

Prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: implementação de melhores práticas

Pressure injury prevention in an intensive care unit: implementation of best practices

Prevención de lesiones por presión en unidad de cuidados intensivos: implementación de las mejores prácticas

Karina Sichieri^{a,b} 

Tatiane Martins De Matos^a 

Talita Raquel Santos^a 

Sílvia Regina Secoli^c 

Como citar este artigo:

Sichieri K, De Matos TM, Santos TR, Secoli SR. Prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: implementação de melhores práticas. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45(esp1):e20240166. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240166.pt>

RESUMO

Objetivo: implementar melhores evidências na prevenção de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva de hospital universitário da cidade de São Paulo/Brasil.

Método: estudo quase-experimental, cuja intervenção foi implementação de evidências baseada na metodologia Joanna Briggs Institute, que inclui auditoria e *feedback*. Utilizaram-se dez critérios de auditoria, que foram auditados em registros de pacientes e treinamentos do serviço de ensino e de qualidade. A intervenção foi avaliada por meio da comparação dos percentuais de conformidade dos critérios auditados, antes e após a implementação das melhores práticas. Utilizou-se teste qui-quadrado de Pearson.

Resultados: avaliaram-se 2.677 dias de registros de auditorias de base e de seguimento, relativos a 340 pacientes. A conformidade das auditorias de base e seguimento foram diferentes para a maioria dos critérios (p-valor <0,001). As principais barreiras foram ausência de registros de informações essenciais sobre lesão por pressão nos prontuários e cujas estratégias para superação incluíram revisão do protocolo de prevenção de lesão por pressão e capacitação da equipe de enfermagem.

Conclusão: a intervenção adotada contribuiu para melhoria das práticas acerca da prevenção de lesão por pressão, expressa pelo aumento da taxa de conformidade dos critérios e proposição de estratégias de melhoria para superação de barreiras.

Descritores: Lesão por Pressão. Enfermagem Baseada em Evidências. Segurança do Paciente. Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Objective: to implement better evidence in preventing pressure injuries in patients in the intensive care unit of a university hospital in the city of São Paulo/Brazil.

Method: a quasi-experimental study whose intervention was implementing evidence based on the Joanna Briggs Institute methodology, which includes auditing and feedback. Ten audit criteria were used, which were audited in patient records and training records of the teaching and quality service. The intervention was assessed by comparing the compliance percentages of the audited criteria before and after implementing the best practices. Pearson's Chi-squared test was used.

Results: 2,677 days of Baseline and Follow-up Audit records were evaluated, relating to 340 patients. Compliance baseline and follow-up audits differed for most criteria (p-value <0.001). The main barriers were the lack of records of essential information on pressure injuries in the medical records, and strategies for overcoming these barriers included a review of the pressure injury prevention protocol and training of the nursing team.

Conclusion: the intervention adopted contributed to improving practices regarding the prevention of pressure injuries, expressed by the increase in the rate of compliance with the criteria and the proposal of improvement strategies to overcome barriers.

Descriptors: Pressure Injury. Evidence-Based Nursing. Patient Safety. Critical Care.

RESUMEN

Objetivo: implementar las mejores evidencias en la prevención de lesiones por presión en pacientes de unidad de cuidados intensivos de hospital universitario de la ciudad de São Paulo/Brasil.

Método: estudio cuasi-experimental, cuya intervención para la implementación de evidencias basadas en la metodología Joanna Briggs Institute, que incluye auditorías y retroalimentación. Utilizaram-se dez critérios de auditoria, que foram auditados em registros de pacientes y de treinamentos do serviço de ensino e qualidade. El intervención fue evaluado por medio de la comparación de los porcentajes de conformidad de los criterios auditados, antes y después de la implementación de las mejores prácticas. Utilizaram-se teste Chi-cuadrado de E.Pearson.

Resultados: se evaluaron 2.677 días de registros de auditorías de base y de seguimento, pertenecientes a 340 pacientes. El cumplimiento de las auditorias de base y seguimento del foro son diferentes para la mayoría de los criterios (p-valor <0,001). Como principios básicos para el uso de registros de información esencial sobre la lección por presión de los prontuários y las estrategias de superação, se incluye la revisión del protocolo de prevención de lesión por presión y capacitación del equipo de enfermagem.

Conclusión: una intervención adoptada contribuye para la mejora de las prácticas acerca de la prevención de lesiones por presión, expresa pelo aumento da taxa de conformidade dos criterios y propuesta de estrategias de mejora para la superação de barreiras.

Descriptores: Lesión por Presión. Enfermería Basada en la Evidencia. Seguridad del Paciente. Cuidados Críticos.

^a Universidade de São Paulo. Hospital Universitário, Departamento de Enfermagem, São Paulo-SP, Brasil.

^b Universidade de São Paulo. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil), São Paulo-SP, Brasil.

^c Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, lesão por pressão (LP) representa um importante problema de saúde pública. Esse evento indesejado e prevenível ocasiona transtornos físicos e emocionais, além de comprometer a segurança do paciente e a qualidade assistencial^(1,2).

LP é um dano localizado na pele e/ou tecido subjacente, que ocorre, frequentemente, sobre uma proeminência óssea ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou outro objeto, como tubos, cateteres, sensor de oximetria, entre outros. Ela ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada, combinado ao cisalhamento⁽²⁾. Esse tipo de lesão pode evoluir de forma a envolver danos na pele, estender-se aos músculos, tendões e ossos, com risco importante de infecção e potencial evolução do paciente a óbito^(1,2).

Numa perspectiva global, a prevalência e incidência de LP em adultos hospitalizados, foi respectivamente de 12,8% e de 5,4/10.000 pacientes-dia⁽³⁾. No Brasil, informes recentes dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), notificaram 1.100.352 incidentes. Dentre estes, as LP representaram segundo tipo de evento adverso mais frequente⁽⁴⁾. Nas notificações de *never events* (eventos que nunca deveriam ocorrer), que totalizaram 26.735, LP em estágio 3 e 4 corresponderam a 72,21% e 21,57%, respectivamente. LP contribuíram diretamente para a morte de 1,21% dos pacientes⁽⁴⁾.

