (TABELA 142).

TABELA 142 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO AO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	9	24,3	24,3
Adequado para um e não informado pelo outro	6	16,2	40,5
Parcialmente adequado para ambos	2	5,4	45,9
Parcialmente inadequado para um e inadequado para outro	1	2,7	48,6
Parcialmente inadequado para um e não se aplica para outro	5	13,5	62,2
Não se aplica para ambos	13	35,1	97,3
Não informado por ambos	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

A fonte para o preenchimento das informações clínicas da úlcera por pressão contida na tabela do Instrumento 3a foi designada adequada por pelos menos um avaliador em 54,1% das avaliações. Quatro unidades clínicas foram apontadas como parcialmente adequadas por um dos avaliadores. Em 35,1% das avaliações, ambos os avaliadores mencionaram que esse item não aplica e apenas um avaliador não informou sua avaliação (TABELA 143).

TABELA 143 - CONSENSO DA AVALIAÇÃO DOS DOIS COLETADORES EM RELAÇÃO À FONTE DAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO (N=37)

	Frequência	%	% acumulado
Adequado para ambos	10	27	27
Adequado para um e parcialmente inadequado para outro	1	2,7	29,7
Adequado para um e não se aplica para o outro	3	8,1	37,8
Adequado para um e não informado pelo outro	6	16,2	54,1
Parcialmente adequado para um e parcialmente inadequado para o outro	1	2,7	56,8
Parcialmente inadequado para um e não se aplica para o outro	2	5,4	62,2
Não se aplica para ambos	13	35,1	97,3
Não informado por ambos	1	2,7	100
Total	37	100	

FONTE: O autor (2013).

No somatório de avaliações do instrumento 3a (seis itens), foram obtidas 444 respostas, das quais 273 (61,50%) apontam que a aplicação do mesmo foi adequada, seguida de 7,90% parcialmente adequada e apenas 19 (4,30%) parcialmente inadequado. Apenas duas avaliações (0,50%) mencionaram que o instrumento foi

inadequado. Devido a não aplicação de um dos itens do instrumento a todos os pacientes, 115 respostas não foram válidas (25,90%), de acordo com a TABELA 144.

TABELA 144 - TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3A (N=444)

	N	%	% de casos
Adequado	273	61,50%	368,90%
Parcialmente adequado	35	7,90%	47,30%
Parcialmente inadequado	19	4,30%	25,70%
Inadequado	2	0,50%	2,70%
Não se aplica	80	18,00%	108,10%
Não informado	35	7,90%	47,30%
Total	444	100,00%	600,00%

FONTE: O autor (2013).

Foram obtidas 329 respostas válidas, das quais 273 (83,00%) apontaram que o instrumento 3a é adequado e 35 (10,60%) parcialmente adequado. A inadequação parcial ou total foi mencionada em somente 5,80% e 0,60%, respectivamente, conforme exposto na TABELA 145.

TABELA 145 - TOTAL DE ITENS AVALIADOS NO INSTRUMENTO 3A POR ÁREA (N=329)

	N	%	% de casos
Adequado	273	83,00%	407,50%
Parcialmente adequado	35	10,60%	52,20%
Parcialmente inadequado	19	5,80%	28,40%
Inadequado	2	0,60%	3,00%
Total	329	100,00%	491,00%

FONTE: O autor (2013).

O percentual de adequação do instrumento 3a por área está na TABELA 146. Das respostas válidas (n=329), 93,62% indicam que o instrumento é adequado total ou parcialmente às unidades avaliadas. Quatro áreas mantiveram percentuais de adequação superiores a 80,00%, com destaque à Pediatria, que obteve 95,56% de adequação, complementada com os 4,44% como parcialmente adequado. A inadequação do instrumento foi citada nas unidades críticas adulto, clínica médica e materno infantil.

TABELA 146 - PERCENTUAL DE ADEQUAÇÃO DO INSTRUMENTO 3A A PARTIR DO TOTAL DE ITENS AVALIADOS POR ÁREA (N=329)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	%	% acumulado
Adequado	68,60%	95,56%	88,24%	88,75%	80,00%	82,98%	82,98%
Parcialmente adequado	19,77%	4,44%	8,82%	11,25%	2,00%	10,64%	93,62%
Parcialmente inadequado	9,30%	0,00%	2,94%	0,00%	18,00%	5,78%	99,39%
Inadequado	2,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,61%	100,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

FONTE: O autor (2013).

4.3.2 Validação global do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão

A avaliação global do sistema foi realizada pelos coletadores ao entregarem os kits. O formulário foi composto por questões que incluíam a avaliação de quatro pontos fundamentais: a) adequação do sistema à clínica avaliada, b) viabilidade de aplicação do sistema (instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados, material educativo), c) material educativo e, d) material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta), os quais serão explicitados a seguir. Participaram dessa etapa da avaliação 28 coletadores.

O maior número de coletadores avaliou pacientes da área crítica (42,30% dos casos, totalizando 11 coletadores), seguido da clínica médica que envolveu dez coletadores (38,5% dos casos). A TABELA 147 apresenta a distribuição da participação dos coletadores por áreas, dos quais dois foram excluídos por não manifestarem as unidades que avaliaram (n=26).

TABELA 147 - DISTRIBUIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS COLETADORES POR ÁREAS (N=26)

	N	%	% de casos
Unidade crítica Adulto	11	27,50%	42,30%
Pediatria	7	17,50%	26,90%
Clínica médica	10	25,00%	38,50%
Cirúrgica Adulto	8	20,00%	30,80%
Materno Infantil	4	10,00%	15,40%
Total	40	100,00%	153,80%

FONTE: O autor (2013).

Em relação à adequação do sistema à clínica avaliada, 46,4% considerou adequada e 32,1% inadequada. O percentual acumulado descrito na TABELA 148

demonstra que 78,6% dos avaliadores apontam que o sistema atendeu integral ou parcialmente as especificidades da clínica avaliada.

TABELA 148 - FREQUÊNCIA DE ADEQUAÇÃO DO SISTEMA À CLÍNICA AVALIADA (N=28)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	13	46,4	46,4	46,4
Parcialmente adequado	9	32,1	32,1	78,6
Parcialmente inadequado	6	21,4	21,4	100
Total	28	100	100	

FONTE: O autor (2013).

A questão anterior foi ampliada com a avaliação acerca da viabilidade de aplicação do sistema, no que diz respeito ao instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados e material educativo. Conforme TABELA 149, 82,1% dos avaliadores afirmaram que o sistema apresenta viabilidade integral ou parcial de aplicação na clínica avaliada. Contudo, para 17,9% dos avaliadores, o sistema é parcialmente inadequado para a clínica.

TABELA 149 - AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE APLICAÇÃO DO SISTEMA (N=28)

	Frequência	%	% acumulada
Adequado	17	60,7	60,7
Parcialmente adequado	6	21,4	82,1
Parcialmente inadequado	5	17,9	100
Total	28	100	

FONTE: O autor (2013).

O material educativo foi o terceiro ponto da avaliação global do sistema, cuja finalidade foi averiguar a pertinência dos conteúdos abordados em relação à contribuição para a aplicação do sistema de coleta de dados. Para 96,4% dos participantes, o material contribuiu para a aplicação do sistema de coleta de dados, de maneira integral ou parcial, e foi inadequado para apenas um avaliador (3,6%) (TABELA 150).

TABELA 150 - AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA (N=28)

	Frequência	%	% válida	% acumulada
Adequado	23	82,1	82,1	82,1
Parcialmente adequado	4	14,3	14,3	96,4
Inadequado	1	3,6	3,6	100
Total	28	100	100	

FONTE: O autor (2013).

A avaliação do material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta) contemplou a verificação se tais recursos facilitaram ou dificultaram a realização da coleta de dados. Conforme TABELA 151, 85,7% afirmaram que o material de apoio favoreceu a coleta de dados, e 14,3% mencionaram adequação parcial do mesmo.

TABELA 151 - AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL DE APOIO DA COLETA PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA (N=28)

	Frequência	%	% acumulada
Adequado	24	85,7	85,7
Parcialmente adequado	4	14,3	100
Total	28	100	

FONTE: O autor (2013).

As questões supracitadas foram analisadas em relação à área de categorização das unidades clínicas, com vistas à avaliação global da aplicabilidade do sistema de coleta de dados e os recursos utilizados. Foram consideradas nessa análise 26 respostas válidas, visto que dois avaliadores não preencheram os locais.

Na TABELA 152, a clínica médica e as unidades críticas adulto reconheceram a adequação do sistema, com 70,% e 54,50%, respectivamente. Na área materno infantil, os avaliadores apontaram que o sistema é parcialmente inadequado, visto que não atendeu as especificidades das clínicas avaliadas (75,0%), e em um caso, (25%) o sistema foi apontado como parcialmente adequado à clínica avaliada.

TABELA 152 - ADEQUAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS ÀS CLÍNICAS POR ÁREA (N=26)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	6 54,50%	2 28,60%	7 70,00%	4 50,00%	0 0,00%	12
Parcialmente adequado	4 36,40%	3 42,90%	2 20,00%	3 37,50%	1 25,00%	8
Parcialmente inadequado	1 9,10%	2 28,60%	1 10,00%	1 12,50%	3 75,00%	6
Total	11	7	10	8	4	26

FONTE: O autor (2013).

Dentre as áreas, a viabilidade de aplicação do sistema, no que se refere ao instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados e material educativo, foi destacada como adequada nas unidades críticas adulto (81,80%), na clínica médica (80%), cirúrgica adulto (62,5%) e na Pediatria (57,1%). Contudo, 75% dos avaliadores manifestaram que o sistema não apresenta viabilidade de aplicação nas clínicas da área materno infantil, conforme TABELA 153.

TABELA 153 - VIABILIDADE DE APLICAÇÃO DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS POR ÁREA (N=26)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	9 81,80%	4 57,10%	8 80,00%	5 62,50%	0 0,00%	15
Parcialmente adequado	1 9,10%	2 28,60%	1 10,00%	2 25,00%	1 25,00%	6
Parcialmente inadequado	1 9,10%	1 14,30%	1 10,00%	1 12,50%	3 75,00%	5
Total	11	7	10	8	4	26

FONTE: O autor (2013).

Os coletadores envolvidos na avaliação da clínica médica e unidades críticas adulto mencionaram que o material educativo contribuiu para a coleta. O item parcialmente adequado foi designado pelos coletadores da cirúrgica adulto (25,0%), e unidades críticas adulto (18,2%). Na área materno infantil, metade dos avaliadores indicaram que o material educativo foi adequado e a outra metade que foi parcialmente adequado. Um coletador da Pediatria e outro da clínica médica mencionaram que o material foi inadequado, como 14,3% e 10% respectivamente. Esses dados são visualizados na TABELA 154.

TABELA 154 - AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA POR ÁREA (N=26)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	9 81,80%	6 85,70%	9 90,00%	6 75,00%	2 50,00%	21
Parcialmente adequado	2 18,20%	0 0,00%	0 0,00%	2 25,00%	2 50,00%	4
Inadequado	0 0,00%	1 14,30%	1 10,00%	0 0,00%	0 0,00%	1
Total	11	7	10	8	4	26

FONTE: O autor (2013).

O material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta) foi reconhecido por todos os coletadores como facilitador da coleta de dados, seja integralmente (22 avaliadores) ou parcialmente (4 coletadores). Na pediatria 100% dos coletadores afirmaram que o protocolo de coleta de dados e kits de coleta foram adequados, conforme TABELA 155.

TABELA 155 - AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO PARA A APLICAÇÃO DO SISTEMA POR ÁREA (N=28)

	Unidades críticas Adulto	Pediatria	Clínica Médica	Cirúrgica Adulto	Materno Infantil	Total
Adequado	10 90,90%	7 100,00%	9 90,00%	7 87,50%	2 50,00%	22
Parcialmente adequado	1 9,10%	0 0,00%	1 10,00%	1 12,50%	2 50,00%	4
Total	11	7	10	8	4	26

FONTE: O autor (2013).

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A finalidade do presente de estudo foi validar um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão para a realidade brasileira, o qual representará avanços na avaliação da ocorrência de úlceras por pressão no País.

A partir de uma cooperação internacional com o grupo LPZ, foram obtidos os instrumentos de coleta de dados e o protocolo de coleta de dados, os quais foram traduzidos, o material educativo e a planilha online foram desenvolvidos no Brasil, e esses itens compuseram o sistema de coleta de dados validado nesse estudo.

O percurso dessa pesquisa metodológica de validação do sistema de coleta de dados de úlceras por pressão descreve desde a tradução dos instrumentos e elaboração dos demais itens do sistema até a aplicação empírica desse, com abordagem quali-quantitativa dos dados.

A partir dos resultados obtidos, bem como os contrapontos da literatura sobre a necessidade de avaliação da qualidade dos instrumentos empregados nas pesquisas, com a finalidade de recomendar a utilização do sistema validado, a discussão dos dados está organizada em três vertentes: teórica, que analisa a base teórica de elaboração do sistema; psicométrica, que verifica a capacidade do sistema mencionar o fenômeno, relacionando os principais pontos da avaliação de conteúdo, e, a operacional, que diz respeito à discussão das especificidades de aplicação do sistema, com ênfase aos principais achados empíricos, as quais analisam os multicritérios para a utilização de instrumentos em saúde, de acordo com o exposto por Souza e Almeida Filho (2012).

Na **vertente teórica**, discute-se a elaboração do instrumento original da LPZ e do material educativo e planilha online, como uma inovação tecnológica de processo para coleta de dados.

Os instrumentos de coleta de dados foram obtidos por meio de parceria com a LPZ, que comemorou, em 2012, o 15º ano de condução dos inquéritos anuais, em prol da prevenção e tratamento de problemas de saúde relevantes, com vistas ao monitoramento da atenção em hospitais, serviços de assistência de média e baixa complexidade. (LPZ, 2012). O enfoque da LPZ é a organização de saúde - qualidade do cuidado, no retorno significativo sobre o seu desempenho e, o que traz implicações

ao paciente - para favorecer a melhoria no atendimento. Dessa forma, o caráter dos inquéritos anuais não é o de condenar ou reforçar as falhas, mas sim evidenciar informações capazes de iniciar melhorias estruturais contínuas pelos gestores das organizações. (LPZ, 2012).

Países como Áustria, Suíça e Nova Zelândia foram incluídos na LPZ em 2009. Na Indonésia e no Brasil¹⁴ o inquérito está sendo realizado pela primeira vez, e novas negociações estão em andamento para incluir também a Inglaterra e a Irlanda. Isso representa um avanço para a avaliação da magnitude dos problemas de cuidados, tais como as úlceras por pressão, visto que o uso dos mesmos instrumentos e processos de medição em todos os países forma uma base ideal para a comparação de dados entre diferentes locais. (LPZ, 2012).

Reichenhem e Moraes (1998) recomendam que a adoção de instrumentos para os estudos epidemiológicos requer validação, a fim de garantir que o construto seja medido adequadamente. Destaca-se que em 1998, o grupo *Dutch National Prevalence Survey of Pressure Ulcers* (LOPD), atualmente LPZ, percebeu a necessidade de elaborar um sistema de registro nacional padrão na Holanda para mensurar nacionalmente a prevalência anual de úlcera por pressão em centros de saúde. Essa elaboração foi embasada nas seguintes questões norteadoras: 1) Quais variáveis devem ser mensuradas em uma forma de registro nacional de úlceras por pressão? 2) Qual a confiabilidade e viabilidade da recém desenvolvida forma de registro? Nota-se que o objetivo desses pesquisadores foi desenvolver um instrumento válido e confiável para mensuração da prevalência da úlcera por pressão em centro de saúde da Holanda, incluindo uma revisão de literatura, estudo Delphi, e um teste piloto. (BOURS *et al.*, 1999).

Inicialmente, a revisão literária foi realizada para investigar quais e como as variáveis deveriam ser mensuradas, e revelou um projeto comparável na Bélgica, no qual três mensurações nacionais de úlcera por pressão já haviam sido realizadas. Em

¹⁴A realização da pesquisa foi reconhecida no relatório comemorativo dos 15 anos da LPZ, e destacou o Brasil como parceiro, mesmo que esse estudo represente um piloto, que verifica apenas as úlceras por pressão como problema de cuidado em relação ao total de problemas investigados pela LPZ.

seguida, os pesquisadores estabeleceram um consenso sobre as variáveis e a maneira como elas deveriam ser mensuradas, por meio do método Delphi, e os itens que obtiveram aceitação superior a 75% compuseram a versão do instrumento. (BOURS *et al.*, 1999). Anualmente, a LPZ verifica a necessidade de ajustes nos instrumentos de coleta de dados. (LPZ, 2012).

Dessa forma, a vertente teórica foi contemplada desde a elaboração do instrumento original pela LPZ, cedido em inglês, e na estruturação desta pesquisa metodológica, a partir de busca em base de dados para verificação de outros sistemas de coleta de dados transversais de úlceras por pressão.

Outro enfoque teórico da pesquisa foi a produção do material educativo, baseado em referencial nacional e internacional, obtido nas principais guidelines do tema (EPUAP/NPUAP, 2009; BAHARESTANI, *et al.*, 2009; BLACK *et al.*, 2011), nos estudos de prevalência de úlcera por pressão brasileiros (BLANES *et al.*, 2004; CARDOSO, CALIRI, HASS, 2004; DICCINI, CAMADURO, IIDA, 2009; RIBAS, 2011; ROGENSKI, SANTOS, 2005), e nas tendências da modalidade de educação a distância (MOORE, KEARSLEY, 2008; SILVA, PESCE, ZUIN, 2010; LITTO, FORMIGA, 2009; MILL, RIBEIRO, OLIVEIRA, 2010).