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pacientes apresentam maior risco de desenvolver LP, devido à integração complexa entre fatores extrínsecos e intrínsecos, incluindo imobilidade, pressão aos tecidos, alto potencial de atrito e cisalhamento⁽⁵⁾. Evidências apontaram que a incidência cumulativa de LP em adultos foi entre 10 e 25,9%, e a prevalência cumulativa de 16,9 a 23,8%⁽⁶⁾. Estudo de prevalência, conduzido em seis continentes, em hospitais de 90 países, evidenciou 6.747 LP, das quais 59,2% foram adquiridas durante a estada na UTI e cuja prevalência geral foi de 26,6%⁽⁷⁾. Essas investigações mostraram que cerca de um em cada quatro ou cinco pacientes de UTI pode apresentar uma LP^(6,7).

O desenvolvimento de LP causa impacto negativo multidimensional. Pacientes com LP permanecem maior tempo hospitalizados; apresentam altas taxas de complicações e óbitos; maior utilização dos serviços de saúde após a alta, como readmissão ou visitas ao serviço de emergência⁽¹⁾. Adicionalmente, os custos são muito elevados. Na Austrália, estimou-se o custo total das LP de US\$ 9,11 bilhões, sendo US\$ 3,59 bilhões consumidos no tratamento⁽⁸⁾. Nos EUA, o custo anual do tratamento de LP pode exceder US\$ 26,8 bilhões⁽⁹⁾.

Considerando as inúmeras repercussões nocivas da LP à saúde dos indivíduos, serviços de saúde e sociedade, é

fundamental que as instituições de saúde implementem boas práticas de cuidado baseadas em evidências a fim de empregarem ações efetivas na prevenção de LP. Organizações internacionais, como o *Joanna Briggs Institute (JBI)*, reconhecida pela produção, pela disseminação e pela implementação de prática baseada em evidências, são unânimes acerca da recomendação de abordagem com múltiplas intervenções para prevenção de LP, inclusive para pacientes de UTI^(2,10). As melhores práticas relatadas nesses documentos, incluem avaliação do risco de LP por meio de ferramenta validada; inspeção diária da pele e de dispositivos utilizados pelo paciente; triagem e avaliação nutricional por meio de uma ferramenta validada; mobilização programada de pacientes, entre outras^(2,10).

Desse modo, as intervenções de enfermagem devem consistir-se em “pacotes” baseados nas melhores práticas e serem adaptadas às necessidades dos pacientes e dos serviços. Assim, a implementação de evidências, que vise melhoria local da segurança do paciente e de indicadores de qualidade assistencial, é fundamental⁽¹¹⁾.

No entanto, a prática de cuidados baseada na implementação de evidências sólidas ainda é uma grade barreira no trabalho assistencial, incluindo a prevenção e manejo de LP⁽¹²⁾. Nesse contexto, os programas de educação e treinamento de profissionais são essenciais para a prevenção de LP⁽¹¹⁾. Esses possibilitam a atualização de conhecimentos dos profissionais e contribuem para o desenvolvimento de competências e de habilidades críticas para leitura de pesquisas, aplicação de evidências e de avaliação dos resultados alicerçados em informações comprovadas⁽¹³⁾.

Implementação de evidências para a prevenção de LP, seja no contexto de UTI ou unidade de internação, cuja ferramenta sustenta-se nos critérios de auditoria de base e de seguimento, apontou resultados exitosos, incluindo melhora da conformidade acerca do uso das evidências na prática clínica e redução na incidência de LP^(14,15).

No hospital, cenário da investigação, apesar da existência de protocolos institucionais e educação continuada, observaram-se informes insatisfatórios em relação às LP. A ausência de registros acerca da avaliação de risco em pacientes de UTI, combinada à incidência de 18% de LP, foram determinantes na proposição da pergunta deste estudo, qual seja “Qual a taxa de conformidade da prática clínica atual da equipe de enfermagem com as melhores práticas utilizadas na prevenção da lesão por pressão em pacientes de UTI?”. A melhoria dos indicadores de qualidade assistencial encontra-se aliada à proposição de intervenções que promovam integração de evidências globais, oriundas de diretrizes internacionais e *JBI*, aos dados de mundo real, disponíveis nos registros acerca dos pacientes e da prática clínica.

Assim, o objetivo do estudo foi implementar as melhores evidências para a prevenção de LP em pacientes internados em UTI de um hospital universitário. Os objetivos específicos foram avaliar a conformidade das práticas assistenciais atuais com as melhores práticas para a prevenção de LP, identificar as barreiras e implementar estratégias para abordar áreas de não conformidade e avaliar o impacto da implementação de evidências.

■ MÉTODO

Estudo quase-experimental⁽¹⁶⁾, do tipo antes e depois, cuja intervenção foi a implementação de evidências que se sustentou na metodologia do *JBI* baseada no processo de auditoria e *feedback*, e adota ferramentas específicas como *JBI Practical Application of Clinical Evidence System* (PACES) para obtenção dos critérios de auditoria (melhores evidências para prevenção da LP) e *Getting Research into Practice* (GRIP), como meio de documentar as barreiras, estratégias e recursos utilizados para a implementação das melhores evidências⁽¹⁷⁾.

O estudo foi realizado em três fases, a saber: Fase I – Planejamento da implementação, Fase II – Auditoria de base (AB) e implementação de estratégias para superação das barreiras identificadas, e Fase III – Impacto da avaliação (auditoria de seguimento [AS]) e sustentabilidade. Cada uma das três fases contemplam sete subetapas para a implementação de evidências, segundo abordagem *JBI*⁽¹⁷⁾. Para cada uma dessas, foram adotados procedimentos específicos.

Fase I – Planejamento da implementação

Essa fase foi composta por três subetapas, a saber: (1) identificação das áreas de atuação para a mudança, (2) envolvimento de agentes de mudança e (3) avaliação de contexto e prontidão para a mudança⁽¹⁷⁾.

A **área de atuação para a mudança** (1) foi identificada pela alta incidência de LP nos adultos internados em UTI de um hospital universitário. Embora essa instituição apresente protocolo de prevenção de LP observou-se uma incidência de 18%, no período de outubro 2021 a março de 2022, portanto, acima do esperado. Outros pontos-chaves que contribuíram para o desenvolvimento do estudo foram: falta de sistematização no preenchimento de dados do impresso gerencial de LP e do processo de enfermagem, e baixa conformidade nos registros de avaliação de risco de LP, na admissão e no dia a dia.

O cenário foi uma UTI de hospital universitário, público, de nível secundário situado na cidade de São Paulo. Trata-se de uma UTI geral, com 12 leitos, cujo atendimento

destina-se a pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, clínicos e cirúrgicos, oriundos do pronto socorro adulto, centro cirúrgico e unidades de internação. No ano de 2023, a taxa de ocupação média foi 92,1%, com tempo médio de internação de 6,8 dias e taxa de mortalidade média de 22%. Nessa UTI, o atendimento ao paciente é realizado por equipe multidisciplinar, ou seja, médicos, fisioterapeutas, um nutricionista, um farmacêutico, um fonoaudiólogo e equipe de enfermagem. A distribuição da equipe médica ocorre conforme a dinâmica de atividades ao longo do dia, variando a relação de um médico para cada 4, 6 ou 12 pacientes, respectivamente no turno da manhã, tarde e noite. A equipe de enfermagem representa mais de 50% da equipe multidisciplinar e consiste de um chefe, 13 enfermeiros assistenciais e 26 técnicos de enfermagem, distribuídos em quatro turnos: manhã, tarde, noturno I e noturno II. Na dinâmica de atendimento por turno de trabalho, a relação profissional:paciente é, em média, um enfermeiro: 6 pacientes e um técnico: 2 a 3 pacientes.

A UTI adota protocolos institucionais para a prevenção de LP e para tratamento de feridas. As LP, quando identificadas, são categorizadas segundo o sistema de classificação internacional, conforme Quadro 1⁽²⁾, e cujo tratamento (por exemplo, escolha de cobertura) são de responsabilidade do enfermeiro, com suporte do estomaterapeuta, se necessário. As condutas são registradas no Processo de Enfermagem (PE).

De forma a **envolver os agentes da mudança (2)**, o estudo liderado pela enfermeira gestora da Divisão de Enfermagem clínica do hospital e membro do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), contou com o apoio de profissionais da UTI (chefe técnica de enfermagem, uma enfermeira assistencial estomaterapeuta e uma nutricionista). Esse grupo de trabalho auxiliou na revisão do protocolo de prevenção da LP, treinamento dos profissionais e supervisão das ações. A equipe do serviço de ensino e qualidade auxiliou na revisão do protocolo, inserção do pacote de cuidados para a prevenção e tratamento das LP (disponível no sistema eletrônico do Processo de Enfermagem (PROCEnf)⁽¹⁸⁾ e, atualização do protocolo no Manual de enfermagem, disponível nos desktops dos computadores da instituição.

De forma a **avaliar o contexto e prontidão para a mudança (3)**, a líder do projeto, junto ao chefe de enfermagem da UTI e nutricionista, conduziram uma análise de contexto com base na matriz *SWOT* (*strengths* – forças; *weaknesses* – fraquezas; *opportunities* – oportunidades; e *threats* – ameaças)⁽¹⁹⁾, que se encontra na seção de resultados. No presente estudo, foram considerados “facilitadores” os elementos identificados na Matriz *SWOT* como forças e oportunidades e, “barreiras”, os aspectos identificados como fraqueza e ameaças.

Quadro 1 – Sistema de classificação das lesões por pressão. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Lesão por Pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece, geralmente sobre uma proeminência óssea, e que em pele de pigmentação escura pode não apresentar branqueamento visível. A área pode ser dolorosa, firme, macia, mais quente ou mais fria, em comparação com o tecido subjacente.
Estágio 2	Perda parcial da espessura da pele com exposição da derme, que se apresenta como uma lesão superficial, com leito de ferida viável, de coloração rosa ou vermelha, úmida ou seca, sem esfacelo ou hematoma. Pode, também, apresentar-se como bolha intacta (com exsudato seroso) ou rompida.
Estágio 3	Perda da espessura da pele em sua totalidade, na qual a gordura é visível e; frequentemente observa-se, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas); não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível e pode ocorrer descolamento e túneis.
Estágio 4	Perda da espessura da pele em sua totalidade e perda tissular com exposição de direto da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, tornando possível a osteomielite. Esfacelo ou escara podem estar presentes em algumas partes do leito da ferida e frequentemente ocorrem descolamentos e túneis.
Não Classificável	Perda da espessura da pele em sua totalidade, na qual a extensão do dano não pode ser confirmada pois está coberta por esfacelo (amarelo, escuro, cinza, verde ou marrom) e / ou escara (escura, marrom ou preta).
Lesão Tissular profunda	Área roxa ou marrom localizada na pele intacta descolorida ou flictena sero- hemática / hemática devido a danos nos tecidos moles subjacentes devido à pressão e / ou cisalhamento.
Relacionada a Dispositivos Médicos	Resultam do uso de dispositivos médicos que aplicaram pressão sobre a pele. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.
Membranas Mucosas	Lesões por pressão das membranas que revestem os tratos respiratório, gastrointestinal e geniturinário. São causadas principalmente por dispositivos médicos (geralmente tubos e equipamentos de estabilização) que exercem forças compressivas e de cisalhamento sustentadas na mucosa.

Fonte: European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2019⁹⁾

Fase II – Auditoria de base e implementação de estratégias para superação das barreiras identificadas

A fase II foi composta por duas subetapas, a saber: (4) revisão da prática em relação a critérios de auditoria baseados em evidências e (5) identificação das barreiras e implementação de estratégias para superar as barreiras e promover a mudança na prática⁽¹⁷⁾.

Na etapa da **revisão da prática (4)**, de modo a verificar os níveis atuais de conformidade com as recomendações, realizou-se auditoria de base, utilizando oito critérios de auditoria para a prevenção de LP em pacientes críticos, disponíveis no programa *JBIPACES*⁽¹⁰⁾ (Quadro 2). Um dos critérios, o “Patients and their families/carers receive education about the risks, prevention strategies and management of pressure injuries” não foi aplicado. Na UTI, a visita de familiares/cuidadores é diária e ocorre em todos os turnos, por um período de uma hora. Portanto, não há acompanhamento contínuo do familiar.