Da mesma forma, a elaboração da planilha online foi realizada a partir da verificação de recursos tecnológicos que possibilitassem a digitação dos dados no local em que forem gerados, a fim de facilitar esse processo. Atualmente, a LPZ emprega *tablets e smartphones* para a coleta de dados, o que eliminou o uso de formulários impressos e a necessidade de digitação dos dados. (LPZ, 2012). Tais recursos tecnológicos favorecem a condução dos inquéritos em relação à logística de preparação da coleta, da digitação e análise dos dados, possibilitando a divulgação dos resultados dos problemas investigados mais rapidamente. Contudo, a aplicação desses recursos no Brasil requer a validação do sistema, e posterior desenvolvimento de aplicativos específicos.

Para a LPZ (2010), o coordenador é responsável pela formação presencial da equipe que participa da coleta de dados. Para isso, estimam que o coordenador dedica quatro horas para a elaboração da reunião, que tem duração de duas horas, com a finalidade de fornecer informações sobre o preenchimento dos instrumentos e a condução da coleta de dados. São agendadas duas datas, e os pesquisadores indicam que os participantes das equipes A e B compareçam em pelo menos uma

delas. Na presente pesquisa, o desenvolvimento do material educativo na modalidade a distância representou um avanço, visto que nesse foram incluídos aspectos teóricos e conceituais da realização da coleta de dados e das úlceras por pressão, bem como a explicação sobre as formas de preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Além da realização do curso online, os coletadores foram orientados pelo coordenador local em uma reunião presencial, realizada dias antes da coleta de dados.

Dessa forma, no Brasil, o desenvolvimento do material educativo e da planilha online foram apresentados como inovações tecnológicas de processo, como tecnologias significativas que contribuirão para a coleta e análise dos dados de estudos de prevalência de úlcera por pressão, com a recomendação de que sejam divulgadas em outras instituições de saúde. Esses resultados foram parcialmente divulgados no evento interno de Iniciação Tecnológica em 2012. (NOGUÊS *et al.*, 2012; PERIPOLLI *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2012; SALUM *et al.*, 2012).

A segunda vertente discute as **características psicométricas** dos instrumentos, e contempla a adaptação transcultural, a análise psicométrica, a confiabilidade e validade do sistema.

Os resultados da pesquisa metodológica apontaram o percurso de tradução e adaptação transcultural dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a), os dados empíricos sobre a aplicação e a avaliação do sistema pelos coletadores. A validação de conteúdo foi realizada por especialistas durante a tradução dos instrumentos, e na aplicação do sistema, por meio de instrumentos específicos de avaliação da adequação à clínica avaliada, viabilidade de aplicação (instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados, material educativo), do material educativo e do material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta).

A validação de construto foi inviabilizada pelo caráter dos dados, que limitou análises estatísticas sofisticadas, bem como a avaliação da concordância interobservadores (índice Kappa) e da consistência interna do sistema (Alfa de Cronbach), visto que os dados não são matemáticos, e a organização do protocolo de coleta de dados previu que os coletadores chegassem ao consenso durante a avaliação do paciente e preenchessem um único instrumento. E, a validade de critério foi limitada pela ausência de instrumentos semelhantes para comparação.

Na Tradução e Adaptação Transcultural (ATC) utilizou-se a versão da LPZ aplicada no inquérito de 2011. Essa etapa metodológica envolveu cinco tradutores, sete especialistas e contou com a colaboração dos pesquisadores autores (no Painel da LPZ - técnica de descentramento), e durou 11 meses (de janeiro a novembro de 2012).

Na ATC seguiu-se o exposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), com a adaptação sugerida por Ferrer *et al.* (1996), com ênfase na obtenção de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural, a partir da tradução da medida e sua adaptação, ou seja, uma combinação da tradução literal de palavras individuais e frases de um idioma para outro e uma adaptação em relação ao idioma, ao contexto cultural e ao estilo de vida.

Hunt (1991) menciona que a tradução literal de itens para outro idioma mantém a correspondência entre as palavras, ao mesmo tempo em que permite mudanças necessárias de ordem e da sintaxe, conforme a necessidade. No entanto, traduções literais podem esconder nuances importantes de sentido conotativo, que se refere a valores implícitos e suposições, que somente um nativo compreende. Para tanto, priorizou-se a seleção de tradutores bilíngues e de especialistas com conhecimento do idioma inglês.

Nesse sentido, Hunt (1991) complementa que a falta de congruência no significado dos conceitos e da simplificação das diferenças de sentido pode requerer a utilização das expressões equivalentes, em vez de idênticas, visto que as equivalências conceituais e semânticas são diferentes. Além disso, conceitos específicos de determinados idiomas devem ser verificados, a fim de se adotar expressões universais. Isso foi verificado no instrumento da LPZ, pois a versão original foi elaborada e atualizada em holândes, e a versão de 2011 disponibilizada em inglês foi traduzida pelos pesquisadores, e não há registros de adaptação transcultural. Nesse sentido, os especialistas fizeram ajustes na tradução literal feita pelas tradutoras 1 e 2, com vistas a adequação de termos (equivalência conceitual), os quais foram discutidos no Painel da LPZ (descentramento) e confirmados que mantinham o sentido original.

Dessa forma, a avaliação do instrumento traduzido pelo Comitê de Especialistas visou à obtenção da equivalência transcultural do instrumento de coleta de dados, por meio da verificação da tradução do instrumento da língua inglesa para

a portuguesa, a compreensão e adequação dos termos, a equivalência semântica e conceitual, a fim de que fossem detectados erros ou problemas. A partir dessa avaliação, obteve-se a validação de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a).

A seleção dos especialistas desse comitê ocorreu por meio da análise de currículos acerca da atuação e conhecimento prévio no tema úlceras por pressão. Galdeano e Rossi (2006) ponderam sobre a escolha de enfermeiros expertos, e mencionam que o uso do termo 'experto' é frequente na enfermagem quando se envolve prática clínica, educação ou pesquisa, com o reconhecimento do termo a partir da publicação de Patrícia Benner, em 1984. Esses autores complementam que investigar a experiência, conhecimento, habilidade e práticas dos enfermeiros em relação ao construto que se pretende validar aumenta a fidedignidade dos resultados. Dentre os especialistas foi incluído um médico, que atua diretamente no tratamento de lesões crônicas, como precursor no uso de algumas tecnologias, como oxigenoterapia hiperbárica.

Outros pontos de destaque na seleção dos especialistas foram expostos por Fehring (1987; 1994), que define diversos critérios para validação de diagnósticos de enfermagem, os quais são adaptados para outros fenômenos na enfermagem e direcionam a determinação da perícia do enfermeiro a partir da verificação dos (1) anos de experiência na prática de enfermagem, (2) pesquisa realizado sobre o tema de interesse (3), artigos publicados sobre o tema, e (4) participação em conferências e cursos concluídos que são relevantes para o tema.

A revisão feita por Melo *et al.* (2011), incluindo estudos de validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem, confirmou a predominância da utilização do modelo de Fehring com adaptações, e concluiu que cabe ao pesquisador a definição de critérios de seleção de *experts* ao encontro dos objetivos do estudo, das limitações do tema e da pesquisa, a partir de critérios claros e de justificativa para essa seleção.

Destaca-se na qualidade da ATC a realização do pré-teste, a qual avaliou a aceitabilidade, compreensão e aplicabilidade dos instrumentos traduzidos, conforme recomendações da literatura. (REICHENHEIM, MORAES, 2012; ALONSO, ANTO, MORENO, 1990; BEATON *et al.*, 2000; BERKANOVIC, 1980; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998).

Outra etapa da validação de conteúdo foi a análise dos 29 coletadores (enfermeiros/estudantes), que preencheram formulários específicos de avaliação dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a), e do sistema de maneira global (material educativo, materiais de apoio, protocolo de coleta de dados e aplicabilidade do mesmo nas unidades avaliadas).

No tema úlceras por pressão, outros instrumentos foram submetidos à validação psicométrica, como escalas de risco (Braden, Braden Q, Waterlow), avaliação da cicatrização (*Pressure Ulcer Scale for Healing - PUSH*), intervenções de enfermagem NIC para o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Prejudicada, Atitude de prevenção de úlceras de pressão (*Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument - ApUp*), entre outros. (PARANHOS, SANTOS, 1999; MAIA *et al.*, 2011; ROCHA, BARROS, 2007; SANTOS *et al.*, 2005; BAVARESCO, LUCENA, 2012; BEECKMAN *et al.*, 2010).

Ainda em relação às características psicométricas dos instrumentos, ressalta-se que a confiabilidade, que se refere à capacidade do instrumento mensurar o fenômeno com menor vulnerabilidade a erros aleatórios e de reprodutibilidade, obtida pelo teste re-teste, consistência interna e formas paralelas como coeficiente de correlação, não foram alvo dessa validação pela natureza não matemática dos dados. Essa validação poderá ser realizada com aplicações futuras do sistema e verificação de sua reprodutibilidade, ou seja, a capacidade de repetir a mensuração e obter resultados similares. (SOUZA, ALMEIDA FILHO, 2012).

Além disso, Reichenheim e Moraes (2002; 2012) mencionam que a avaliação da qualidade de um instrumento epidemiológico requer várias aplicações e não se limita a análise do primeiro estudo, mesmo que os dados empíricos iniciais sugiram a validade, como foi visto nessa pesquisa. Isso se deve a necessidade de se conhecer o desempenho da medida em outros contextos (reprodutibilidade do sistema).

Por fim, as características psicométricas envolvem a validade do sistema, cuja capacidade deve ser de medir aquilo que se pretende. (SOUZA, ALMEIDA FILHO, 2012; REICHENHEIM, MORAES, 1998). Nesse item são considerados os dados obtidos na avaliação dos 29 coletadores, englobando a apreciação dos instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1, 2, 3 e 3a) e do âmbito global do sistema, as quais serão discutidas a seguir.

A validação dos instrumentos de coleta de dados organizada em blocos facilitou a análise, devido à extensa quantidade de escalas. Priorizou-se a verificação de dois itens: a aceitação e compreensão acerca do preenchimento das informações e a adequação das fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente), e, em todos os instrumentos, a validação foi baseada em respostas do tipo escala de Likert de quatro pontos, do adequado ao inadequado.

Obteve-se no **Instrumento 1**, no primeiro bloco (tipo de instituição), que os dois itens foram adequadas, e no segundo (informações institucionais sobre úlcera por pressão), o preenchimento das informações foi adequado e a fonte das informações parcialmente adequada.

Em relação ao **Instrumento 2**, o preenchimento das informações nos blocos A (tipo de unidade clínica) e B (informações sobre as úlceras por pressão) foi adequado ou parcialmente adequado à unidade clínica para aproximadamente 96% dos participantes em cada bloco. A fonte das informações (enfermeiro, prontuário e paciente) foi reconhecida como adequada ou parcialmente adequada para 100% dos participantes em ambos os blocos. Dessa forma, os dois avaliadores consideraram a descrição do tipo de unidade clínica adequada total ou parcialmente em 97,3%. O consenso dos dois avaliadores em relação às informações sobre úlceras por pressão aponta que o instrumento foi adequado ou parcialmente adequado para os dois avaliadores em 97,3% das unidades clínicas.

A validação do instrumento 2 foi confirmada na análise acerca do somatório de respostas obtidas na avaliação (n=302), das quais 236 (78,10%) foram adequadas e 55 (18,20%) parcialmente adequadas, o que totaliza em percentual acumulado de 96,30% de adequação total ou parcial do instrumento 2. A opção 'inadequado' representou apenas sete respostas (2,30%). Em relação às áreas, destacou-se a adequação nas unidades que compõe a clínica médica (98,48%) e cirúrgica adulto (95,31%). A opção inadequada totalizou apenas 2,35% das respostas, e foi opção em 10,71% das unidades da área materno infantil e 2,08% da Pediatria.

A validação do **Instrumento 3** também foi composta por dois blocos - dados sociodemográficos do cliente (A) e informações relacionadas a ocorrência ou não de úlceras por pressão e lesões por umidade (B), os quais foram preenchidos após a coleta de dados nas 36 unidades clínicas que possuíam pacientes internados. Esses

foram analisados em relação aos quatro pontos de adequação, descritos anteriormente em dois itens - preenchimento e fonte das informações.

A avaliação sobre o preenchimento das informações sociodemográficas dos pacientes obteve 72 respostas válidas, com predominância da adequadas parcial ou integralmente em todas as áreas (60 avaliações). Para dois e seis avaliadores alguns itens de difícil preenchimento nas unidades críticas adulto e materno infantil, com 25% e 75%, respectivamente; e, quatro avaliadores mencionaram a impossibilidade de preenchimento das informações na área materno infantil, o que totalizou 100% dessa escala em relação a esse item. Em relação à fonte dessas informações (72 respostas válidas) houve predominância da escala 'adequado' em todas as áreas - 58 avaliações. Na pediatria, todas as avaliações consideraram esse item adequado, e a escala 'parcialmente inadequado' foi indicada por apenas um avaliador das unidades críticas adulto.

No Bloco B desse instrumento (úlceras por pressão e lesões por umidade), o preenchimento das informações foi avaliado por 68 coletadores, dentre os quais 65 reconheceram esse item como adequado ou parcialmente adequado. Nas unidades críticas adulto e a área materno infantil, o item sobre úlceras por pressão requeria informações que não atendem a especificidade das unidades avaliadas, fazendo com que três avaliadores a indicassem como parcialmente inadequado. Estima-se que isso se deve à característica do instrumento, que requer o relato de informações pelo paciente ou a disponibilidade destas em prontuário. Já as fontes consultadas (enfermeiro, prontuário e paciente) para a obtenção desses dados foram consideradas adequadas, com maior proporção em todas as áreas - 60 avaliações (n=69), seguida de parcialmente adequado (sete avaliações) e parcialmente inadequado, com duas avaliações. Destacam-se as unidades críticas adulto, na qual dois avaliadores (100%) afirmaram que as fontes consultadas dificultaram o preenchimento das informações.

O consenso dos coletadores das mesmas unidades clínicas de adequação foi 43,2% no item preenchimento dos dados sociodemográficos dos pacientes, e de 81,1% para pelo menos um dos avaliadores. As escalas 'parcialmente inadequado' e 'inadequado' foram a opção de consenso em 10,8% e 5,4% dos avaliadores, respectivamente, por não atenderem a especificidade da clínica avaliada ou pela impossibilidade de preenchimento das informações. O consenso das avaliações sobre a fonte das informações para o preenchimento dos dados sociodemográficos dos

pacientes aponta que, em 97,3% das avaliações, o item foi adequado para pelo menos um avaliador, com destaque para a concordância da adequação (70,3%).

De maneira similar, o consenso dos coletadores sobre as fontes de informações para o preenchimento dos dados sobre úlcera por pressão e lesões por umidade, ocorreu limitação decorrente da ausência de preenchimento da avaliação por dois coletadores (5,4%). A maioria das avaliações aponta consenso dos coletadores para a adequação das fontes (enfermeiro, prontuário e paciente), em 73% das respostas. A adequação integral para um e parcial para outro avaliador foi citada em 13,5% das respostas, o que resulta em percentual acumulado de 86,5% de adequação para pelo menos um dos avaliadores.

A validação de conteúdo do instrumento 3 foi confirmada com a análise do total de itens de avaliação, considerando quatro itens do instrumento, que totalizaram 296 respostas. O preenchimento e as fontes de informação foram indicados adequados em 74% das respostas (219 avaliações), e parcialmente adequados em 14,90%, o que totaliza 354,50% dos casos. A opção 'inadequado' foi mencionada em apenas 6,1% das respostas, com ênfase na inadequação parcial (4,70%). Nesse item, foram obtidas 15 respostas inválidas (20,30% dos casos). Dessa forma, afirma-se que 263 respostas indicaram o instrumento 3 total ou parcialmente adequado. A inadequação (18 respostas) foi assinalada como parcial por seis avaliações da área crítica e por oito da materno infantil, e total na materno infantil para quatro avaliações.

Em relação às áreas, na pediatria, 95,45% das avaliações indicaram o instrumento adequado, seguido da cirúrgica adulto, com 85,94%. O instrumento foi considerado parcialmente inadequado por 4,98% das respostas válidas, com ocorrência em 14,55% das avaliações da área materno infantil e 9,68% das unidades críticas adulto. Em contrapartida, a escala 'inadequado' foi mencionada apenas por essa última (7,25%), totalizando 1,42% das respostas.

A validação de conteúdo do **Instrumento 3a** foi composta por três blocos: A – medidas preventivas às úlceras por pressão; B – avaliação da dor; C – tabela dos dados clínicas da úlcera por pressão. Nesse último, houve limitação da análise, visto que a tabela específica não foi utilizada nas unidades em que não havia pacientes com úlceras.

Em relação às medidas preventivas às úlceras por pressão (Bloco A), o preenchimento das informações foi adequado para a maioria dos avaliadores,

representando 85,9%, e parcialmente adequado para 95,3% das respostas válidas (n=64). Apenas 4,7% dos avaliadores reconheceram esse item parcialmente inadequado. A fonte das informações foi adequada total ou parcialmente para 100% dos avaliadores que opinaram, visto que 13,5% das respostas a essa questão foram inválidas. Em relação às áreas, o preenchimento das informações foi adequado total ou parcialmente, com destaque a 87,50% de adequação na cirúrgica adulto, seguida de 81,30% na clínica médica e unidades críticas adulto. A materno infantil foi a única área a considerar o item parcialmente inadequado em três (21,40%) das 14 avaliações realizadas. Em todas as áreas a fonte das informações sobre as medidas preventivas foi reconhecida como adequada, com 56 avaliações.

A combinação das respostas entre os avaliadores da mesma unidade clínica, no que diz respeito ao preenchimento das medidas preventivas de úlcera por pressão adotadas ao cliente, demonstrou consenso na adequação em 64,9% das avaliações, e no acumulado, esse item foi adequado para pelo menos um dos avaliadores em 86,5%. A opção parcialmente inadequada foi mencionada por apenas um dos avaliadores em três casos (8,1%). Em relação à fonte das informações sobre prevenção das úlceras demonstra que houve adequação da obtenção de tais informações com o enfermeiro, prontuário ou paciente em 94,6% das avaliações para pelo menos um avaliador. Desse percentual, 64,9% representa que o item foi adequado para ambos. Os 5,4% restantes representam duas avaliações, possivelmente relacionadas à unidade clínica excluída.