Quadro 2 – Critérios de auditoria baseados em evidência (utilizados na auditoria de base e de seguimento) e abordagem para medir a conformidade com as melhores práticas para cada critério auditado. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Critérios auditados (nível de evidência JBI)	Método utilizado para medir % de conformidade com as melhores práticas
Critério 01 – Os pacientes são avaliados por meio de uma ferramenta válida e confiável para determinar o risco de lesão por pressão. (Grade A)	Avaliação de risco: • Verificar a presença da avaliação do risco de LP por meio da escala de <i>Braden</i>⁽²⁰⁾, na admissão e uma vez a cada 24h até o momento da alta / óbito. • Conforme se a pontuação da escala de Braden estiver registrado na documentação de enfermagem.
Critério 02 – Os pacientes são submetidos a avaliação da pele, incluindo inspeção de áreas com dispositivos (por exemplo, tubos traqueais, cateter urinário), dentro de duas horas da admissão e no mínimo uma vez ao dia para verificar se há sinais de LP. (Grade B)	• Verificar a presença do registro sobre características da pele e da presença/ausência de lesão. • Conforme se houver na admissão e após, uma vez por dia, qualquer descrição sobre informações das características, aspecto da pele e presença/ausência de lesão.
Critério 03 – Os pacientes são submetidos à triagem e avaliação nutricional por meio de um instrumento de triagem e avaliação validado. (Grade A)	• Verificar a presença de registro sobre triagem e avaliação nutricional. • Conforme se estiver documentado na admissão a triagem e avaliação nutricional por meio de instrumento validado.
Critério 04 – Quando necessário, os pacientes com risco de desenvolver LP recebem intervenções nutricionais para atingir suas necessidades calóricas. (Grade A)	• Verificar a presença de registro sobre intervenções nutricionais para atingir as necessidades calóricas. • Conforme se estiver documentado intervenções nutricionais para atingir as necessidades calóricas.
Critério 05 – Pacientes com risco de desenvolver LP estão em um colchão de espuma de suporte de baixa pressão constante ou para aqueles que estão em alto risco estão em colchão de suporte de pressão alternada. (Grade A)	• Verificar a presença do registro da atividade de enfermagem sobre o tipo de colchão a ser utilizado pelo paciente. • Conforme se a atividade de enfermagem sobre colocação / manutenção do colchão estiver correta quanto ao risco de LP (Escore de Braden ≤ 14 pontos – moderado a alto risco), prescrita e checada.
Critério 06 – Pacientes estáveis com risco de desenvolver LP são reposicionados no mínimo a cada duas horas. (Grade A)	• Verificar a presença do registro quanto ao posicionamento ao paciente. • Conforme se houver registro sobre a atividade de enfermagem quanto a mudança de decúbito no mínimo a cada 2 horas, dentro das 24 horas e checada em todos os horários, em pacientes com risco de LP (moderado e alto risco).

Quadro 2 – Cont.

Crítérios auditados (nível de evidência JBI)	Método utilizado para medir % de conformidade com as melhores práticas
Crítério 07 – Quando necessário, os pacientes em risco de desenvolver LP recebem intervenções adicionais (por exemplo, curativo espuma de poliuretano multicamadas e silicone, protetor de calcâneo). (Grade A)	• Verificar a presença de intervenções adicionais prescritas (creme barreira, espuma de poliuretano, sistemas para controle da incontinência fecal) para pacientes em risco de LP. • Conforme se estiver registrado a realização das intervenções adicionais em pacientes com risco de LP (moderado ou alto risco).
Crítério 08 – Os enfermeiros recebem educação sobre avaliação de lesões por pressão e estratégias de prevenção. (Grade A)	• Verificar registros do serviço de ensino e qualidade sobre treinamento de avaliação de LP e estratégias de prevenção. • Conforme se treinamento realizado nos últimos 12 meses.
Crítério 09 – Registro do diagnóstico de enfermagem (DE) ⁽²¹⁾ Risco de lesão por pressão em adulto OU Risco de integridade da pele prejudicada OU Risco de integridade do tecido prejudicada para pacientes com risco de LP.	• Verificar a presença do registro de potenciais DE no processo de evolução de enfermagem. • Conforme se estava registrado no prontuário um dos DE o diagnóstico de enfermagem “Risco de lesão por pressão em adulto” OU “Risco de integridade da pele prejudicada” OU “Risco de integridade do tecido prejudicada”.
Crítério 10 – Registro de uma plano de cuidados com atividades de enfermagem prescritas para os pacientes com risco para LP.	• Verificar a presença de plano de cuidado para a prevenção de LP na prescrição de enfermagem. • Conforme se estava prescrito plano de cuidado para a prevenção de LP, com no mínimo três atividades de enfermagem.

Fonte: Eric Fong, 2020⁽¹⁰⁾

Legenda: Critérios 9 e 10 –critérios de auditoria elaborados pelos autores.

Grau de Recomendação⁽²²⁾: **Grade A** – Forte recomendação para determinada estratégia de saúde, em que os efeitos desejáveis compensam os efeitos indesejáveis. Há evidência de qualidade adequada para seu uso; há um benefício ou nenhum impacto sobre o uso de recursos e os valores, as preferências e a experiência do paciente foram consideradas. **Grade B** – Fraca recomendação para determinada estratégia de saúde, em que os efeitos desejáveis parecem compensar os efeitos indesejáveis, embora não seja tão claro, há evidências que apoiam seu uso, embora possa não ser de alta qualidade, há benefício, nenhum impacto ou impacto mínimo sobre o uso de recursos, e os valores, preferências e a experiência do paciente podem ou não ter sido levados em consideração.

Foram elaborados pelos autores, dois critérios adicionais relativos à documentação de enfermagem, que incluíram Diagnóstico de Enfermagem (DE) e atividades de enfermagem relacionados à prevenção e/ou cuidados com LP, conforme padrão do sistema de documentação eletrônica do PE da Universidade de São Paulo, denominado PROCEnf⁽¹⁸⁾. Apesar da existência do PROCEnf, que permite o registro de informações do paciente em sistema informatizado, os documentos relativos aos registros de

enfermagem (evolução e prescrição de enfermagem) encontram-se disponíveis no prontuário físico do paciente.