A avaliação da dor relacionada à úlcera por pressão (Bloco B) foi considerada total ou parcialmente adequada por 95,4% dos avaliadores participantes, e, a inadequação parcial ou total foi mencionada em apenas 4,6% das respostas válidas. Nas áreas, o preenchimento das informações desse item foi reconhecido como adequado na maioria das avaliações (67,60%), como maior percentual nas avaliações das unidades que compõem a cirúrgica adulto (87,50%) e da clínica médica (81,30%). A escala 'parcialmente adequado' foi mencionada em 10,80% das avaliações, com ênfase a quatro avaliações (25,00%) nas unidades críticas adulto, e, a 'parcialmente inadequado' em três avaliações dessa e da área materno infantil, representando 18,80% e 21,40%, respectivamente. A obtenção das informações sobre a avaliação da dor por intermédio do enfermeiro, prontuário e paciente foi considerada adequada com a maior proporção de avaliações em todas as áreas. Os maiores índices de

adequação total foram observados na cirúrgica adulto (93,80%), na materno infantil (78,60%) e na clínica médica (75,00%), e de parcial nas unidades críticas adulto e clínica médica (12,50% cada). Destaca-se que 12,2% das repostas foram inválidas, devido ao não preenchimento ou não aplicação do item na unidade clínica avaliada. A concordância de adequação entre os avaliadores foi de 56,8%, e para pelo menos um avaliador totalizou 85,5%. A fonte dessas informações foi adequada para todas as duplas cujas repostas foram válidas, resultando em um percentual acumulado de 94,60%.

A avaliação do Bloco C, que corresponde à tabela contendo as informações clínicas sobre as úlceras por pressão, obteve 36 repostas válidas, das quais 83,3% consideraram o preenchimento da tabela adequado ou parcialmente adequado, e, os 16,7% restantes foram distribuídos em parcialmente inadequado (13,9%) e inadequado (2,8%). A adequação total ou parcial da fonte das informações foi de 91,7%. Esse item foi avaliado por 23 duplas, que demonstraram consenso de 45,9% de adequação para pelo menos um avaliador. A fonte para o preenchimento dessas informações clínicas foi adequada por pelos menos um avaliador em 54,1% das avaliações. Nesse item, percebeu-se divergência entre os avaliadores, visto que um preencheu algum item da escala e o outro informou que não se aplica, devido ao não uso da tabela.

No somatório de avaliações do instrumento 3a (seis itens), foram obtidas 444 repostas, das quais 273 (61,50%) apontam que a aplicação do mesmo foi adequada, seguida de 7,90% parcialmente adequada e apenas 19 (4,30%) parcialmente inadequado. Apenas duas avaliações (0,50%) mencionaram que o instrumento foi inadequado. Devido a não aplicação da tabela do Bloco C a todos os pacientes, foram obtidas 329 repostas válidas, das quais 273 (83,00%) apontaram que o instrumento 3a é adequado e 35 (10,60%) parcialmente adequado. A inadequação parcial ou total foi mencionada em somente 5,80% e 0,60%, respectivamente. Dentre as áreas, 93,62% dos avaliadores indicam que o instrumento é adequado total ou parcialmente às unidades avaliadas. Quatro áreas mantiveram percentuais de adequação superiores a 80,00%, com destaque à Pediatria, que obteve 95,56% de adequação, complementada com os 4,44% como parcialmente adequado. A inadequação do instrumento foi citada nas unidades críticas adulto, clínica médica e materno infantil.

A partir das considerações de Reichenheim e Moraes (1998) de que é preciso distinguir a validade de um instrumento de aferição e a de todo o processo de aferição, a **avaliação global do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão** contemplou a adequação do sistema à clínica avaliada, viabilidade de aplicação do sistema, material educativo e material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados, kits de coleta), da qual participaram 28 coletadores.

Em relação à adequação do sistema à clínica avaliada, 46,4% considerou adequada e 32,1% inadequada. O percentual acumulado demonstra que 78,6% dos avaliadores apontam que o sistema atendeu integral ou parcialmente as especificidades da clínica avaliada. Na avaliação acerca da viabilidade de aplicação, 82,1% dos avaliadores afirmaram que o sistema apresenta viabilidade integral ou parcial de aplicação na clínica avaliada.

A avaliação do material educativo teve por finalidade averiguar a pertinência dos conteúdos abordados em relação à contribuição para a aplicação do sistema de coleta de dados, o que foi reconhecido como adequado total ou parcialmente por 96,4% dos participantes, e foi inadequado para apenas um avaliador (3,6%). O material de apoio (protocolo de coleta de dados e kits de coleta) favoreceu a coleta de dados para 85,7%.

Em relação às áreas, o sistema é adequado para a clínica médica (70,%) e unidades críticas adulto (54,50%). Na materno infantil, os avaliadores apontaram que o sistema é parcialmente inadequado, visto que não atendeu as especificidades das clínicas avaliadas, sendo parcialmente inadequado para três avaliadores (75,0%) e inadequado para um (25%). O sistema apresenta viabilidade de aplicação nas unidades críticas adulto (81,80%), na clínica médica (80%), cirúrgica adulto (62,5%) e na Pediatria (57,1%), contudo, não é viável a área materno infantil para 75% dos avaliadores. Na área materno infantil, o material educativo foi adequado total ou parcialmente para todos os avaliadores, e, um coletador da Pediatria (14,3%) e outro da clínica médica (10%) mencionaram inadequação. O material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta) foi reconhecido por todos os coletadores como facilitador da coleta de dados, seja integralmente (22 avaliadores) ou parcialmente (quatro coletadores).

A síntese desses dados demonstra que a validação de conteúdo para os instrumentos 1, 2, 3 e 3a e global do sistema foi obtida. Reichenheim e Moraes (1998)

mencionam que a validade conceitual verifica os elementos do modelo teórico explicativo do fenômeno de interesse, que é o primeiro recorte da realidade epidemiológica e tem por finalidade definir os dados que dela serão extraídos.

A partir da definição do modelo teórico na validação de conteúdo, Reichenheim e Moraes (1998) complementam que o pesquisador deve tecer suas considerações sobre a doença/agravo, as indagações de pesquisa, interpretação dos dados e, em última instância, o direcionamento dos achados em relação à finalidade e aplicação dos resultados. A partir disso, estabelecem-se as estratégias de pesquisa, o que o autor define como 'captação empírica das relações de ocorrência', as quais são discutidas na vertente operacional.

Na **vertente operacional**, os dados empíricos obtidos representam a base para a análise da aplicabilidade do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão. Dessa forma, não se discute o detalhamento dos dados relacionados aos pacientes, mas sim a possibilidade da obtenção de dados (qualidade e quantidade) com a aplicação do sistema validado.

Os procedimentos adotados na coleta de dados foram ao encontro do exposto por Mota, Almeida e Viacava (2012), quando afirmam que os instrumentos de coleta, treinamento e manuais não garantem a qualidade dos dados. Essa requer atividades de supervisão contínua por profissionais treinados para essa tarefa (coordenadora local e pesquisadora), a fim de que sejam identificadas dificuldades na aplicação dos instrumentos.

A definição de áreas de cuidado para a validação do sistema favoreceu a compreensão da sua aplicabilidade, visto que as unidades clínicas foram agrupadas de acordo com as especificidades do hospital de ensino. Os dados coletados pela LPZ são organizados em setores: setor agudo (hospitais de ensino e gerais), setor crônico¹⁵ (cuidado e bem-estar) e, home care. Os lares de idosos são colocados na categoria de cuidado e bem-estar.

¹⁵ Os inquéritos anuais da LPZ incluem as instituições de longa permanência dos países baixos, os quais são incluídos nessa categoria de cuidados.

De acordo com o exposto pela LPZ (2012), o procedimento de avaliação do paciente por dois avaliadores (um da própria unidade clínica da instituição e outro externo) aumenta a confiabilidade da medição. Contudo, o emprego de amostras de pacientes de cada instituição é menos confiável do que a avaliação da população geral. Nesta pesquisa, a população de pacientes internados no hospital de ensino no dia da coleta de dados foi avaliada, entretanto, nem todas as unidades contaram com a participação do enfermeiro da própria unidade, visto que foram considerados avaliadores internos os enfermeiros que trabalham na instituição de ensino. Os dados referentes à unidade clínica (instrumento 2) foram obtidos pelos coletadores da pesquisa por meio de entrevista ao enfermeiro da unidade.

Nos inquéritos da LPZ, os dados obtidos na coleta de dados são divulgados a cada instituição em forma de tabela e constituem os resultados nacionais, a fim de que cada participante possa comparar seus dados. Contudo, a LPZ alerta para a cuidadosa comparação de dados, tendo em vista que esse é um levantamento de dados transversais, bem como a população e a natureza das doenças pode variar entre as instituições e não são realizadas correções estatísticas para a população que considere tais variações nos riscos de desenvolver os problemas de cuidados mensurados. Com isso, mais do que os dados de prevalência, os instrumentos de coleta da LPZ fornecem dados sobre a caracterização das úlceras por pressão, bem como a indicação das ações de prevenção e tratamento de problemas de saúde, a fim de possibilitar intervenções para a melhoria da qualidade do cuidado.

A LPZ (2012) alerta que um dado relevante é o número de pacientes que se recusam a participar da pesquisa, o que impacta na queda da confiabilidade da coleta de dados, pois interfere no cálculo da prevalência, visto que o número de casos será uma subnotificação do número real. Assim, de acordo com as recomendações da LPZ (2012), a prevalência pontual das úlceras por pressão, bem como das áreas, foi calculada considerando os pacientes avaliados - população de 254 pacientes incluídos na pesquisa. A prevalência pontual de úlcera por pressão foi 7,48%, e, excluindo as lesões de estágio 1 (eritema não branqueável), a prevalência se alterou para 4,72% (12 pacientes com lesões do estágio 2 ou acima). Essa taxa sofre grande alteração quando calculada em relação ao total de pacientes em risco segundo o escore das escalas de Braden e Braden Q. A utilização desse critério pode uniformizar

as discrepâncias clínicas da população, contribuindo para a comparação dos dados obtidos em diferentes realidades aplicando-se o sistema de coleta de dados validado.

Da mesma forma que os dados empíricos obtidos nessa pesquisa metodológica, os resultados dos inquéritos da LPZ são analisados principalmente com base na distribuição de frequências e *crosstabs*. Contudo, devido ao grande número de participantes, são obtidas diferenças estatisticamente significativas, embora muitas vezes sem relevância clínica, fato que justifica a não adoção de testes estatísticos nos relatórios da LPZ. (LPZ, 2012). Na pesquisa foram obtidos dados com significância estatística, contudo esses não foram discutidos por não representarem o enfoque da pesquisa.

A partir da aplicação do Instrumento 1 foram obtidos dados que caracterizam os cuidados adotados no hospital de ensino em relação às úlceras por pressão, e destacam-se esforços para a implementação de um protocolo/diretriz para a prevenção/tratamento das úlceras por pressão na instituição. O protocolo/diretriz está sendo atualizado em uma pesquisa de Mestrado Acadêmico, e foi desenvolvido em 2009 por um projeto de Iniciação Científica. Além disso, mencionam-se avanços na criação de uma Comissão de Cuidados com a pele na instituição, o que contribuirá para a implementação de medidas de prevenção e tratamento não adotadas na ocasião da coleta de dados.

Mediante tais avanços, destaca-se que o sistema de coleta de dados validado representa um alerta aos gestores acerca da necessidade de constituir redes para a prevenção e tratamento desse agravo, pois por vezes, tem-se o enfoque principal na aplicação de recursos tecnológicos, os quais não estão disponíveis em todas as instituições de saúde. (MEDEIROS, LOPES, JORGE, 2009). No hospital de ensino, os dados empíricos denotam que as ações necessárias não dependem de inovações tecnológicas, mas sim da melhoria de processos e implementação de fluxos sistematizados para a prevenção e tratamento das lesões, de maneira institucional, e que valorize as especificidades de cada área de cuidado.

Nesse sentido, emerge a discussão acerca da importância de caracterizar a ocorrência das úlceras por pressão como um problema institucional, com vistas à tomada de decisão do enfermeiro frente às inovações tecnológicas disponíveis, a fim de conhecer quais são as intervenções necessárias e não somente a aquisição de produtos de ponta para a prevenção e tratamento das lesões, com enfoque no âmbito

gerencial (para definição de processos) e assistencial (emprego de recursos fundamentados em evidências confiáveis). Reitera-se que as medidas descritas no instrumento 1 vão ao encontro do exposto pela EPUAP/NPUAP (2009) como ações recomendadas com fortes evidências para a prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

Em relação ao preenchimento do tipo de unidade clínica no instrumento 2, percebeu-se divergência entre as áreas. Destaca-se que sobre o assunto, o protocolo da LPZ, contido no material online e de apoio à coleta, mencionava que a primeira opção a ser assinalada é aquela que identifica a especificidade da unidade, e do contrário deve ser registrada a opção 'Outro'. Em relação às unidades com mais de duas características, como clínico e cirúrgico, por exemplo, foi orientado ao coletador que assinalasse a característica principal da unidade, como por exemplo, emergência obstétrica – opção Obstetrícia. O protocolo original (LPZ, 2010) prevê a possibilidade de preencher um formulário separado para cada especialidade, com a vantagem de facilitar a comparação entre os dados, e a desvantagem de reduzir a confiabilidade, visto o menor número de clientes em cada unidade.

Dado que chama a atenção é que apenas 9,20% das respostas afirmaram que o registro dos cuidados para cada cliente inclui uma avaliação de risco de desenvolver úlcera por pressão. Isso contraria as recomendações acerca da prevenção dessas lesões, visto que esse é um elemento central na definição de medidas preventivas e de tratamento. (EPUAP/NPUAP, 2009).

Os dados empíricos obtidos na aplicação do instrumento 3 incluíram o perfil sociodemográfico, quadro clínico e necessidades de cuidado, grau de dependência às atividades, ocorrência de úlcera por pressão, no que se refere a ausência ou presença ou motivo do desconhecimento desse item, o mais alto estágio da lesão, bem como se a mesma ocorreu antes ou após a internação, e, a ausência ou presença ou motivo do desconhecimento de lesões por umidade, o agente causal da lesão e o momento de sua ocorrência.

Nesse instrumento, um ponto de discussão foi a dificuldade de avaliação das lesões mistas ou combinadas, pois nesse se avalia individualmente as lesões por umidade, e não aquelas em que há associação da pressão e da umidade como fatores etiológicos predominantes. Outro termo que merece destaque no instrumento 3 é a identificação do mais alto estágio da úlcera por pressão, pois a recomendação da

EPUAP/NPUAP (2009) é a adoção de um termo que não esteja vinculado à progressão ou gravidade da lesão, tal como o termo categoria.

O agrupamento dos dados gerados na aplicação do Instrumento 3 possibilitaram a definição do perfil sociodemográfico dos pacientes com úlceras por pressão (n=17). Sabe-se que a distribuição por sexo foi igualitária, sendo 53% (nove pacientes) do sexo masculino e 43% (oito pacientes) do feminino. Etnia predominante branca (12 pacientes), seguido de quatro pacientes pardos ou amarelos (outros) e apenas um negro, que possuía uma úlcera de estágio 2. Nos pacientes com cor da pele branca, a maioria das lesões foram de estágio 2 (seis casos), e as úlceras de estágio 4 e indefinido também ocorreram entre os pacientes brancos. A maioria dos pacientes com úlceras por pressão (dez casos) foi submetida a procedimentos cirúrgicos. Em relação ao mais alto estágio, a maioria das úlceras por pressão de estágio 1 (40%) ocorreram em pacientes que não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos (dois casos). Em contraponto, a maioria das lesões de estágio 2 (66,7%) e todas as lesões de estágio 4 e indefinido, com 11,1% cada, ocorreram em pacientes cirúrgicos. Na avaliação do mais alto estágio, o 1 foi predominante no sexo feminino (três UP), as lesões de estágios 2 ocorreram com maior frequência entre os homens e a única úlcera com classificação não estagiável foi o mais alto estágio entre o sexo feminino.

O instrumento 3a obtém respostas específicas sobre os fatores de risco para úlcera por pressão, medidas preventivas, camas, colchões e almofadas, dor relacionada à lesão, e as características de todas as úlceras por pressão (estágio, duração, local de ocorrência e tratamento).

Dentre eles, destaca-se a avaliação do item camas e colchões, o qual obteve 213 respostas, as quais indicam que 94,4% dos pacientes não recebe o uso de camas ou colchões como medida preventiva para úlcera por pressão. Para tanto, menciona-se que não foi possível avaliar a inclusão do colchão caixa de ovo (colchão de sobreposição) pelos especialistas, e recomenda-se que esse item seja revisto em aplicações futuras do sistema.

Contudo, analisando o considerável contingente de pacientes que não recebem nenhuma cama/colchão como recurso preventivo, emerge a inquietação acerca do acesso a esse recurso – depende da família ou as instituições de saúde brasileiras disponibilizam no cuidado aos pacientes em risco? Os dados denotam que os casos

em que há emprego de camas e colchões mais sofisticados tecnologicamente foram empregados nas unidades crítica, possivelmente pelo perfil clínico do paciente. Destaca-se que no momento da coleta de dados não havia padronização para o emprego de colchões na instituição, conforme os dados descritos anteriormente; contudo, pontua-se que no decorrer da análise desses dados, a instituição logrou avanços nessa implementação, o que poderá causar impactos nas aplicações futuras desse sistema.

Na opção 'Outras medidas preventivas', foi mantida a opção pelego, que não foi adotada como medida preventiva a nenhum paciente. Questiona-se a manutenção desse item, visto que essa não é uma opção descrita na literatura brasileira e está desaconselhada pela EPUAP/NPUAP (2009). Na Europa esse item foi mantido para verificar se essa prática persiste para que as instituições possam ser orientadas acerca das evidências mais atuais.

A avaliação da dor apresentou controvérsias no preenchimento e na análise dos dados surgiram questionamentos acerca dessa avaliação, visto que depende do relato do cliente, e o instrumento não possibilita essa identificação. Outra limitação é a avaliação da dor em crianças (pois não foi utilizada a escala visual) e de pacientes comatosos, a qual deveria ser complementada com outras escalas que considerem a impossibilidade de relato da dor nesses casos.

Em relação ao tratamento atual da ferida, percebeu-se que os 11 tipos de terapêutica descritos não contemplam curativo de gaze e fita, e a opção 'nenhum' não ficou clara, pois os coletadores podem interpretar que a mesma se refere ao emprego de nenhum curativo especial e não propriamente à presença ou ausência de curativo. Dessa forma, na opção outros e a seco podem ter sido descritos curativos simples de gaze e fita. Outro ponto é a utilização de gaze embebida com ácidos graxos essenciais (AGE), que é diferente de curativo antiaderente e não aparece na listagem de opções.

O instrumento 3a permite a descrição do panorama das úlceras por pressão. Foram identificados 19 pacientes com úlcera, totalizando 32 lesões, com média de 1,68 lesões/paciente, sendo o mínimo uma e o máximo sete UP, dado divergente ao instrumento 3, em que havia 17 pacientes com UP. A maioria dos pacientes apresentava uma única lesão (59,4%), seguido de duas (18,8%). A maioria das úlceras eram de estágio 2 (20 casos), seguidas de estágio 1 (oito casos), e apenas um caso de úlcera em estágio 4 e três inclassificáveis. As úlceras de estágio 4 e

inclassificáveis estavam localizadas nas unidades críticas adulto, e as lesões de estágio 2 foram identificadas nessa área, na clínica médica e na cirúrgica adulto. Na pediatria, havia somente úlceras em estágio inicial (eritema não branqueável) (7,10%) e na materno infantil não foram identificadas úlceras por pressão. O local mais prevalente foi o cóccix (4,1%), seguido de outra região esquerda (1,5%), e calcâneo direito e orelha direita, com 1,1% cada.

A partir das considerações destas três vertentes, discute-se a aplicação do sistema validado. Considerando que nessa pesquisa metodológica, a coleta de dados ocorreu em uma única instituição, destaca-se a necessidade de reaplicação em outros cenários para verificar a reprodutibilidade do sistema, bem como para viabilizar o pressuposto maior reconhecido pela LPZ – a comparação dos dados entre as instituições de saúde. O inquérito realizado em 2012 pela LPZ envolveu 214 instituições de saúde dos Países Baixos. Na Áustria, 41 instituições participaram, e em novembro de 2011 três instituições na Nova Zelândia e 175 hospitais na Suíça participaram. (LPZ, 2012).

A organização do protocolo de coleta de dados favorece a participação de diversas instituições de saúde de um país, visto que cada subdivisão participante possui o coordenador local como figura central de comunicação entre as equipes de coletadores e pesquisador. Dessa forma, destaca-se a viabilidade de aplicação do sistema entre os estados, e a constituição de estudos multicêntricos, que, com a experiência, poderão resultar em estudos nacionais que revelem o panorama do problema úlcera por pressão no Brasil.

Isso é possível porque os dados analisados pela LPZ são divulgados em tabelas por instituição (personalizada), que possibilitam a avaliação nacional das instituições dos Países Baixos. Contudo, a LPZ alerta que a comparação das taxas de prevalência entre as instituições deve ser cuidadosa, visto que a população de pacientes pode variar. Exemplificam que, se mais pessoas idosas são incluídas, é provável que a prevalência de úlceras por pressão seja mais alta. Além disso, a natureza das doenças pode ser diferente, resultando em um maior ou menor risco para certos problemas de saúde.

Nesse sentido, a realização contínua de inquéritos é interessante para as organizações de saúde, uma vez que os dados de prevalência indicam, quando comparados entre as organizações ou ao longo dos anos, se a estrutura de cuidado

está adequada, e os indicadores fornecem pistas para possíveis melhorias. (LPZ, 2012). Em relação ao sistema de saúde brasileiro, a aplicação do sistema de coleta de dados contribuirá para a distribuição de recursos, para a gestão dos serviços, bem como para o desenvolvimento de estratégias e políticas de atenção à saúde, compatíveis com a necessidade da população brasileira e com o envelhecimento populacional.

Sabe-se que a complexa estrutura do SUS, bem como o acesso universal e o conseqüente financiamento da saúde, por si, configuram desafios para a implementação de ações de inclusão de prevenção e tratamento das úlceras por pressão, os quais devem ser superados com a sensibilização dos envolvidos acerca das implicações de sua ocorrência ao paciente, família, instituição e sistema de saúde. Para tanto, a aplicação do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão validado possibilitará aos gestores a aproximação do diagnóstico inicial de um conjunto de ações necessárias ao alcance da melhoria da qualidade de vida da população nesse enfoque.

Dessa forma, a validação do sistema de coleta de dados representa um passo à frente para o mapeamento da ocorrência de úlceras por pressão no Brasil. Isso trará impactos significativos à compreensão desse agravo no sistema de saúde e a sua inclusão como evento de vulnerabilidade, compondo o escopo de ações de promoção à saúde.

Destaca-se que o material educativo que compõe o sistema se destina a capacitação dos coletadores de dados com a finalidade principal a redução de viés na pesquisa, mas, sua aplicação pode representar o estímulo a um olhar atento dos profissionais sobre a ocorrência das úlceras, não somente no momento em que os dados são coletados, mas também no levantamento contínuo de informações sobre o agravo.

Essa mudança de compreensão sobre a ocorrência das úlceras por pressão nos cenários de saúde – de uma complicação da assistência para um evento de vulnerabilidade, decorrente de falhas na estrutura e processo de cuidar, deve ser um processo de transformação do agir profissional para a busca da melhoria do cuidado multiprofissional, a partir do conhecimento do problema. Contudo, os dados resultantes da aplicação do sistema não são suficientes para a melhoria do cuidado. É preciso que esse sejam interpretados pelas organizações.

A LPZ criou estratégias para facilitar a interpretação desses resultados entre as organizações, tais como a publicação de relatórios anuais (denominados Painéis), e a criação de uma 'árvore de decisão', na qual as instituições participantes podem interpretar seus dados e identificar quais melhorias são possíveis e como alcançar melhores resultados. Portanto, em cada um dos componentes na árvore de decisão estão as melhores práticas descritas e desenvolvidas em resposta a relevantes projetos nacionais, tais como "Faça Melhor" (do holandês "*Zorg voor Beter*").

Sabe-se que a finalidade do estudo para a instituição, na prática, é diferente da finalidade do pesquisador. No âmbito gerencial, a aplicação do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão possibilita ao gestor conhecer o problema, e a partir disso, nortear a tomada de decisão sob uma ótica científica. Considerando a complexidade da ocorrência das úlceras, que sofrem interferências de múltiplos fatores clínicos e organizacionais, tomar decisões pode representar um desafio aos gerentes e gestores das instituições, visto que depende de informações dos seus vários níveis - estratégico, gerencial (tático) ou operacional.

Nesse sentido, a tomada de decisão é definida por Marins (2011) como ato de optar por uma ou por outra alternativa de solução viável à situação em questão. Isso requer a aplicação de etapas metodológicas que possibilitem identificar o problema, formular objetivo(s), analisar limitações e avaliar alternativas (MARINS, 2011; GOMES, GOMES, ALMEIDA, 2002). No primeiro item está inserido o sistema de coleta de dados, visto que a partir das informações obtidas, é possível o gerente/gestor analisar em que ponto reside a falha e intervir, seja com modificações na estrutura ou nos processos, bem como reavaliação com a reaplicação do sistema para analisar os resultados.

Nessa direção podem ser empregados pelos gestores os conceitos e princípios da pesquisa operacional, como método científico que objetiva levantar informações para viabilizar a tomada de decisão com relação a operações, com um enfoque sistêmico para os problemas. (MARINS, 2011).

Nesse olhar, destaca-se a característica relevante para o êxito da aplicação do sistema validado – atitude institucional, a qual proverá recursos e possibilidades que foram visualizadas como limitantes para a aplicação piloto nessa pesquisa metodológica. A partir da aplicação do sistema por iniciativa institucional várias serão as vantagens se comparadas à condução acadêmica dessa, o que viabiliza parceria

na pesquisa, com vistas o aproveitamento prático dos dados coletados. Assim como na iniciativa da LPZ, se adotada voluntariamente pelos hospitais brasileiros, a comparação de dados poderá ocorrer a partir de estratégias que facilitem a seleção dos pontos prioritários de intervenção, com vistas ao redirecionamento das boas práticas observadas, e fragilidades a serem superadas, com vistas a melhoria das ações nas diversas instituições participantes.

Isso também vai ao encontro do que foi observado ao longo da coleta de dados em relação aos coletadores, os quais são imprescindíveis ao sucesso da aplicação do sistema de coleta de dados. Destaca-se que, tal como recomendado pelo protocolo da LPZ (2010), tem-se como ideal que o coletador seja enfermeiro do serviço, pois isso facilita a coleta de dados, tornando-a mais rápida e eficiente. Além disso, é preciso frisar que o grau de envolvimento do coletador é outro favorecedor, visto que se o colaborador compreende a funcionalidade do sistema de coleta de dados, bem como a aplicabilidade dos dados coletados, isso o torna mais disponível à aplicação do sistema.

Além disso, o coordenador local deve se envolver no acompanhamento dos colaboradores. É preciso que observe o andamento da coleta no tocante à distribuição das unidades, quantidade de pacientes por dupla, com vistas ao remanejamento dos coletadores durante a coleta. Isso implica em adotar um cronograma de coleta de dados flexível, que seja o norteador da coleta, mas não defina o andamento da mesma. Isso vai ao encontro da disponibilidade de participação dos colaboradores nessa pesquisa, que devido a motivos externos não puderam permanecer durante toda a coleta de dados, o que requereu a recomposição das duplas.

Além disso, no contexto da pesquisa, não foi viável o envolvimento maciço dos enfermeiros da instituição, o que reitera a recomendação de que o sistema de coleta de dados seja aplicado por motivação da instituição de saúde, com subsídios gerenciais e operacionais, durante o turno de trabalho do enfermeiro e em períodos contínuos.

No tocante à participação do pesquisador na coleta de dados, destaca-se a necessidade da visão global do sistema nas instituições em que o mesmo for aplicado, bem como experiência em coletas de dados epidemiológicos, os quais possuem um perfil de avaliação bastante dinâmico e resultam em bancos de dados extensos.

Ao final da coleta de dados, é imprescindível a parceria entre pesquisador e coordenador local para a organização dos instrumentos preenchidos, dado o volume de formulários e unidades clínicas. Além disso, o contato prévio com os enfermeiros e gerentes de enfermagem, bem como o apoio da Diretoria de Enfermagem, são fundamentais para a agilidade da coleta de dados, visto que se prioriza o procedimento de avaliação do paciente e consulta aos prontuários, bem como favorece a participação do enfermeiro como fonte de informações sobre a unidade clínica.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Na validação do sistema de coleta de dados, composto por quatro itens: instrumentos de coleta de dados, material educativo, protocolo de coleta de dados e planilha online para registro dos dados, concluiu-se que:

- Os especialistas contribuíram para a validação de conteúdo dos instrumentos de coleta de dados, e sugeriram melhorias na tradução e a discussão acerca da aplicabilidade do instrumento na realidade brasileira. A técnica de descentramento (Painel da LPZ) reafirmou essa validação, e resultou em recomendações referentes à nomenclatura adotada e a análise da aplicação desses termos no sistema de saúde brasileiro.
- A validação de conteúdo foi efetuada por meio da aplicação empírica, na qual a participação de 29 coletadores (enfermeiros/estudantes), previamente capacitados e que possuíam conhecimentos anteriores sobre úlcera por pressão, viabilizaram essa etapa.
- A coleta de dados organizada a partir dos manuais da LPZ (2010; 2011) foi adaptada à realidade brasileira, por meio de ajustes sugeridos no pré-teste dos instrumentos de coleta de dados (Fase 1 da pesquisa).
- A inviabilidade da aplicação dos termos de consentimento livre e esclarecido na véspera da coleta de dados, conforme recomenda a LPZ (2010), foi decorrente da alta rotatividade dos pacientes.
- O protocolo de coleta de dados seguiu o cronograma previamente estabelecido pelo coordenador local e a coleta foi realizada num único dia. A duração da coleta de dados foi de oito horas e trinta minutos.
- No período da manhã concentrou-se 80,78% da coleta de dados (33 unidades clínicas), totalizando 269 pacientes. Em oito unidades a coleta foi conduzida no período da tarde. A UTI foi a última unidade em que os dados foram coletados, devido ao perfil da unidade identificado no pré-teste do instrumento. Nessa unidade, uma dupla fez a avaliação dos pacientes, e três estudantes colaboraram na verificação dos dados dos prontuários.

- Os dados coletados foram digitados na planilha online e na planilha Excel® duplicada, a fim de identificar divergências na digitação dos dados. A planilha online final foi composta por 559 linhas e 241 colunas.
- A planilha online foi validada, pois viabiliza a digitação dos dados no local aonde forem gerados, não apresentou erros de salvamento ou dificuldades que limitassem sua utilização, e permitiu a exportação de dados em arquivo Excell®, compatível com os pacotes estatísticos de análise. Contudo, a dependência do uso da internet pode gerar limitações para alguns locais de pesquisa, visto que o salvamento da digitação é automático, quando conectado à rede.
- Os instrumentos de coleta de dados (Instrumentos 1 a 3a) possibilitaram a obtenção de dados da instituição acerca do cuidado das úlceras por pressão, bem como dos pacientes internados no dia da coleta de dados.
- Os dados empíricos obtidos são gerais e caracterizam um perfil abrangente do problema de cuidado, com a possível identificação de falhas e processos a serem aprimorados. Contudo, não fornecem o detalhamento do agravo, como as características clínicas das úlceras por pressão.
- Houve divergência de preenchimento do número de pacientes com úlcera por pressão: no instrumento 3 (que verifica a presença ou ausência e o mais alto estágio da lesão), 17 pacientes apresentavam úlcera por pressão (6,7%), e em 23 casos (9,1%) esse item não foi informado, e, no instrumento 3a (que detalha o estágio, local aonde se desenvolveu e tratamento atual da ferida, considerando todas as lesões) foram identificados 19 pacientes com úlcera por pressão, totalizando 32 lesões, com média de 1,68 lesões/paciente, sendo o mínimo uma e o máximo sete úlceras.
- O item lesão por umidade não permite avaliar as úlceras mistas (decorrentes da umidade da pele e da pressão sobre as proeminências ósseas).
- Em diversos itens dos instrumentos 3 e 3a, houve um número significativo de informações não preenchidas, o que limitou a análise desses dados. Os dados epidemiológicos do instrumento 3 se restringem ao mais alto estágio da úlcera por pressão. Assim, para aprofundar a análise dos dados específicos do agravo é preciso agrupar variáveis dos dois instrumentos.
- Houve limitação da aplicação da escala de Braden, visto que os dados de 21 adultos e 11 crianças não foram informados.

- Considerando a população de 254 pacientes incluídos na pesquisa, a prevalência pontual de úlcera por pressão foi 7,48%. Excluindo as úlceras de estágio 1 (eritema não branqueável), foi de 4,72%, com maior prevalência na área crítica (19,67% e 16,39%, respectivamente).
- A maioria das úlceras eram de estágio 2 (20 casos), seguidas de estágio 1 (oito casos), e apenas um caso de úlcera em estágio 4 e três inclassificáveis. Esse item não permitiu a avaliação do número de casos em que não houve informação, pois no instrumento 3a não há um campo para presença ou ausência de úlcera por pressão.
- Em relação ao local aonde a úlcera se desenvolveu, 56,3% das lesões ocorreram na unidade/enfermaria atual, 9,4% em casa, 6,3% em outra unidade/enfermaria, e, 6,3% em outra instituição hospitalar. Destaca-se que 21,9% dos casos esse dado não foi informado.
- A avaliação se o cliente apresenta dor relacionada à úlcera por pressão foi outro item que apresentou divergência, visto que, se analisado de maneira isolada com os dados do instrumento 3, pode ser interpretado de maneira controversa, pois não permite avaliar se o paciente possui ou não úlcera por pressão. Além disso, limita a interpretação quando essa avaliação não foi realizada pela dificuldade de relato da dor pelo cliente, como em casos de impossibilidade de verbalização, por exemplo.
- Dados com significância estatística: interferência da área na ocorrência de lesões por umidade após a internação ($p=0,017$), predominância da ocorrência de úlceras nos casos cirúrgicos ($p=0,000$), quanto maior o tempo de cirurgia mais alto o estágio da lesão ($p=0,004$), pacientes com úlcera tem tempo de internação significativamente maior do que aqueles que não apresentam a lesão ($p=0,031$), o tempo médio de internamento dos pacientes com lesão por umidade é significativamente superior àqueles sem essa lesão ($p=0,013$), ocorrência de úlcera por pressão entre os pacientes com e sem doença cardiovascular ($p=0,002$), com e sem doenças infecciosas ($p=0,011$) e acidente vascular cerebral/hemiparesia ($p=0,005$).
- O **Instrumento 1** foi considerado válido pelos especialistas, pois não houve possibilidade de validação estatística, devido à limitação da amostra.
- O **Instrumento 2** foi validado, o item 'tipo de unidade clínica' e as 'informações sobre úlceras por pressão' foram adequadas ou parcialmente adequadas para os dois avaliadores em 97,3% das unidades clínicas, e parcialmente inadequadas para um dos avaliadores em apenas 2,7% dos casos. Considerando os quatro itens de

avaliação do instrumento, o percentual acumulado de adequação total ou parcial foi de 96,30%. Em relação às áreas, nas unidades críticas, clínica médica e cirúrgica adulto 100% das respostas válidas apontam adequação total ou parcial, e inadequação por 2,08% e 10,71% das unidades da pediatria e materno infantil.