Para os critérios do 1 ao 7 e critérios 9 e 10, a amostra de conveniência foi constituída por registros de pacientes internados na UTI para tratamento médico ou cirúrgico, que atenderam aos critérios de elegibilidade. Foram incluídos pacientes ≥ 18 anos, com tempo de internação na UTI maior de 24 horas e em risco de desenvolver LP,

segundo escala de Braden(20), sendo 16 a 15 pontos com baixo risco; 14 a 12 pontos com menos risco moderado; 11 pontos com maiores e menores alto risco. Foram excluídos os registros de pacientes que apresentaram sinais de LP no momento da admissão, a partir do grau I. Os registros relativos aos pacientes foram analisados diariamente até o momento da saída da UTI (óbito ou alta).

Para o critério 8, a amostra foi composta por registros de treinamentos do serviço de ensino e qualidade do hospital, realizados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI, aptos para a assistência direta aos pacientes.

A auditoria de base (AB) ocorreu no período de outubro de 2021 a março de 2022. Para a coleta de dados construiu-se um instrumento com variáveis demográficas (sexo, idade, procedência, tipo de internação, destino, tempo de permanência), clínicas (escala de risco de LP, desenvolvimento ou não de LP) e lista de verificação da existência dos critérios auditados, segundo conformidade ou não, com as recomendações baseadas em evidências.

A etapa **identificação das barreiras e implementação de estratégias para superar as barreiras e promover a mudança na prática (5)**, ocorreu no período de janeiro a setembro de 2023. Os resultados da AB foram apresentados à equipe de enfermagem da UTI e discutidas estratégias para aumentar o nível de conformidade dos critérios auditados. A fim de documentar as barreiras, utilizou-se a ferramenta "Getting Research in Practice" (GRiP)⁽¹⁷⁾, cujo objetivo foi identificar estratégias e recursos para superá-las e melhorar o nível de conformidade. O produto do GRiP encontra-se no Quadro 3 (seção de resultados).

Fase III – Impacto da avaliação (auditoria de seguimento) e sustentabilidade

A fase III foi composta por duas subetapas, a saber: (6) reavaliação da prática usando uma auditoria de seguimento (impacto da avaliação) e (7) consideração da sustentabilidade de mudanças na prática⁽¹⁷⁾.

Na **auditoria de seguimento** (6) foram adotados os mesmos critérios da auditoria de base (Quadro 2), bem como o instrumento de coleta de dados da fase II (instrumento com variáveis demográficas, clínicas e lista de verificação da existência dos critérios auditados, segundo conformidade ou não com as recomendações baseadas em evidências). A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2023 a março de 2024.

A **sustentabilidade de mudanças na prática**, se refere à manutenção e à sustentação das práticas baseadas em

evidências na prática clínica⁽¹⁷⁾. Para isso, foi programado nova auditoria para o segundo semestre de 2024.

Os resultados das AB e AS foram apresentados em tabela e figura com frequências absolutas e relativas. Os dados obtidos das AB e AS das variáveis categóricas sexo, lesão por pressão e critérios de auditoria foram comparados pelo *teste qui-quadrado de Pearson*, e os dados das variáveis categóricas, tipo de internação e destino, foram comparados pelo *teste exato de Fisher*. Os dados quantitativos (idade, tempo de internação) das AB e AS foram comparadas pelo teste *Wilcoxon-Mann-Whitney*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (nº 5.241.190), via Plataforma Brasil, e foi conduzido de acordo com a Resolução Nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a confidencialidade e o sigilo dos dados, bem como a não identificação dos participantes. Foi solicitada e autorizada a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

■ RESULTADOS

Avaliação do contexto e prontidão para a mudança

Inicialmente, à execução do estudo, foi conduzida uma avaliação do contexto e prontidão para a mudança, baseada na matriz SWOT. Foram considerados os elementos, a saber: **Forças**: PE estruturado informatizado – PROCEnf⁽¹⁸⁾, participação e trabalho colaborativo entre equipe multiprofissional, liderança, conhecimento e habilidades da equipe; **fraquezas**: disponibilidade de recursos, falta de sistematização nos registros de cuidado, capacitação profissional sistemática; **oportunidades**: apoio da alta gestão, uso das evidências em protocolos, presença de especialista; **ameaças**: déficit de recursos humanos e desmotivação da equipe.

Perfil demográfico e clínico dos pacientes

O perfil demográfico e clínico dos pacientes internados na UTI, nas AB e AS, estão apresentados na Tabela 1. A amostra da AB foi composta por registros de 169 pacientes, os quais totalizaram 1.343 dias de análise. Na AS foram observados 171 pacientes, que somaram 1.334 dias de análise. Observou-se diferença estatisticamente significativa para os grupos AB e AS nas variáveis média de idade ($p < 0,001$) e tipo de internação ($p = 0,001$).

Tabela 1 – Perfil demográfico dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva nas fases da auditoria de base e na auditoria de seguimento. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Variáveis	Auditoria de Base (N=169)	Auditoria de Seguimento (N=171)	p-valor ^a
Sexo	n (%)	n (%)	0,674
Masculino	97 (57,4)	102 (59,7)	
Feminino	72 (42,6)	69 (40,3)	
Tipo de internação	n (%)	n (%)	0,001
Médica	79 (46,7)	59 (34,5)	
Cirúrgica	90 (53,3)	112 (65,5)	
Destino	n (%)	n (%)	0,493
Enfermaria	133 (78,7)	134 (78,4)	
Óbito	29 (17,2)	28 (16,4)	
Outro serviço	3 (1,8)	4 (2,3)	
Outros	4 (2,4)	5 (2,9)	
Lesão por pressão	n (%)	n (%)	0,207
Não	139 (82,2)	144 (87,1)	
Sim	30 (17,8)	22 (12,9)	
Média de Idade (anos)	66,4	58,9	< 0.001
Média da taxa de ocupação	90,9%	94,3%	
Média do tempo de permanência na UTI (dias)	7,05	7,02	0,590
Média do tempo de permanência no hospital (dias)	18,60	18,40	0,691
Relação equipe de enfermagem-paciente (profissionais/paciente)	2,6	2,5	
Média das horas de assistência de enfermagem/paciente (horas)	13,4	12,8	

Nota: A totalidade dos pacientes nas amostras da auditoria de base e da de seguimento possuem risco de LP.