- Na avaliação do **Instrumento 3**, dentre as respostas (n=296), 263 indicaram o instrumento total ou parcialmente adequado, a opção parcialmente inadequado foi assinalada por seis avaliações da área crítica e por oito da materno infantil, sendo que nessa última, quatro avaliações o apreciaram como inadequados, totalizando 18 respostas nessas duas escalas. O percentual acumulado foi de 93,59% para adequação total ou parcial. O instrumento 3 foi validado, com ressalvas às áreas materno infantil (14,55% de inadequação) e unidades críticas adulto (9,68% de inadequação).

- **Instrumento 3a** foi validado, pois no somatório de avaliações (seis itens), foram obtidas 444 respostas, das quais 273 (61,50%) apontam que a aplicação do mesmo foi adequada, seguida de 7,90% parcialmente adequada e apenas 19 (4,30%) parcialmente inadequado. Apenas duas avaliações (0,50%) mencionaram que o instrumento foi inadequado. Das respostas válidas (n=329), 93,62% indicam adequação total ou parcialmente às unidades avaliadas. A inadequação do instrumento foi citada nas unidades críticas adulto, clínica médica e materno infantil.

- **Na avaliação global do sistema**, 78,6% dos avaliadores apontam que o sistema atendeu integral ou parcialmente as especificidades da clínica avaliada, 82,1% afirmaram que o sistema (instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados e material educativo) apresenta viabilidade integral ou parcial de aplicação na clínica avaliada. O sistema foi considerado adequado para as unidades críticas adulto (81,80%), clínica médica (80%), cirúrgica adulto (62,5%) e pediatria (57,1%), e na área materno infantil, os avaliadores apontaram que o sistema é parcialmente inadequado, visto que não atendeu as especificidades dessa área (75,0%).

- O material educativo contribuiu para a aplicação do sistema de coleta de dados, de maneira integral ou parcial para 96,4% dos participantes, o material de apoio da coleta (protocolo de coleta de dados e kits de coleta) favoreceu a coleta de dados para 85,7% dos participantes.

- Considerando que a avaliação do material educativo por parte dos coletadores foi superior à do material de apoio, o primeiro foi considerado validado.

•A partir da análise global dos dados empíricos apresentados, conclui-se que o sistema de coleta de dados foi considerado validado para aplicação nas unidades que compõem as áreas crítica, clínica médica, cirúrgica adulto e pediatria, com aprovação superior a 80%. Não se recomenda a aplicação na área materno-infantil, devido às limitações em relação as especificidades da mulher em ciclo gravídico-puerperal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações gerais do sistema

A premência em realizar essa pesquisa metodológica para o desenvolvimento e validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão na realidade brasileira surgiu a partir da verificação da ausência de instrumentos similares já validados no Brasil. Aliado a isso, estudos preliminares sobre a prevalência de úlcera por pressão e a percepção da necessidade de estudos sistemáticos que permitam o mapeamento das úlceras motivaram o interesse em desenvolver esse estudo.

Os resultados apontaram a obtenção da validação de conteúdo do sistema de coleta de dados de úlcera por pressão. Empregaram-se no desenvolvimento desse sistema diversos métodos rigorosos, como a tradução e adaptação transcultural aplicada nos instrumentos de coleta de dados, a tradução livre do protocolo de coleta de dados, e, o uso de ferramentas tecnológicas para a elaboração do material educativo e da planilha online.

A aplicação empírica do sistema configurou na prática os desafios de uma pesquisa metodológica, que esbarra em questões estruturais e financeiras, visto que não houve financiamento externo. As limitações foram superadas e análises consistentes foram alcançadas, e demonstraram que, de fato, o sistema obtém um panorama geral do problema para a instituição - desde as ações adotadas institucionalmente até aquelas dedicadas aos pacientes individualmente, evidenciando características e correlações no momento da coleta de dados. Nisso reside a riqueza de possibilidades de intervenção aos gestores, haja vista a possibilidade de avaliação do problema na dimensão macro e micro estrutural, com

impacto direto na qualidade do serviço, seja na estrutura, processo ou resultado do cuidado multiprofissional.

A Enfermagem representa um papel primordial na condução de inquéritos que envolvam a aplicação desse sistema. Contudo, a participação e envolvimento multiprofissional é imprescindível para a agilidade e fidedignidade da coleta de dados, pois a equipe contribui na disponibilização dos prontuários e do paciente para a coleta de dados, na complementação de informações, entre outros. Da mesma forma, o reconhecimento dessa aplicação como uma necessidade institucional facilitará, sobremaneira, o uso do sistema, dispondo de recursos humanos e físicos, bem como na análise detalhada dos dados obtidos para a tomada de decisão em busca da melhoria da qualidade do cuidado – pressuposto da LPZ, e a efetivação da compreensão das úlceras por pressão como um indicador de qualidade pelas instituições.

Dessa forma, acredita-se que os dados obtidos na aplicação do sistema viabilizam a tomada de decisão pelos gestores para a destinação de recursos e definição de práticas de cuidado de forma condizente com as necessidades da instituição. Contudo, recomenda-se que esse processo seja pautado na tomada de decisão científica, a que serve o sistema de coleta de dados para os gestores, visto que sua aplicação obtêm informações relacionadas à estrutura, processo e resultados dos cuidados prestados.

Em âmbito macro, apreende-se que a aplicação do sistema contribuirá para a distribuição de recursos, para a gestão dos serviços, bem como para o desenvolvimento de estratégias e de políticas de atenção à saúde em direção ao reconhecimento dessa como evento de vulnerabilidade, com vistas a prevenção e tratamento das úlceras, dado o diagnóstico inicial que os dados coletados aproximam.

Para os profissionais que atuam na assistência, os dados obtidos possibilitam planejar a assistência de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente, bem como prever os recursos necessários para a execução do cuidado.

Quiçá, espera-se que a aplicação desse sistema alcance proporções estaduais e até nacionais, por meio de estudos multicêntricos, que resultem em dados consistentes e com grandes populações, tal como os obtidos pela LPZ. Além disso, que a aplicação contínua e sistemática desse se torne uma tradição entre os serviços de saúde brasileiros, com vistas à mudança de cultura de compreensão do problema

entre os profissionais e as organizações. Estima-se que a aplicação desse sistema representa um passo inicial para discussões fundamentadas acerca da ocorrência das úlceras por pressão no País, em direção ao reconhecimento da problemática e à definição de estratégias capazes de predizê-lo nas instituições, tais como a notificação compulsória, que fomente discussões organizacionais para a melhoria da qualidade do cuidado com a identificação de erros e correção das falhas.

Dessa forma, pontua-se que o sistema de coleta de dados vai ao encontro das estratégias nacionais e internacionais descritas anteriormente - no que tange as possibilidades de intervenção na prevenção desse agravo e na segurança do paciente, pois tem como cerne a obtenção de informações capazes de fundamentar a tomada de decisão dos gestores para a melhoria da qualidade do cuidado. Para tanto, reitera-se a necessidade de formação de redes de cooperação para a aplicação do sistema validado e discussões ampliadas para que avanços possam ser obtidos nessa temática¹⁶.

A validação de conteúdo foi alcançada com a participação dos especialistas em dois momentos: no comitê de juízes como etapa da tradução dos instrumentos, e na avaliação da aplicação do sistema. Discutiu-se a relevância desse tipo de validação para a seleção de instrumentos para mensurar constructos epidemiológicos, e evidenciou-se que o sistema contempla as três vertentes (teórica, psicométrica e operacional) que garantem a qualidade metodológica desse sistema.

Recomenda-se que ocorram novas avaliações acerca da aplicação do sistema no que se refere ao critério da reprodutibilidade do mesmo, a fim de que, em futuros estudos, possam ser verificados se dados semelhantes a essa pesquisa metodológica serão obtidos. Além disso, recomenda-se que futuras pesquisas aprimorem os instrumentos de coleta de dados, protocolo de pesquisa, material didático e planilha online a partir das limitações reconhecidas nesta pesquisa metodológica.

¹⁶ Parcerias de pesquisa utilizando o sistema de coleta de dados validado podem ser analisadas mediante contato com a pesquisadora (karlacrozeta@ufpr.br).

Por fim, o reconhecimento desse estudo no relatório de 2012 da LPZ como a primeira iniciativa de aplicação desses inquéritos no Brasil e o interesse em expandir esse grupo a outros locais do mundo representa uma oportunidade de fortalecimento das pesquisas e mudanças nas práticas que envolvem as úlceras por pressão, como momento oportuno de contar com a experiência de 15 anos para termos avanços nesse âmbito no País.

Recomendações para aprimoramento do sistema

Embora o protocolo da LPZ pondere o tempo de oito minutos por paciente como a média de avaliação, e recomende a composição de seis trios (seis enfermeiros e 12 colaboradores externos) na realização da coleta de dados em um hospital com 360 leitos, no período das 08h00min às 16h00min (LPZ, 2010), a partir dessa experiência de aplicação do sistema de coleta de dados na realidade brasileira e o perfil clínico do hospital de ensino, recomenda-se que cada dupla avalie no máximo 40 pacientes de médio risco e 20 pacientes de alto risco. Isso implica em uma estrutura de 12 duplas para um hospital de até 400 leitos, tal como foi aplicada nessa pesquisa. Para tanto, indica-se para o recrutamento das equipes considerar um índice de segurança de 20%, a fim de garantir o número mínimo adequado na data da coleta de dados.

Como estratégia para a coleta de dados, sugere-se que a dupla incumbida da avaliação dos pacientes das áreas de terapia intensiva seja auxiliada por colaboradores para a verificação dos prontuários. Nas unidades clínicas e cirúrgicas, de acordo com a baixa rotatividade dos pacientes, é possível que os termos de consentimento sejam assinados pelo paciente ou familiar antes do momento da coleta de dados, necessidade que poderia ser suprida com a participação de um colaborador independente das duplas de avaliadores.

Além disso, dispor de um colaborador para apoio do coordenador local é interessante, visto que esse poderia auxiliá-lo na distribuição, organização e reposição do material de pesquisa. Além disso, o desenvolvimento de um *check list* para a conferência dos kits ao término da coleta em cada unidade aperfeiçoaria o trabalho do coordenador local.

Com vistas a ampliação da aplicabilidade desse sistema, recomenda-se o uso de recursos gratuitos de capacitação online, como Plataforma Moodle, por exemplo,

e o desenvolvimento de aplicativos específicos para a coleta de dados *em tablets e smartphones*.

Em relação ao **material educativo**, sugere-se que o tempo para capacitação dos coletadores seja ampliado para 20 a 30 dias. É preciso reforçar as orientações sobre a aplicação das escalas de Braden (maiores de 14 anos) e Braden Q (de zero a 14 anos incompletos), bem como explorar a diferença entre lesões por umidade – e lesões mistas (por umidade e pressão).

No **Instrumento 2**, sugere-se a reformulação do campo ‘tipo de unidade clínica’, a fim de facilitar o preenchimento dos dados. Além disso, a questão sobre avaliação de risco deveria ser mais direta, como ‘a unidade utiliza escalas de avaliação de risco?’ ou ‘Na unidade os pacientes são avaliados em relação ao risco de desenvolver UP?’.

No **Instrumento 3**, percebeu-se que o item lesão por umidade não permite avaliar as úlceras mistas (decorrentes da umidade da pele e da pressão sobre as proeminências ósseas). Assim, apreende-se incluir a opção ‘outros’ no item lesões por umidade ou a ‘opção de lesão combinada’ (úlceras por pressão +umidade). Outra possibilidade é a reorganização dos itens referentes ao quadro clínico e/ou necessidades de cuidado (questão 10) de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

No **Instrumento 3a**, é premente a reformulação do campo ‘avaliação da dor relacionada à úlcera por pressão’, incluindo um item ‘não é possível avaliar a dor, devido: sedação, comatoso, não verbaliza. Dessa forma, sugere-se a reorganização desse item da seguinte forma: O Paciente tem UP? Sim/ Não. Se sim, o cliente apresenta dor relacionada à UP? Não/Sim. Não é possível mensurar, devido a: sedado, comatoso, não verbaliza. No tocante a escala de avaliação da dor, é preciso incluir no protocolo de coleta de dados a visual, além da analógica, para as crianças. Ainda nesse item, é preciso estabelecer critérios para a avaliação da dor na criança e nos pacientes em estado comatoso, discutindo a possibilidade de complementação da avaliação com as Escalas de Glasgow e de Ramsay.

Considerando as ponderações da literatura sobre a ocorrência de úlceras por pressão em mucosas, geralmente decorrentes de dispositivos do cuidado, sugere-se a inclusão de um campo no instrumento 3a que possibilite tal inferência durante a coleta dos dados.

No tratamento atual da ferida, as opções não contemplam curativo de gaze e fita. A opção nenhum não ficou clara, pois pode se referir ao emprego de nenhum curativo especial e não propriamente a presença ou ausência de curativo. Outro ponto é a utilização de gaze embebida com AGE, que é diferente de curativo antiaderente e não aparece na listagem de opções. Disso emerge a recomendação de atualização constante da lista de terapêuticas, de acordo com os recursos disponíveis no momento da coleta de dados.

De maneira geral, recomenda-se a reformulação do sistema para aplicação na área materno infantil, por meio da consulta a especialistas na área e na coleta piloto de dados nas unidades para retestagem do sistema.

Para facilitar o andamento da coleta de dados e a avaliação do risco (Escala de Braden e Braden Q) prevê-se a necessidade de disponibilização de instrumentos 3a por idade, contendo as escalas de avaliação de risco específicas, além de utilizar cores diferentes entre esses instrumentos. Sugere-se a padronização dos itens de resposta única e resposta múltipla, com quadrado e círculo, por exemplo.

Assim, como a LPZ, recomenda-se que os instrumentos de coleta de dados sejam periodicamente revisados para adequações, e, conseqüentemente, tais reformulações sejam aplicadas ao material educativo e à planilha online. Além disso, sugere-se a condução de estudos multicêntricos ou por meio de redes de cooperação para a ampliação da aplicação do sistema no cenário de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. T.; WERNECK, G. L. Tradução e adaptação cultural para o português do instrumento "the bowel disease questionnaire", utilizado para a avaliação de doenças gastrointestinais funcionais. **Arquivo de Gastroenterologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p.138-53, abr./jun. 2006.
- ALONSO, J.; ANTÓ, J.M.; MORENO, K. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. **Am J Public Health**, v. 80, n. 6, p. 704–708, 1990.
- ALONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J.M. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. **Quality of Life Res**, v. 3, p. 385–393, 1994.
- ALONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J.M. La version española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. **Med Clin (Barc)**, v. 104, n. 20, p. 771-6, 1995.
- AMLUNG, R.S.; MILLER, W.L.; BOSLEY, L.M. The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a Benchmarking Approach. **Advances in Skin & Wound Care**, v.14, n. 6, p. 297-301, 2001.
- AQUILANI, R. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population. **Nutrition**, v. 18, n. 5, p.437-8, 2002.
- BAHARESTANI, M.M. *et al.* Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. **Int Wound J.**, v. 6, n. 2, p. 97-104, 2009.
- BAVARESCO, T.; LUCENA, A.F. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov.-dez. 2012; v.20, n.6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_13.pdf. Acesso em: 23 mai. 2013.
- BEATON, D.E *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000.
- BEECKMAN, D. *et al.* Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). **International Journal of Nursing Studies**, 2010, v. 47, p.1432–41.

BERGSTROM, N. *et al.* Predicting Pressure Ulcer Risk: a multisite study of predictive validity of the Braden Scale. **Nursing Research**, v. 47, n. 5, p. 261-9, 1998.

BERGSTROM, N.; ALLMAN, R.M.; CARLSON, C.E. *et al.* **Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention**. Clinical Practice Guideline. Quick reference Guide for Clinicians, nº 3. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication nº 92-0050, May 1992

BERKANOVIC, E. The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys. **Am J Public Health**, v. 70, n. 12, p. 1273–1276, 1980.

BLACK, J.M. *et al.* Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. **Ostomy Wound Management**, v. 57, n. 2, p. 24–37, 2011.

BLANES, L. *et al.* Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, v.50, n. 2, p.182-7, 2004.

BOURS, G.J. *et al.* The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in The Netherlands. **Ostomy Wound Manage**, v. 45, n.11, p. 28- 40, 1999.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2006; v. 40, n. 1, p.98-104.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Unidade clínica de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Unidade clínica de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria n.529**, de 1 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 28 mai. 2013.

CAPON, A. *et al.* Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. **J Adv Nurs**, v. 5, n. 3, May, p. 263-72, 2007.

CARDOSO, J.R.S. *et al.* Prevalence of Pressure Ulcers in a Brazilian Hospital: Results of a Cross-sectional Study. **Ostomy Wound Management**, v. 56, n.10, p.

CARDOSO, M.C.S.; CALIRI, M.H.L.; HASS, V.J. Prevalência de úlcera de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm**, v. 8, n. 2, p. 316-20, 2004.

CASIMIRO, C.; GARCÍA-DE-LORENZO, A.; USÁN, L. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population. **Nutrition**, v. 18, n. 5, May, p.408-14, 2002.

CHACON, J.M.F. *et al.* Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. **Sao Paulo Med J**. v. 127, n. 4, p. 211-5, 2009.

CHEN, *et al.* Prevalence of geriatric conditions: A hospital-wide survey of 455 geriatrician patients in a tertiary medical center. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.53, p.46–50, 2011.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 30 nov. 2012.

COSTA, M.P. *et al.* Epidemiologia e tratamento das UP: experiência de 77 casos. **Acta ortop. Bras.**, v. 13, n.3, p. 124-33, 2005.

CROZETA, K. *et al.* **Pesquisa Metodológica: novos e velhos desafios**. Anais 17 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Natal, 2013.

CROZETA, K. *et al.* Úlceras por pressão em neonatos e crianças: perfil epidemiológico e clínico. **Rev. Min. Enferm**, v. 14, n.2, abr/jun, p. 233-8, 2010.

CROZETA, K. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino**. 94f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CROZETA, K. Survey of the LPZ in Brazil. In: Halfens RJG., *et al.* **Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen**. Universiteit Maastricht: Oktober, 2012.

DEALEY C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DICCINI, S.; CAMADURO, C.; IIDA, L.I.S. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.2, p. 205-9, 2009.

ECHEVARRIA-GUANILO, M.E. **“Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS”:** **adaptação transcultural e validação preliminar**: Ribeirão Preto, 2005.161p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Área de concentração: Enfermagem Geral e Especializada – EGE.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E. **Validação da “Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS” e da “Impact of Event Scale – IES” para brasileiros que sofreram queimaduras**. 185f. Tese (Doutorado) - Programa Inter unidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 2009.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; ROSSI, L.A.; DANTAS, R.A.S.; SANTOS, C.B. **Adaptação transcultural da “Burns Specific Pain Anxiety Scale - BSPAS” para ser aplicada em pacientes queimados brasileiros**. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006 julho-agosto; v.14, n.4. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 20. Jun. 2012.

EPUAP/NPUAP. *European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas – fase I**. São Paulo, 162f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FEHRING RJ. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**. 1987; v.16, n.6 (Pt 1), p.625-9.

FEHRING, R.J. The fering model. In: Carroll-Johnson RM, editor. **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott; 1994. p.55.

FELDMAN, L.B. **Auditoria de gestão de risco com foco profissional**. In: D’Innocenzo M (coord). **Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 2.ed. São Paulo: Martinari; 2010.

FELDMAN, L.B. **Gestão de risco e Segurança Hospitalar**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2009.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 25-31, 2000.

FERNANDES, N.C.S; TORRES, G.V. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **CiencCuidSaude**, v.7, n.3, jul/set, p. 304-10, 2008.

FERRER, M.; *et al.* Validity and reliability of the St George's respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **Eur. Respir. J.**, v. 9, p. 1160-6, 1996.

FLETCHER, J. How can we improve prevalence and incidence monitoring? **Wound Care**, v. 10, n.8, p. 311-14, 2001.

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

FUJII, K. *et al.* Incidence and risk factors of pressure ulcers in seven neonatal intensive care units in Japan: a multisite prospective cohort study. **International Wound Journal**, v. 7, n.5, p. 323-8, 2010.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde: Maringá**, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006.

GALLAGHER, P. *et al.* Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. **J Tissue Viability**, v. 17, n. 4, Nov, p. 103-9, 2008.

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

GOMES, L.F.A.M.; GOMES, C.F.S.; ALMEIDA, A.T. **Tomada de decisão gerencial: enfoque multicritério**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER C, BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

GUNNINGBERG, L.; STOTTS, N.A. Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? **Int J Qual Health Care**, v. 20, n. 4, p. 246-53, 2008.

HC/UFPR. **HC em Números**. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/261>. Acesso em: 27 mar. 2013.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Qual Life Res.**; v. 6, n. 3, p. 237-47, 1997.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**, v. 7, n. 4, p. 323-35, 1998.

HESS, C.T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4.ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Ed., 2002.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HULLEY, S.B.; MARTIN, J.N.; CUMMINGS, S.R. **Planejando as medições: precisão e acurácia**. In: HULLEY, S.B. *et al.* Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.55-66.

HUNT, S.M, *et al.* Cross-cultural adaptation of health measures. **Health Policy**, v.19, n. 1, p. 33–44, 1991.

HUNT, S.M, *et al.* Cross-cultural adaptation of health measures. Instrument para la medida de los resultados clínicos. **Med Clin (Barc)**, v. 104, p. 771–776, 1995.

HUNT, S.M, *et al.* European Group for Quality of Life Assessment and Health Measurement. European Guide to the Nottingham Health Profile. **Surrey, Brookwood Medical Publications**, 1993.

INAN, D.G; ÖZTUNÇ, G. Pressure Ulcer Prevalence in Turkey. **Wound Ostomy Continence Nurs**, v.39, n.4, p.1-5, 2012.

IRION, G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KALTENTHALER, E. *et al.* UK, USA and Canada: how do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare? **J Wound Care**, v. 10, n. 1, p. 530–5, 2001.

KEELAGHAN, E. *et al.* Prevalence of pressure ulcers on hospital admission among nursing home residents transferred to the hospital. **Wound Rep Reg.**, v.16, p. 331–36, 2008.

KOTTNER, J. *et al*, The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. **J Tissue Viabil.**, v.18, n.2, p. 36–46, 2009.

LAHMANN, N.A.; HALFENS, R.J.; DASSEN, T. Prevalence of pressure ulcers in Germany. **J Clin Nurs.**, v. 14, n. 2, p.165-72, 2005.

LEPISTÖ, M. *et al*. Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. **Int J Nurs Pract.**, v. 7, n. 4, Aug, p. 280-7, 2001.

LIMA ACB, GUERRA DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva** 2009. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1517>. Acesso em: 10/11/10.

LIMA, A.C.B; GUERRA, D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.1, 2011.

LIMA, H.O.; DUTRA, E.C.D. O Gerenciamento de Riscos na Saúde – aplicação na atenção hospitalar. **RAHIS** - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - jul./dez. 2010.

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online braz. J. nurs.** (Online); v.10, n.2 abr-ago. 2011.

LITTO, F; FORMIGA, M (Org). **Educação a distância: o estado da arte**. São Paulo: Pearson Education, 2009.

LPZ. **Information Booklet**. New Zealand National Survey Care Indicators (NSCI), part of the international LPZ project. Data collection: 13 April 2010.

LPZ. **Manual for entering data on registration forms national survey of care indicators**. Maastricht, October 2011.

LPZ. **Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen**. Universiteit Maastricht - CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, Oktober 2012. ISBN: 978 94 90411 03 9.

LPZ. **The Dutch National Prevalence Survey of Care Problems**. Disponível em: www.lpz-um.eu/. Acesso em: 10 mai 2013.

MAIA, A.C.A.R. **Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da Escala de Braden Q**. [Translation in to portuguese cultural adaptation

and validation of the Braden Q Scale]. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2007.

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. **Rev Paul Pediatr** 2011; v.29, n.3, p.406-14.

MAKAI, P. *et al.* Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, v. 8, n.11, 2010.

MARINS, F.A.S. **Introdução à Pesquisa Operacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista, Pró-Reitoria de Graduação, 2011.

MARTINS, P.A.S.F. **Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica**. São Paulo, 123f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MEDEIROS, A.B.F.; LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 223-8, 2009.

MEDICAL OUTCOMES TRUST. **Instruments**. Disponível em: <http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

MEDINA CASTRO, M.E. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de Qualidade de Vida relacionada à saúde DISABKIDS-37 para crianças/adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais/cuidadores – fase I**. São Paulo, 182f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MELO, R.P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 abr/jun; v.12, n.2, p.424-31.

MERAVIGLIA, M. *et al.* Maintenance of skin integrity as a clinical indicator of nursing care. **Adv Skin Wound Care**, v. 15, n.1, p. 24-9, 2002.

MILL, D; RIBEIRO, L.R. DE C; OLIVEIRA, M.R.G.de. **Polidocência na educação a distância múltiplos enfoques**. São Carlos: Editora Edfuscar, 2010.

MOORE, M; KEARSLEY, G. **Educação a distância - uma visão integrada**. São Paulo: CENGAGE, 2008.

MOORE, Z.; COWMAN, S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. 2011, **Journal of Clinical Nursing**, v.21, p.362–371. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03749.x

MORAES, C.L.; HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural para o português do instrumento Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), utilizado para identificar violência entre casais. **Cad Saude Publica**, v. 18, p. 163-76, 2002.

MORO, A. *et al.* Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 53, n. 4, jul/ago, p. 300-4, 2007.

MOTA, E.; ALMEIDA, M.F.; VIACAVA, F. **O dado epidemiológico: Estrutura, fontes, propriedades e instrumentos**. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MOTA, N.V.V.P.; MELLEIRO, M.M; TRONCHIN, D.M.R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. **RAS**, v. 9, n. 34, p. 9-15, 2007.

NOGUEIRA, P.C.; CALIRI, M.H.L.; HASS, V.J. Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, maio/jun, 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 30/10/2010.

NOGUÊS, D.L.B., *et al.* **Desenvolvimento de banco de dados de úlceras por pressão: uma inovação tecnológica**. Anais do 5º EINTI, 2012. ISSN - 19839863.

NPUAP. *National Pressure Ulcer Advisory Panel*. Pressure Ulcer Stages Revised by the National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Ostomy Wound Manage.**, v. 53, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.o-wm.com/article/6967>. Acesso em: 10 jan 2013.

OSORIO, F.L. **Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação**. São Paulo, 313f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PAIXÃO-JR, C.M. *et al.* Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Care giver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2013-22, 2007.

PARANHOS, W.Y. Úlceras de Pressão. In: JORGE, S.A. **Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 287-98, 2005.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **RevEscEnferm USP**. V. 33, n.Esp, p.191-206, 1999.

PASQUALI, L. Princípios para elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiq Clin**, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. Esp., p.992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 399 p.

PEARSON, A. *et al.* Prevalence and treatment of pressure ulcers in northern New South Wales. **Aust J Rural Health**, v. 8, n. 2, p. 103-10, 2000.

PERIPOLLI, L.O., *et al.* **Levantamento de dados transversais na prática do enfermeiro: uma inovação tecnológica**. Anais do 5º EINTI, 2012. ISSN - 19839863.

PERROCA, M.G. **Instrumento de classificação de pacientes de PERROCA: validação clínica**. São Paulo, 156 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PESSOA, E.F.R.; ROCHA, J.G.S.C.; BEZERRA, S.M.G. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.1, Jan/Fev/Mar, 2011.

PRIETO, L. *et al.* Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: evidence of limited value of item weights. **J Clin Epidemiol**, v. 49, p. 31–38, 1996.

RANGEL, E.M.L.; CALIRI, M.H.L. Práticas de Enfermeiros de um Hospital Geral sobre a Prevenção da Úlcera de Pressão. **Rev Paul Enf** 2006; 25(2):96-101.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. **Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas**. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Epistemologia e Método, p. 227-254, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. **Rev Bras. Epidemiol**. v.1, n.2, 1998.

REICHENHEIM, M.E.; HASSELMANN, M.H.; MORAES, C.L. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev Saúde Pública**, v.34, n. 6, p. 610-6, 2000.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p.665-73, 2007.

RIBAS, J.D. **Prevalência de úlcera por pressão: um estudo epidemiológico da enfermagem**. Curitiba, 134f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2011.

RINALDI, E.C. **Prevalência de úlcera por pressão: estudo epidemiológico em um hospital no interior do Paraná**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

ROCHA, A.B.L. **Tradução para a Língua portuguesa, adaptação transcultural e aplicação clínica da escala de Waterlow para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de decúbito**. [Tese - Mestrado]: 2003. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

ROCHA, A.B.L.; BARROS, S.M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da Escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 143-50, 2007.

ROGENSKI, N.M.B. **Estudo sobre a prevalência e incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário**. Dissertação. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ROGENSKI, N.M.B.; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlcera por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 4, jul/ago, p. 474-80, 2005.

SALUM, P.M. *et al.* **Estudos de prevalência de úlcera por pressão: o desenvolvimento de uma inovação tecnológica**. Anais do 5º EINTI, 2012. ISSN - 19839863.

SANTOS, L.M. *et al.* **Criação de banco de dados transversais sobre úlceras por pressão: uma prática inovadora da enfermagem**. Anais do 5º EINTI, 2012. ISSN - 19839863.

SANTOS, V.L.C.G. *et al.* Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 maio-junho; v.13, n.3, p.305-13.

SCALA, C.S.K.; NASPITZ, C.K.; SOLÉ, D. Adaptação e validação do Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire em crianças e adolescentes com asma. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 54-60, 2005.

SCHULTZ, A. *et al.* Etiology and incidence of pressure ulcers in surgical patients – Statistical data included. **AORN J.**, 1999; Disponível em: <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_3_70/ai_55816845/>. Acesso em: 04/09/2009.

SHAHIN, E. S. M.; DASSEN, T.; HALFENS, R. J. G. Pressure ulcer prevalence and incidence in intensive care patients: a literature review. **Nursing in Critical Care**, v. 13, n. 2, p. 71-79, 2008.

SILVA, M; PESCE, L; ZUIN, A. (ORG.) **Educação online: cenário, formação e questões didáticos pedagógicas**. Walk, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, v. 59, n. 3, maio/jun, p.279-84, 2006.

SOUZA, D.E.; ALMEIDA FILHO, N. **Medindo a Saúde**. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TARLOV, A. Scientific Advisory Committee Overview & Update - **Bulletin - Annual State-of-the-Art Health Outcomes Conference held in Boston**. November 1998 - Volume 3 - Issue 4.

TSOKOS, M.; HEINEMANN, A.; PÜSCHEL, K. Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. **Int J Legal Med**, v. 113, n. 5, p.283-7, 2000.

TUBAISHAT, A.; ANTHONY, D.; SALEH, M. Pressure ulcers in Jordan: A point prevalence study. **Journal of Tissue Viability**, v.20, p.14-9, 2011.

UZUN, O.; TAN, M. A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey. **Ostomy Wound Manage**, v. 53, n. 2, Feb. p.44-56, 2007.

VANDERWEE, K. *et al.* Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. **BMJ Qual Saf** 2011; v.20, p.260-67. doi:10.1136/bmjqs.2010.043125.

VIANA, A.L.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Análise de políticas de saúde**. In: GIOVANELLA, L. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VOWDEN, K. R.; VOWDEN, P. The prevalence, management, equipment provision and outcome for patients with pressure ulceration identified in a wound care survey within one English health care district. **J Tissue Viability**, v. 18, n. 1, Feb, p.20-6, 2009.

WANN-HANSSON, C.; HAGELL, P.; WILLMAN, A. Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. **J Clin Nurs.**, v.; 17, n. 13, Jul, p.1718-27, 2008.

WATCHER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

WEISSHEIMER, A.M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psycho social Profile**. São Paulo, 133f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WILBORN, D.; HALFENS, R.; DASSEN, T. Pressure ulcers: prevention protocols and prevalence. **Journal of Evaluation of Clinical Practice**, v. 12, p. 630-8, 2006.

WOCN. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2010 Jun 1. 96 p.

YAMADA, B.F.A. **Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers: construção e validação da versão feridas**. São Paulo, 284f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

YOUNG, J.*et al.* Risk Factors Associated With Pressure Ulcer Development at a Major Western Australian Teaching Hospital from 1998 to 2000: Secondary Data Analysis. **J WOCN**, v. 29, n. 5, 2002.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - TERMOS DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado "Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlcera por pressão". É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é desenvolver um sistema de coleta e análise de dados para verificar o número de úlceras por pressão no estado do Paraná.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário assinar o presente termo de consentimento.
- d) Não haverá nenhum risco ao seu tratamento e não lhe será causado nenhum desconforto. Você será examinado por um enfermeiro, que observará a sua pele. Em caso de algum desconforto o exame será interrompido.
- e) Não há riscos ao seu tratamento, pois os cuidados de enfermagem não sofrerão influência dos pesquisadores.
- f) Para tanto, a pesquisa se refere somente ao tempo de permanência no Hospital de Clínicas - PR e você não precisará ser reavaliado ou passar por consultas posteriores. Seus dados (incluindo informações sobre idade, data de nascimento, sexo, procedimentos cirúrgicos e diagnóstico médico) serão consultados para elaboração do perfil dos pacientes.
- g) Os benefícios esperados desta pesquisa são: que a prevenção das úlceras por pressão possa ser melhorada, o que trará benefício ao cliente, família e comunidade, pois permite a prevenção do agravamento do estado de saúde do paciente que desenvolve feridas na internação.
- h) Os pesquisadores Profa. Ms. Karla Crozeta e Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier, que poderão ser contatados pelos emails mmarineli@ufpr.br/karla.crozetafigueiredo@gmail.com ou pelos telefones: 9974-4659 (Dra. Marineli) ou 8852-3681 (Dda. Karla) ou no endereço Rua Lothario Meissner, 632 Jardim Botânico. Setor de Ciências da Saúde, Bloco Didático II, são os responsáveis pela pesquisa e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.
- i) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- j) A sua participação neste estudo é voluntária. Se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar o cancelamento de sua participação em qualquer fase do estudo.
- k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos enfermeiros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/2012

Rubrica do Pesquisador Principal _____

Rubrica do Orientador ou Colaborador _____

Rubrica do Sujeito ou Representante _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- m) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)
Local e data

Identificação do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/2012

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS
E/OU RESPONSÁVEIS**

- a) Você está sendo convidado A PERMITIR A PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO(a) num estudo intitulado "Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlcera por pressão". É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é desenvolver um sistema de coleta e análise de dados para verificar o número de úlceras por pressão no estado do Paraná.
- c) Caso você PERMITA QUE ELE(A) participe da pesquisa, será necessário assinar o presente termo de consentimento.
- d) Não haverá nenhum risco ao seu tratamento DO SEU FILHO e não lhe será causado nenhum desconforto. ELE(A) será examinado por um enfermeiro que observará a sua pele. Em caso de algum desconforto o exame será interrompido.
- e) Não há riscos ao tratamento DO SEU FILHO OU FILHA, pois os cuidados de enfermagem não sofrerão influência dos pesquisadores.
- f) Para tanto, a pesquisa se refere somente ao tempo de permanência no Hospital de Clínicas - PR e SEU FILHO(A) não precisará ser reavaliado ou passar por consultas posteriores. OS dados DO SEU FILHO(A) (incluindo informações sobre idade, data de nascimento, sexo, procedimentos cirúrgicos e diagnóstico médico) do prontuário serão consultados para elaboração do perfil dos pacientes.
- g) Os benefícios esperados desta pesquisa são: que a prevenção das úlceras por pressão possa ser melhorada, o que trará benefício ao cliente, família e comunidade, pois permite a prevenção do agravamento do estado de saúde do paciente que desenvolve feridas na internação.
- h) Os pesquisadores Profa. Ms. Karla Crozeta e Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier, que poderão ser contatados pelos emails mmarineli@ufpr.br/karla.crozetafigueiredo@gmail.com ou pelos telefones: 9974-4659 (Dra. Marineli) ou 8852-3681 (Dda. Karla) ou no endereço Rua Lothario Meissner, 632 Jardim Botânico. Setor de Ciências da Saúde, Bloco Didático II, são os responsáveis pela pesquisa e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.
- i) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- j) A participação DO SEU FILHO(A) neste estudo é voluntária. Se você não quiser mais QUE ELE FAÇA parte da pesquisa, poderá solicitar o cancelamento da participação em qualquer fase do estudo.
- k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos enfermeiros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.