^a E. Pearson's Chi-squared test e Fisher's Exact test para variáveis categóricas, e Wilcoxon-Mann-Whitney test para dados quantitativos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021 a 2024.

Implementação de estratégias para melhorar a prática

A partir dos resultados obtidos na AB, identificaram-se cinco barreiras ao cumprimento das melhores práticas, com posterior proposição de estratégias para transposição destas, as quais foram descritas a seguir.

Barreira 1 – Ausência de registro relacionado à avaliação do risco de LP, avaliação da pele, uso de colchão específico, conforme risco de LP e mudança de decúbito a cada duas horas.

Foi realizada a revisão do protocolo institucional de prevenção de LP, de forma a incorporar as melhores práticas na prevenção de LP. As informações foram inseridas no manual de enfermagem, disponível nos *desktops* dos computadores da instituição. Estabeleceu-se fluxograma, de modo a direcionar as ações de enfermagem, após identificação de paciente com risco para LP. Para melhoria do PE, acerca da prevenção e tratamento de LP, vinculou-se o escore de Braden ≤ 16 pontos a DE específicos (“risco de lesão por pressão em adulto”, “risco de integridade da pele prejudicada” e “risco de integridade do tecido prejudicada”) e cuidados de enfermagem no PROCEnf⁽¹⁸⁾. Entre os cuidados apresentaram-se inspecionar e documentar o estado da pele do paciente, hidratar a pele com creme hidratante, reposicionar os dispositivos terapêuticos regularmente, entre outros. Todas estas atividades podem ser considerações no momento da Prescrição de Enfermagem. Elaboraram-se cartazes educativos, de modo a facilitar a visualização das melhores práticas acerca da na prevenção de LP e das atualizações do PROCEnf⁽¹⁸⁾. Aprovou-se estratégia de prevenção de LP composta por um quadro de riscos relacionados à segurança do paciente e um relógio de orientação acerca de mudança de decúbito. Realizou-se, também, revisão da folha de controles da UTI, de forma a estruturar a frequência das mudanças de decúbito.

Barreira 2 – Ausência de treinamento periódico e sistemático sobre prevenção de LP em pacientes críticos.

Inicialmente, realizaram-se reuniões com a equipe de enfermagem para apresentação dos resultados da AB, como estratégia de sensibilização. Posteriormente, aplicou-se um programa educativo composto por aula e estudos de casos sobre as “melhores práticas em prevenção de LP”. A dinâmica ocorreu *in loco*, durante os plantões, com duração máxima de uma hora. Além da capacitação, a enfermeira chefe da UTI realizou rondas semanais e discussão com os enfermeiros, a fim de fortalecer as estratégias de prevenção de LP.

Barreira 3 – Quantidade insuficiente de recursos materiais como posicionadores (“coxins”); creme hidratante; curativo hidrocolóide e creme barreira.

Realizaram-se reuniões com a chefia de enfermagem de UTI com o objetivo de adequar as cotas dos recursos materiais, as quais, após o ajuste, foram direcionadas para os almoxarifados centrais. Em relação à inclusão de novas tecnologias para a prevenção de LP (posicionadores e curativos de espuma de poliuretano multicamadas e silicone, modelo sacral), realizaram-se reuniões com o serviço de padronização de material do hospital. Realizou-se testes com posicionadores disponibilizados por fabricante e, elaborados descritivos técnicos, que se encontram em processo de compra por licitação. Com a finalidade de resolver, temporariamente, o problema do número insuficiente de posicionadores, foram confeccionados coxins provisórios.

Barreira 4 – Falta de padronização em registros acerca das LP.

Elaborou-se programa educativo composto por aula e estudos de casos sobre os estágios das LP e tratamento para cada uma delas endereçado a equipe de enfermagem da UTI.

Barreira 5 – Ausência de registros em prontuário da triagem/avaliação nutricional e intervenções nutricionais.

Os registros acerca da avaliação nutricional, que atualmente, não são disponibilizados de modo permanente no prontuário ou sistema, estão em processo mudança. Serão elaborados impressos/documentos específicos da nutrição, os quais deverão ser incorporados ao prontuário do paciente, de forma a melhorar a comunicação multiprofissional em relação aos aspectos nutricionais.

O Quadro 3 ilustra a Matriz GRIP, com síntese das barreiras, estratégias para superá-las, recursos necessários e resultados alcançados.

A totalidade das ações descrita foi realizada em parceria entre a equipe do projeto e profissionais de serviços específicos, quais sejam serviço de nutrição, de ensino e de qualidade, serviço de padronização de materiais e serviço de comunicação.

Comparação da Auditoria de Base e Seguimento

Na análise dos critérios de conformidade observou-se que os grupos AB e AS foram estatisticamente diferentes para a quase totalidade dos critérios (1,2,4,5,7,8, 9 e 10 [p-valor $<0,001$]), a exceção do critério 3 (triagem e avaliação nutricional), cuja conformidade em ambas as auditorias foi 100% e critério 6 (pacientes estáveis com risco de desenvolver LP são reposicionados no mínimo a cada duas horas) (Figura 1).

Quadro 3 – Matriz Getting Research into Practice. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024.