Rubrica do Pesquisador Principal _____

Rubrica do Orientador ou Colaborador _____

Rubrica do Sujeito ou Representante _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/2012

- l) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- m) Pela participação DO SEU FILHO(A) no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual MEU FILHO(A) FOI convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e Eu entendi que sou livre para interromper A participação DO MEU FILHO(A) no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete O SEU tratamento.
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)
Local e data

Identificação do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/12

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlcera por pressão: uma inovação tecnológica

Investigador: Dra. Marineli Joaquim Meier, Dra. Mitzzy T. R. Danski e Dda. Karla Crozeta Figueiredo

Local da Pesquisa: Hospital de Clínica (HC-UFPR)

Endereço: Rua General Carneiro, 181 - Alto da Glória Curitiba - PR, CEP: 80060-900.

O que significa assentimento?

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao Paciente:

Nós, Marineli Joaquim Meier, Mitzzy T. R. Danski e Karla Crozeta Figueiredo, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado "Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlcera por pressão: uma inovação tecnológica". As úlceras por pressão são feridas que podem ocorrer quando os pacientes ficam muito tempo na mesma posição, e por isso esse estudo prevê melhorias nos cuidados que previnem sua ocorrência.

- a) O objetivo desta pesquisa é desenvolver um sistema de coleta e análise de dados para estudos que verificam a quantidade de úlceras por pressão no estado do Paraná. Isso facilitará a realização de pesquisas que levantam a quantidade de úlceras que ocorrem em um determinado período e quais são as medidas para corrigir o problema.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário assinar o presente termo de assentimento livre e esclarecido. Você será avaliado por um enfermeiro e um estudante de enfermagem para verificar se possui úlceras por pressão ou não. Seus dados do prontuário (incluindo informações sobre idade, data de nascimento, sexo, procedimentos cirúrgicos e diagnóstico médico) serão consultados para elaboração do perfil dos pacientes.
- c) Não haverá nenhum risco ao seu tratamento, será realizado um exame físico (observação da pele), que dura em média 8 minutos, em caso de algum desconforto este poderá ser interrompido.

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/2012

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o

TCLE _____

- d) Não há riscos ao seu tratamento, pois os cuidados de enfermagem/médicos que você está recebendo não sofrerão influência dos pesquisadores.
- e) Assim, você será avaliado uma única vez no tempo de permanência no Hospital de Clínicas - UFPR e, você não precisará ser reavaliado ou passar por consultas posteriores.
- f) Os benefícios esperados desta pesquisa são: que a prevenção das úlceras por pressão possa ser melhorada, o que trará benefício ao cliente, família e comunidade, pois permite a prevenção da piora do estado de saúde do paciente que desenvolve feridas na internação.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária. Se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de assentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Não serão utilizadas imagens no estudo.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que será avaliado uma única vez e que não haverá nenhum risco para a sua saúde.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) pesquisador(a) do estudo ou membro de sua equipe Karla Crozeta Figueiredo, telefone fixo 3361-3773 e celular 8852-3681, ou no endereço Rua Lothario Meissner, 632 Jardim Botânico. Setor de Ciências da Saúde, Bloco Didático II.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/2012

Rubricas:
Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o
TCLE _____

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

NOME DO ADOLESCENTE	ASSINATURA	DATA
---------------------	------------	------

NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA
----------------------	------------	------

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 07/12/2012

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

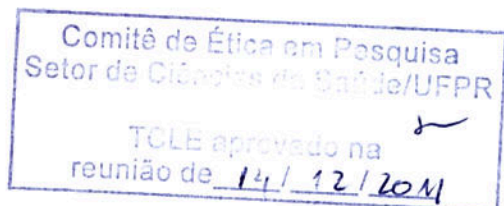
- a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado "Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlcera por pressão". É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é desenvolver um sistema de coleta e análise de dados para estudos de prevalência de úlcera por pressão no estado do Paraná.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário assinar o presente termo de consentimento, realizar a capacitação para avaliação de úlcera por pressão através de uma plataforma online e a coleta de dados.
- d) A pesquisa não oferece nenhum risco, uma vez que será necessária somente a participação na coleta de dados.
- e) Para tanto você deverá realizar capacitação para avaliação de úlcera por pressão através de uma plataforma online de ensino a distância e posteriormente realizar a coleta de dados no Hospital de Clínicas – UFPR.
- f) Os benefícios esperados desta pesquisa são: que a prevenção das úlceras por pressão possa ser aprimorada, o que trará benefício ao cliente, família e comunidade, pois permite a prevenção do agravamento do estado de saúde do paciente que desenvolve feridas na internação.
- g) Os pesquisadores Profa. Ms. Karla Crozeta e Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier, que poderão ser contatados pelos emails mmarineli@ufpr.br/karla_rlf@yahoo.com.br ou pelos telefones: 9974-4659 (Dra. Marineli) ou 8852-3681 (Dda. Karla) são os responsáveis pela pesquisa e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.
- h) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- i) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- j) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- k) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu entendi o que não posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será tratado sem custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)
Local e data

Identificação do Responsável



Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 2 - CARTA CONVITE DAS TRADUTORAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM



Prezada Tradutora

Você está sendo convidada a participar da segunda etapa do projeto de tese de doutorado intitulado “Prevalência de úlcera por pressão nos hospitais de ensino do estado do Paraná”, a qual visa à síntese das traduções iniciais para obtenção da primeira versão do instrumento que compõe o sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão, cedido pela LPZ, em português. Essa será denominada Versão de Consenso em Português, a qual será submetida à apreciação de Comitê de Juízes nas etapas posteriores da pesquisa.

Para tanto, convidamos a participar da reunião de consenso que será realizada no dia 02 de fevereiro de 2012, a partir das 14h30min, com previsão de duração de 60 minutos. A reunião será viabilizada por *Skype* e presencialmente, na sala 2 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2º andar do Bloco Didático II, do Setor de Ciências da Saúde, Campus Jardim Botânico, sito à Rua Prof. Lothario Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba-PR.

A seguir o roteiro de atividades propostas:

- A. Apresentação dos objetivos da reunião, da pesquisa e do método – TEMPO: 5 minutos.
- B) Apresentação das divergências identificadas pela pesquisadora: leitura pausada de cada um dos itens, conforme a ordem do instrumento, seguida da discussão das tradutoras e pesquisadora para elaboração de consenso – TEMPO: 45 minutos.
- C) Leitura da síntese elaborada pela relatora para aprovação final – TEMPO: 10 minutos.

Agradecemos antecipadamente a relevante colaboração em prol desta pesquisa e reiteramos nossas cordiais saudações. Logo após a reunião enviaremos o certificado de tradutor independente do instrumento de pesquisa.

Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier
Orientadora

Karla Crozeta Figueiredo
Pesquisadora

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DA REUNIÃO DE CONSENSO DAS TRADUTORAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



ETAPA 1 - REUNIÃO DE CONSENSO DAS TRADUTORAS – 02/02/2012

B. Apresentação, dos objetivos da reunião e da pesquisa do método – TEMPO: 5 minutos.

ORIENTAÇÕES DE CONDUÇÃO:

- ✓ **Objetivo da reunião:** obter a primeira versão do instrumento em português, denominada Versão de Consenso em Português.
- ✓ **Objetivos da pesquisa:**
 - Avaliar o cenário de saúde paranaense em relação à ocorrência das úlceras por pressão.
 - Adaptar um sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão compatível com a realidade de saúde brasileira.
- ✓ **Alguns esclarecimentos sobre o método:**

O referencial metodológico utilizado foi proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). Ao longo do processo de tradução e adaptação transcultural descrito, os autores enfatizam a necessidade de obtenção de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural.

Adaptação transcultural tem dois componentes: a tradução da medida e sua adaptação, ou seja, uma combinação da tradução literal de palavras individuais e frases de um idioma para outro e uma adaptação em relação ao idioma, e cultural contexto e estilo de vida. Em relação à primeira, os autores recomendam que as traduções são de maior qualidade quando realizadas por, pelo menos, dois tradutores independentes. Isso permite a detecção de erros e interpretações divergentes de itens ambíguos em relação ao original.

A partir da primeira tradução realizada independentemente, o referencial propõe como etapa a síntese destas, por meio de uma reunião entre os tradutores e pesquisadores, com vistas à elaboração de versão de consenso do instrumento traduzido.

- Equivalência semântica é equivalência no significado das palavras, e alcançá-la pode apresentar problemas com vocabulário e gramática. Além disso, algumas palavras têm vários significados sutilmente diferentes, dependendo do contexto. Alterações gramaticais são, por vezes, necessárias na construção de frases. Por exemplo, as línguas, sem a forma gerúndio podem ser mais difíceis para se adaptar.
- Equivalência Idiomática. As expressões idiomáticas e coloquiais raramente são traduzíveis, expressões equivalentes ou itens que podem substituí-las têm de ser encontrados. Isto é mais provável que seja necessário nas dimensões emocional e social.
- Equivalência experiencial. As situações evocadas ou representadas na versão dos dados devem caber ao contexto cultural alvo. Isso pode resultar na modificação de um item. Por exemplo, hábitos ou costumes não comuns àquela cultura devem ser substituídos/adaptados ou descartados.
- Equivalência conceitual. Refere-se à validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas na cultura alvo, uma vez que itens podem ser equivalentes em significado semântico, mas não conceitualmente equivalentes. Por exemplo, "primo" e "irmão" para equivalência conceitual deve significar mais do que simplesmente relativo ao primeiro ou segundo grau da mesma geração.

B) Apresentação das divergências identificadas, por meio de leitura pausada de cada um dos itens, conforme a ordem do instrumento, seguida da discussão das tradutoras e pesquisadora para elaboração de consenso – TEMPO: 45 minutos.

ORIENTAÇÕES DE CONDUÇÃO:

- ✓ Apontar na leitura apenas as divergências identificadas na comparação entre as versões.
- ✓ Interromper a leitura dos itens para discussão e consenso entre as tradutoras e a pesquisadora.
- ✓ No caso de repetição de termos, adotar a versão de consenso obtida na primeira ocorrência do mesmo.
- ✓ Selecionar o termo que mantém o significado do instrumento original.
- ✓ Preservar a equivalência semântica dos itens do instrumento original,
- ✓ Excluir os itens que mencionam à coleta de dados nas 'casas de enfermagem'.

C) Leitura da síntese elaborada pela relatora para aprovação final – TEMPO: 10 minutos.

ORIENTAÇÃO DE CONDUÇÃO:

- ✓ Utilização de formulário padrão 'preencher'. Leitura realizada pela relatora.

APÊNDICE 4 - CARTA CONVITE DOS ESPECIALISTAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



Prezado Especialista

Você está sendo convidado a participar da pesquisa 'Prevalência de Úlcera por pressão nos Hospitais de Ensino do Estado Paraná', desenvolvida no Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, sob orientação da Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier, na qualidade de membro do Comitê de Especialistas para validação de instrumento de coleta de dados.

O método empregado na pesquisa prevê a Tradução e Adaptação Transcultural do instrumento de coleta de dados desenvolvido em 1998 e aprimorado anualmente por um grupo de pesquisadores dos Países Baixos, da *Maastricht University - Netherlands*.

A pesquisa está na terceira etapa, e a sua participação se refere à avaliação da tradução do instrumento - da língua inglesa para a portuguesa, a compreensão e adequação dos termos, a equivalência semântica e conceitual, bem como da participação da reunião de consenso. Essa visa à obtenção de um único instrumento que agrupe a opinião dos especialistas participantes.

Dessa forma, sua expertise no tema úlcera por pressão contribuirá para a obtenção de uma versão validada de um instrumento de coleta de dados de prevalência para uso nessa pesquisa.

Peço que por gentileza responda a esse e-mail manifestando interesse ou não em participar da pesquisa. Em seguida, encaminharei os arquivos (seis páginas) para sua análise, juntamente com o roteiro de participação no estudo.

A reunião de consenso será realizada no dia 03/04/2012, das 14h às 18h00, 3º andar, sala 2, Bloco Didático II, Av. Lothário Meissner, 632, Campus Jardim Botânico, ou por meio de videoconferência ou Skype (residentes fora de Curitiba).

Agradecemos antecipadamente a relevante colaboração em prol desta pesquisa e reiteramos nossas cordiais saudações. O certificado de participação será enviado após a reunião de consenso.

Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier

Orientadora

Dda. Karla Crozeta Figueiredo

Pesquisadora

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DAS ATIVIDADES DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM



Prezado Especialista,

Agradecemos o aceite em participar da terceira etapa da tradução e adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados do projeto de tese de doutorado intitulado “Prevalência de úlcera por pressão nos hospitais de ensino do Estado do Paraná”. Pedimos que por gentileza preencha o Instrumento Livre e Esclarecido para autorizar sua participação e siga as etapas mencionadas nesse roteiro.

O instrumento a ser traduzido e adaptado transculturalmente foi cedido pela *Zorgproblemen Prevalentiemeting Landelijke (LPZ)*, denominado *National prevalence survey for care problems*, o qual mantém os direitos autorais do material. O instrumento original está redigido em inglês e passará por Tradução e Adaptação Transcultural para ser aplicado à realidade brasileira. É composto de quatro itens: 1. Informações institucionais (uma página), 2. Informações das unidades clínicas (uma página), 3. Informações específicas do cliente (duas páginas), 3a. Módulo úlcera por pressão (duas páginas).

Aproveitamos para fazer alguns esclarecimentos sobre o método: o referencial metodológico utilizado foi proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), com a adaptação sugerida por Ferrer *et al.*, (1996). Ao longo do processo de tradução e adaptação transcultural descrito, os autores enfatizam a necessidade de obtenção de equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural.

Adaptação transcultural tem dois componentes: a tradução da medida e sua adaptação, ou seja, uma combinação da tradução literal de palavras individuais e frases de um idioma para outro e uma adaptação em relação ao idioma, ao contexto cultural e ao estilo de vida.

Dessa forma, a avaliação do instrumento traduzido pelo Comitê de Especialistas visa à obtenção da equivalência transcultural do instrumento de coleta de dados, por meio da verificação da tradução do instrumento da língua inglesa para a portuguesa, a compreensão e adequação dos termos, a equivalência semântica e conceitual, a fim de que sejam detectados erros ou problemas.

O Comitê será composto pela pesquisadora responsável e orientadora da pesquisa, profissionais da área da saúde especialistas em úlceras por pressão, que atuam na assistência, ensino ou pesquisa, e por relatores.

O percurso dessa fase prevê dois momentos:

1. Análise do material de pesquisa pelo Especialista:

A comissão de especialistas também está suscetível a modificar ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e pode gerar substitutos mais apropriados à situação cultural em questão, enquanto mantém o conceito geral dos itens excluídos.

Assim, a análise do especialista deve contemplar a avaliação da equivalência entre o instrumento original e o traduzido, observando os quatro diferentes tipos de equivalência propostos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993):

- **Equivalência semântica.** É a equivalência no significado das palavras, e alcançá-la pode apresentar problemas com vocabulário e gramática. Além disso, algumas palavras têm vários significados sutilmente diferentes, dependendo do contexto. Alterações gramaticais são, por vezes, necessárias na construção de frases. Por exemplo, as línguas, sem a forma gerúndio podem ser mais difíceis para se adaptar.
- **Equivalência Idiomática.** As expressões idiomáticas e coloquiais raramente são traduzíveis, expressões equivalentes ou itens que podem substituí-las têm de ser encontrados. Isto é mais provável que seja necessário nas dimensões emocional e social.
- **Equivalência experiencial.** As situações evocadas ou representadas na versão dos dados devem caber ao contexto cultural alvo. Isso pode resultar na modificação de um item. Por exemplo, hábitos ou costumes não comuns àquela cultura devem ser substituídos/adaptados ou descartados.
- **Equivalência conceitual.** Refere-se à validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas na cultura alvo, uma vez que itens podem ser equivalentes em significado semântico, mas não conceitualmente equivalentes. Por exemplo, "primo" e "irmão" para equivalência conceitual deve significar mais do que simplesmente relativo ao primeiro ou segundo grau da mesma geração.

A partir da avaliação do instrumento original e traduzido, solicita-se o preenchimento do formulário de registro, o qual é composto pelos itens traduzidos, um campo para identificar a concordância (C) ou Discordância (D) e outro para registro das sugestões aos itens em que houver discordância.

Pedimos a gentileza de que o formulário de registro seja devolvido ao pesquisador até o dia 30/03/2012, para compilação de dados e organização da reunião de consenso.

2. Reunião de consenso dos Especialistas

A reunião de consenso visa à obtenção de um único instrumento que agrupe a opinião dos especialistas participantes.