Barreiras	Estratégias	Recursos	Resultados
Barreira 1. ausência de registro: - avaliação do risco de desenvolver LP; - avaliação da pele; - tipo de colchão utilizado; - mudança de decúbito.	- revisão do protocolo ; - revisão das atividades de enfermagem no sistema eletrônico do PE e vincular aos diagnósticos de enfermagem e à escala de <i>Braden</i> $\leq$ 16 pontos; - elaboração de cartaz educativo; - confecção de quadro de identificação de riscos com a incorporação de relógio para orientação à mudança de decúbito; - revisão da folha de controles da UTI.	- protocolo institucional; - serviço de comunicação; - computador; - sistema eletrônico do PE (PROCEnf).	protocolo revisado e inserido no manual de enfermagem; elaborado cartaz educativo sobre prevenção da LP e PE; intervenções e atividades de enfermagem inseridas no sistema; Nova folha de controles em uso quadro de identificação de riscos em tramitação de compra.
Barreira 2. ausência de treinamento periódico sistemático sobre prevenção de LP em pacientes críticos.	- capacitação; - supervisão.	- Computador; - sala de aula/reunião; - rondas diárias.	94,8% da equipe treinada; Realizadas conversas com 100% dos enfermeiros
Barreira 3. quantidade insuficientes de recursos: coxins; creme hidratante; curativo hidrocolóide; creme barreira.	- reunião com a chefia de enfermagem; - reunião com o responsável pela padronização e compra dos materiais; - confecção de coxins.	- sala de aula/ reunião; - materiais para confecção de coxim temporário (material em napa e bolinhas de isopor); - costureira; - computador.	Adequação das cotas de creme hidratante, creme barreira e curativo hidrocolóide; confecção de 20 coxins ; elaboração do descritivo técnico para compra dos coxins.
Barreira 4 – falta de padronização em registros das LP.	- capacitação; - elaboração de cartaz educativo.	- Computador; - sala de aula/reunião; - serviço de comunicação.	em tramitação
Barreira 5 – Ausências de registros em prontuário da triagem/ avaliação nutricional e intervenções nutricionais	reunião com a nutricionista da UTI e responsável para apresentação do projeto.	- Sala de reunião - Computador.	em tramitação

Fonte: Dados da pesquisa, 2021 e 2023

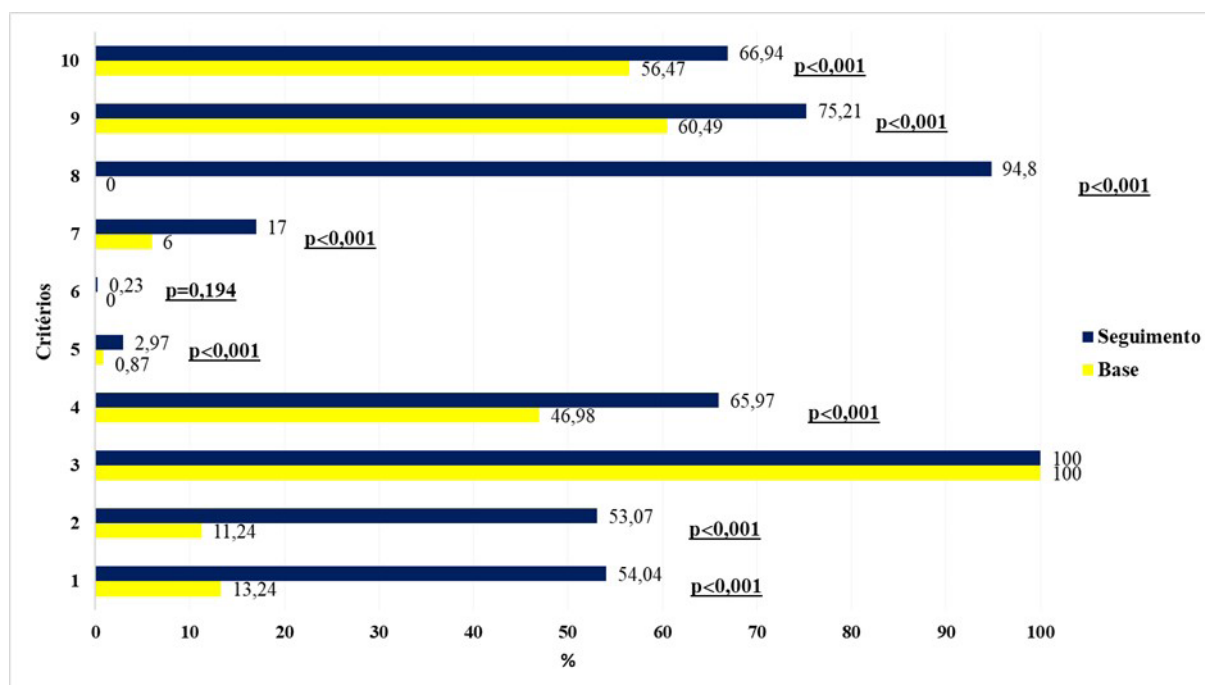


Figura 1 – Taxa de conformidade dos critérios de melhores práticas para prevenção de lesões por pressão na auditoria de base e de seguimento. São Paulo, São Paulo, Brasil, 2024

Nota: 1. Os pacientes são avaliados por meio de uma ferramenta válida e confiável para determinar o risco de lesão por pressão; 2. Os pacientes são submetidos à avaliação da pele, incluindo inspeção de áreas com dispositivos (por exemplo, tubos traqueais, cateter urinário), dentro de duas horas da admissão e no mínimo uma vez ao dia para verificar se há sinais de LP; 3. Os pacientes são submetidos à triagem e à avaliação nutricional por meio de um instrumento de triagem e avaliação validado; 4. Quando necessário, os pacientes com risco de desenvolver LP recebem intervenções nutricionais para atingir suas necessidades calóricas; 5. Pacientes com risco de desenvolver LP estão em um colchão de espuma de suporte de baixa pressão constante ou para aqueles que estão em alto risco estão em colchão de suporte de pressão alternada; 6. Pacientes estáveis com risco de desenvolver LP são reposicionados no mínimo a cada duas horas; 7. Quando necessário, os pacientes em risco de desenvolver LP recebem intervenções adicionais (por exemplo, curativo espuma de poliuretano multicamadas e silicone, protetor de calcâneo); 8. Os enfermeiros recebem educação sobre avaliação de lesões por pressão e por estratégias de prevenção; 9. Registro do diagnóstico de enfermagem Risco de lesão por pressão em adulto ou risco de integridade da pele prejudicada ou risco de integridade do tecido prejudicada para pacientes com risco de LP; 10. Registro de um plano de cuidados com atividades de enfermagem prescritas para os pacientes com risco para LP.

p-valor: E. Pearson's Chi-squared test.