A reunião será realizada no dia 03/04/2012, das 14h00 às 18h00, na sala 2 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 3º andar do Bloco Didático II, do Setor de Ciências da Saúde, Campus Jardim Botânico, sito à Rua Prof. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba-PR, ou por videoconferência/Skype aos participantes que não residem em Curitiba-PR.

A seguir o roteiro de atividades propostas:

C. Apresentação dos objetivos da reunião.

B) Apresentação das divergências identificadas pela pesquisadora: leitura pausada de cada um dos itens, conforme a ordem do instrumento, seguida da discussão dos especialistas e pesquisadora para elaboração do instrumento de consenso.

C) Leitura da síntese elaborada pela relatora para aprovação final.

Agradecemos antecipadamente a relevante colaboração em prol desta pesquisa e reiteramos nossas cordiais saudações.

Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier
Orientadora

Dda. Karla Crozeta Figueiredo
Pesquisadora

APÊNDICE 6 - FICHA TÉCNICA DA CAPACITAÇÃO ONLINE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Título: Validação de um sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão no Brasil

Área de Conhecimento: Enfermagem

1.2 Público-Alvo: Estudantes/Enfermeiros participantes da coleta de dados da pesquisa de Doutorado intitulada 'Validação de um sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão no Brasil'.

1.3 Coordenação: Dd^a. Karla Crozeta Figueiredo e Dr^a. Marineli Joaquim Meier.

1.4 Local de realização do curso: Exclusivamente pela Internet, na Plataforma Jornada, e acompanhamento de tutoria pela pesquisadora.

1.5 Carga horária do Curso: 30 horas / 10 horas semanais + 1 semana para avaliações.

1.6 Período de duração da capacitação: 30 dias

1.7 Número de Vagas: quantas preencherem a demanda de envolvidos na pesquisa.

1.8 Inscrição, seleção e matrícula: As inscrições serão efetuadas pela Secretaria Acadêmica do IbacBrasil, conforme cadastro contendo os dados de identificação dos participantes enviado pelo Coordenador local a pesquisadora. Em cinco dias o cursista receberá *login* e senha de acesso a Plataforma Jornada no e-mail pessoal.

1.9 Cronograma do curso: o curso terá duração de 20 dias e será definido um Calendário Recomendado, com previsão de cinco dias para realização da Avaliação Online, a qual define se o participante estará ou não apto para a coleta de dados.

2. JUSTIFICATIVA:

Para a realização do procedimento empírico da pesquisa, faz-se necessário que os participantes sejam orientados acerca da especificidade da avaliação das úlceras por pressão, bem como do protocolo e preenchimento dos instrumentos da pesquisa.

3. OBJETIVOS EDUCACIONAIS:

- Compreender a anatomia, fisiologia da pele e fisiopatologia das úlceras por pressão e seus fatores de risco.
- Conhecer o protocolo de coleta de dados e objetivos da pesquisa.
- Compreender as formas de preenchimento dos instrumentos 1, 2, 3 e 3a da LPZ.

4. PROPOSTA METODOLÓGICA:

O acompanhamento dos estudos por contato *online* da pesquisadora (tutora) para interação com os cursistas com o objetivo de estimular a conclusão do curso, apoiar e solucionar as eventuais dúvidas e ou dificuldades.

Não estão previstos encontros presenciais para realização da capacitação, apenas as reuniões que serão conduzidas pelos coordenadores locais.

4.3 Avaliação

O sistema de avaliação adotado para o curso é o preconizado pela Plataforma Jornada, o qual ocorre “em processo”, na forma “*online*”, na medida em que avançam os estudos, da seguinte forma:

- ao concluir o estudo de cada Unidade de Estudo, na forma *online*, o aluno responderá a um exercício composto de três questões objetivas, que poderão ser respondidas tantas vezes quantas forem necessárias. Esta etapa demanda 100% de acerto. Ao conjunto de todos os exercícios de um Núcleo Temático será atribuída a nota 10 (dez);
- avaliação online, comandada pelo próprio educando, abrange todas as Unidades de Estudo do Núcleo Temático, composta por oito questões, dentre elas objetivas ou dissertativas. Esta avaliação poderá ser realizada duas vezes, sendo aproveitada a maior nota obtida, de zero a 10 (dez);

Da ponderação da Nota dos Exercícios de um Núcleo Temático (peso 3) e da Nota da Avaliação online do Núcleo Temático (peso 7) resultará na Nota do Núcleo Temático. A média aritmética do aproveitamento obtido em cada um dos Núcleos Temáticos resultará na Nota do Curso.

Ao final, serão fornecidas declarações de participação da pesquisa.

REFERÊNCIAS:

BAHARESTANI, M. M.; *et al.* Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. **Int Wound J.**, v. 6, n. 2, p. 97-104, Apr, 2009.

BASTOS, D. F.; SILVA, G. C. C.; BASTOS, I. D.; *et al.* Dor. **Rev. SBPH**, v.10, n.1, p. 85-96, jun.2007.

BOLLERO, D. *et al.* The Role of Negative Pressure Wound Therapy in the Spectrum of Wound Healing. **Ostomy Wound Management.**, v. 56, n. S5, 2010. Disponível em:< http://www.woundsresearch.com/files/00_ConvaTecCVR2A_lr-3.pdf> Acesso em: 10/07/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Gestor Municipal de Saúde.** Belo Horizonte, 2009. Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/sistema-de-gestao-do-sus/sistema-de-gestao-dosus/Manual%20do%20Gestor.pdf>>. Acesso em: 10/07/2012.

BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia. **Curativos: Orientações Básicas.** v. 1, 2006. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_enfermagem_ortopedia.pdf>. Acesso em: 10/07/2012.

COLWELL, J. C. *et.al.* Integridade da Pele e Cuidados com Feridas. Im: POTTER, P. **Fundamentos de Enfermagem.** São Paulo: Elsevier, 2009. P. 1279-1341.

COSTA, A. C. R; *et al.* Práticas de **BENCHMARKING** como ferramenta estratégica de competitividade para empresas norte-riograndenses. Apresentado no II Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica. João Pessoa (PB): 2007. Disponível em: <

http://www.redenet.edu.br/publicacoes/arquivos/20071227_155921_GEST-026.pdf.

Acesso em: 11/07/2012.

CROZETA, K. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba: 2009.

CROZETA, K. **Avaliação Tecnológica de Enfermagem: Prevalência de Úlcera por Pressão em uma unidade crítica**. [qualificação mestrado], Universidade Federal do Paraná, Curitiba: 2008.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. de C.; BORGES, E. L. Manual **para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em <<http://www.epuap.org/>>, acesso em 10/07/2012.

GIROUARD, K; HARRISON, M. B.; VANDERKERKOF, I. The symptom of pains with pressure ulcers: A Literature Review. **Ostomy Wound Manage**. v. 54, n. 6, p.8, Jun.2008.

HULLEY, S.B., *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 10. Ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.

KEAST, D.H.; *et al.* MEASURE: A proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. **Wound Rep Reg**,. v. 12, n. S1-S17, 2004.

MAIA, A. C. A. R. de. **Tradução para a Língua Portuguesa, Adaptação Cultural e Validação da Escala de Braden Q**. (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP): 2007.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2011

MANHEZI, A. C.; BACHION, M. M.; PEREIRA, A. L. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. **Rev Bras Enferm**, Brasília: 2008, set-out; 61(5): 620-9.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MEIRELES, I. B.; *et al.* Interdisciplinaridade no tratamento de feridas. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** São Paulo, Editora Yendis. 2008. p.45-46.

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em <<http://www.npuap.org/>>, acesso em 10/07/2012.

NPUAP – National Pressure ulcer Advisory Panel; EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevenção de Úlceras por Pressão: guia de consulta rápido.** 2009. Disponível em:

<http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf>. Acesso em 11/07/2012.

OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F. C. **Introdução ao Método Delphi.** 1ª Ed. Curitiba, 2008. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/13927856/Introducao-ao-Metodo-Delphi>> Acesso em: 11/07/2012.

PARANHOS, W. J. **Avaliação de risco para úlcera por pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa.** (Dissertação). Escola de Enfermagem USP, São Paulo (SP): 1999.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REDDY, M.; HOGG, D.; FOWLER, E.; SIBBALD, G. Pain in pressure ulcer. **Ostomy Wound Manage.**, v.49, n. S4A, 2003. Disponível em: <<http://www.o-wm.com/article/1574>>. Acesso em 10/07/2012.

SOUZA, T. S. Avaliação da efetividade do filme transparente de poliuretano na prevenção de úlcera por pressão em calcâneo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

STAHLHOEFER, T. Identificação de medidas preventivas de úlcera por pressão realizadas por profissionais de enfermagem de uma clínica semi-intensiva, submetidos a uma capacitação prévia. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

TEBCHERANI, A.J. Histologia Básica Cutânea. In: MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C.T. **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional.** São Paulo: Martinari, 2011. p. 25-32.

WATERLOW, J. Prevention is a cheaper than cure. **Nurs Times**.1988; 84: 69-70.
WILKINSON, J. M.; LEUVEN, K. V. **Fundamentos de enfermagem: teoria, conceitos e aplicações**. Vol.1. São Paulo: Editora Roca, 2010.

APÊNDICE 7 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA COLETA DE DADOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



PROJETO: VALIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE COLETA DE DADOS DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO BRASIL

PESQUISADORA: Dda. Karla Crozeta Figueiredo

COORDENADORA LOCAL: Dda. Hellen Roehrs

ORIENTADORA: Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier

Prezado Enfermeiro,

A ocorrência de úlcera por pressão representa um agravo à saúde dos pacientes hospitalizados e requer mensuração para adoção de medidas preventivas adequadas. O HC/UFPR é o local de coleta de dados da pesquisa “Validação de um sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão no Brasil”, desenvolvida no Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

A pesquisa está na fase da coleta piloto, que engloba a aplicação dos instrumentos de coleta de dados resultantes de tradução e adaptação transcultural realizada pela pesquisadora, aplicação do protocolo da pesquisa, bem como da avaliação do material educativo elaborado e a digitação dos dados obtidos na coleta em uma planilha online.

A aplicação desse sistema de coleta de dados será realizada no dia **12/12/12**, e inclui todos os pacientes internados no HC/UFPR nessa data, de todas as idades, que aceitarem participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD/UFPR), sob nº CAAE: 0209.0.091-11-11.

Os pacientes serão avaliados uma única vez, a beira do leito, por duplas compostas por um enfermeiro da instituição e um estudante, os quais foram previamente capacitados para a aplicação do sistema. Para complementação de dados epidemiológicos, será necessário consultar o prontuário do paciente. Para tanto, pedimos a sua colaboração em receber os coletadores de dados e informar a equipe de saúde que atua na unidade sobre a realização da pesquisa.

Você pode entrar em contato com a Coordenadora Local da pesquisa: Profa. Dda. Hellen Roehrs, ou com a pesquisadora: Profa. Dda. Karla Crozeta Figueiredo para eventuais esclarecimentos.

Agradecemos antecipadamente a relevante colaboração em prol desta pesquisa e reiteramos nossas cordiais saudações.

Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier

Karla Crozeta Figueiredo

APÊNDICE 8 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO SISTEMA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM



PROJETO DE PESQUISA: VALIDAÇÃO DE UM SISTEMA DE COLETA DE DADOS DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO BRASIL

PESQUISADORA: Dda. Karla Crozeta Figueiredo

ORIENTADORAS: Profa. Dra. Marineli Joaquim Meier

COORDENADORA: Dda. Hellen Roehrs

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO SISTEMA DE COLETA DE DADOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Prezado colaborador, esse instrumento tem a finalidade de avaliar a aplicação/uso do sistema de coleta de dados, etapa que tem por finalidade propiciar a validação desse sistema. Portanto, pedimos preencha os itens de avaliação dos instrumentos de coleta de dados após a finalização da clínica de internação e, ao final apontem sua opinião sobre a avaliação global do sistema, bem como mencione outras contribuições.

<p>1. Cite o código das Unidades de Internação que você avaliou:</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p>	<p>2. Sinalize os Instrumentos que você preencheu:</p> <p>Instrumento 1</p> <p>Instrumento 2</p> <p>Instrumento 3</p> <p>Instrumento 3a</p>
<p>3. Adequação do sistema a clínica avaliada:</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequada - O sistema não atendeu as especificidades da clínica avaliada.</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente inadequada</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente adequada</p> <p><input type="checkbox"/> Adequada - O sistema atendeu as especificidades da clínica avaliada.</p>	<p>4. Viabilidade de aplicação do sistema (instrumento de coleta de dados, protocolo de coleta de dados, material educativo):</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequado - O sistema não apresenta viabilidade de aplicação na clínica avaliada.</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente inadequado</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente adequado</p> <p><input type="checkbox"/> Adequado - O sistema apresenta viabilidade de aplicação na clínica avaliada.</p>
<p>5. Material Educativo:</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequado – não contribuiu para a aplicação do sistema.</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente inadequado</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente adequado</p> <p><input type="checkbox"/> Adequado – contribuiu para a aplicação do sistema.</p>	<p>6. Material de apoio da coleta (protocolo, cartões explicativos, kits de coleta)</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequado – dificultou a coleta de dados.</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente inadequado</p> <p><input type="checkbox"/> Parcialmente adequado</p> <p><input type="checkbox"/> Adequado – facilitou a coleta de dados.</p>
<p>Sugestões:</p>	

ANEXOS

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO LPZ

De: Halfens R (HSR) <r_halfens@maastrichtuniversity.nl>
Para: Karla Crozeta <karla_rif@yahoo.com.br>
Cc: Nie N (van) (HSR) <n_vannie@maastrichtuniversity.nl>; Lpz (HSR) <lpz@maastrichtuniversity.nl>
Enviadas: Quinta-feira, 3 de Novembro de 2011 8:32
Assunto: RE: Contact research on prevalence of pressure ulcers - BRAZIL

Dear Karla,

As I wrote already below, it would be better if you take the whole package, so it is interesting also for the participating institutions.

However for one time we are willingly to make an exception and send you the questionnaire of pressure ulcers as we use it at this moment. There are five conditions:

1. The copyright belongs to the Maastricht university, and in using the questionnaire it will always be referred to our project LPZ.
2. Your university is allowed to use the questionnaire for research reasons, but we will be informed when used in other studies than yours.
3. The questionnaire will not be spread to health care organizations.
4. You translate the questionnaire and we are free to use it.
5. We will be informed about your study results.

If you agree with these conditions, I will send you the questionnaire.

With best regard,
Ruud

Note: my email and visiting addresses have changed!



R.J.G (Ruud) Halfens, PhD
Associate Professor/Visiting Professor Witten/Herdecke University Germany
Department of Health Services Research
"Focusing on Chronic Care and Ageing"

r_halfens@maastrichtuniversity.nl
www.maastrichtuniversity.nl www.lpz-um.eu
Duboisdomein 30, 6229 GT Maastricht
P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands
T +31 43 3881570/59 M +31 6 52357043



Please consider your environmental responsibility before printing this e-mail.

ANEXO 2 - CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 16 de dezembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marineli Joaquim Meier
Mitzy Tannia Reichembach Danski
Karla Crozeta
Dalnie Lefer Bezerra Noguês
Larissa de Oliveira Peripolli
Leticia Moreira dos Santos
Leticia Rosevics
Maria Eduarda de Luca Alves
Pandora Maione Salum
Soraya de Andrade Fialek

Nesta

Prezadas Pesquisadoras,


Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlcera por pressão: uma inovação tecnológica”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 14 de dezembro de 2011.

Registro **CEP/SD**: 1276.201.11.12 **CAAE**: 0209.0.091.091-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial: 14/06/2012

Atenciosamente


Prof. Dr.ª Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
Prof. Dr.ª Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR





Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 07 de dezembro de 2012.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marineli Joaquim Meier
Mitzy Tannia Reichembach Danski
Karla Crozeta Figueiredo

Nesta

Prezadas Pesquisadoras,

Comunicamos que o Adendo solicitado: inclusão de menores de 18 anos como sujeitos da pesquisa, e prorrogação de término para dezembro de 2013, no Projeto de Pesquisa intitulado “**Sistema de coleta e análise de dados para estudo de prevalência de úlceras por pressão: uma inovação tecnológica**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e apresentou pendências. Pendências apresentadas, documentos analisados e adendo aprovado em 07 de dezembro de 2012.

Registro **CEP/SD**: 1276.201.11.12

CAAE: 0209.0.091.091-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Próximo Relatório parcial: 07 de junho de 2013.

Atenciosamente

Prof.ª. Dr.ª. Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
do Setor de Ciências da Saúde/UFPR

**ANEXO 3 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA PLATAFORMA VIRTUAL DE
APRENDIZAGEM**



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

O IbacBrasil – Instituto Base de Conteúdos e Tecnologias Educacionais Ltda, CNPJ/MF 05.974.557/0001-47, representado neste ato por seu diretor Fernando Halfen, brasileiro, engenheiro industrial, residente e domiciliado em Curitiba-PR, na Rua Buenos Aires, nº 590, Apto 1301, Bairro Batel, CEP 80.250-070, portador da Cédula de Identidade Civil RG nº 1.407.538 SSP-PA e do CPF/MF nº 137.450.930-20, autoriza a pesquisadora **Karla Crozeta Figueiredo** a utilizar a Plataforma Jornada, desta instituição, em sua pesquisa intitulada “Validação de um sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão no Brasil”, com finalidade de elaboração da tese de doutorado.

Igualmente, autoriza a utilização do termo Plataforma Jornada, o layout do material didático e dos relatórios de LMS (Learning Management System), para descrição e demonstração dos resultados da pesquisa.

Curitiba, 13 de julho de 2012.

IbacBrasil - Instituto Base de Conteúdos e
Tecnologias Educacionais Ltda.

Fernando Halfen
Sócio Administrador
RG 1.407.538 SSP-PA