■ DISCUSSÃO

Os achados do estudo, cujo cenário foi um hospital universitário certificado por padrões de qualidade pelo JBI “compromisso com a saúde baseada em evidências, melhoria contínua da qualidade e capacitação profissional”⁽²³⁾, permitem evidenciar que houve participação da equipe multiprofissional e melhora substancial da prática clínica, expressa pelo aumento da taxa de conformidade, após a intervenção “implementação de evidências” para a prevenção de LP.

Esses padrões impulsionam a implementação de práticas baseadas em evidências e melhoram a qualidade das práticas e resultados de saúde, que devem envolver a equipe, profissionais com capacidade de liderança clínica, apoio da gestão e da direção da instituição⁽²³⁾.

No contexto hospitalar, a implementação de melhores práticas para a prevenção de LP é influenciada por múltiplas barreiras e facilitadores, que podem incluir questões em nível individual e/ ou organizacional, como os identificados neste estudo⁽²⁴⁾.

No hospital analisado, aos moldes de outros estudos, foram identificados facilitadores que contribuíram com a exitosa intervenção. Dentre estas, destacam-se o sistema eletrônico do PE – PROCEnf, estruturado como ferramenta de apoio a decisão, fundamental na prevenção de LP; Comunicação e trabalho orquestrado entre equipe multiprofissional, incluindo a educação continuada; apoio da liderança na implementação de melhores práticas e a experiência clínica da equipe de enfermagem da UTI⁽²⁴⁾.

Em consonância com revisões prévias, a existência de integração e o compartilhamento de informações, entre os diferentes profissionais, representaram um dos principais facilitadores da implementação de evidências na prevenção da LP, uma vez que a comunicação (por exemplo, a capacitação e a revisão do protocolo) foi a principal estratégia usada no processo de implementação^(12,25). No entanto, há que se considerar que as inter-relações podem ser barreiras ou facilitadores, a depender da comunicação e suporte da liderança, frequentemente, associado com a motivação^(12,25).

A maioria dos elementos identificados como barreiras incluiu ausência de registros de informações essenciais sobre

LP nos prontuários. A transposição dessas foi alicerçada em ações que incluíram revisão do protocolo de Prevenção de LP, reestruturação do sistema eletrônico do PE – PROCEnf⁽¹⁸⁾, construção de material visual, capacitação da equipe de enfermagem a respeito do protocolo e mudanças do PE em relação a LP e, apoio da liderança para promoção da supervisão da equipe. A participação dos profissionais, que incluiu enfermeiros com capacidade de liderança clínica, apoio da gestão e direção da instituição, foi ativa e colaborativa, do momento da identificação das barreiras até a implementação de estratégias para promoção da mudança, que contribuiu melhorar a qualidade das práticas.

A revisão do antigo protocolo Prevenção de LP, do ano de 2016, foi fundamental. Possibilitou a incorporação de evidências atuais para a prevenção das LP, com a inclusão de novas definições, nomenclatura e classificação dos estágios das LP, bem como orientações da nota técnica atual da ANVISA sobre Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de LP e alinhamento as diretrizes do Plano de Segurança do Paciente da ANVISA^(2,10,26). Essa estratégia possibilitou atualização das práticas da equipe sustentada em melhores evidências, a fim de fortalecer a política institucional de segurança do paciente⁽²⁶⁾.

A AS apontou melhoria na conformidade, na quase totalidade dos critérios, demonstrando que a intervenção aplicada foi bem-sucedida. Esse achado encontra-se alinhado a outros projetos de implementação de melhores práticas realizados em UTI, os quais demonstraram que intervenções sustentadas em educação dirigidos à equipe de saúde impactaram positivamente na implementação das estratégias de prevenção de LP^(14,27).

Os registros acerca da avaliação do risco de LP (critério 1), por meio da escala de Braden⁽²⁰⁾, e relacionado à avaliação da pele (critério 2), realizados no momento da admissão e diariamente, apresentaram aumento da taxa de conformidade na AS. A capacitação profissional e o apoio da liderança local foram fundamentais na melhoria destes critérios, como evidenciados em projetos de implementação conduzidos, também, em hospitais⁽¹⁵⁾.

O critério relacionado a triagem e avaliação nutricional (critério 3) e intervenções nutricionais (critério 4), apresentaram conformidade plena (100%) e superior (65,97%) na AS, respectivamente. Na UTI, cenário da implementação, há uma nutricionista dedicada exclusivamente ao setor. O apoio nutricional representa uma intervenção potencialmente custo-efetiva associada à redução do risco de LP⁽²⁸⁾. A equipe de enfermagem, também, apoia os cuidados nutricionais para ajudar a reduzir o risco de desenvolvimento de LP, realizando cuidados como minimizar o jejum desnecessário, seguir políticas institucionais em relação às sondas nasointestinais

e ficar atentos na triagem do desenvolvimento de LP nas mucosas referente ao dispositivo terapêutico⁽²⁹⁾.

Em relação ao critério 5, que trata de colchões dos pacientes com risco de desenvolver LP, apesar da diferença estatisticamente significativa, a conformidade foi baixa. Tal achado pode ser atribuído à ausência de registros de enfermagem sobre o uso ou não de colchões, uma vez que as camas da UTI dispõem de colchões de espuma multidentidade e superfície de ar alternada. A despeito disso, o atendimento a esse critério se encontra condicionado a recursos financeiros, especialmente pelo alto custo dos colchões, aspecto que pode inviabilizar a incorporação dessa tecnologia, principalmente, em hospitais públicos. Todavia, evidências apontam que não há clareza sobre qual superfície de suporte – colchão (espuma, superfícies de ar reativas, pressão alternada, superfícies de ar em geral, superfícies de gel reativa) é a mais eficaz na prevenção de LP⁽³⁰⁾.

Para o critério 6, que se refere ao registro da frequência de mudança de decúbito, não se evidenciou melhoria na conformidade, apesar da revisão da folha de controles. Desse modo, para melhora da conformidade neste critério, certamente, será fundamental propor novas discussões junto à equipe de saúde local a fim de identificar novas estratégias. Apesar da recomendação acerca do reposicionamento, as evidências são insuficientes no que diz respeito à frequência e posições específicas na prevenção da LP^(30,31). Organizações internacionais sobre LP recomendam avaliação do nível de atividade do paciente e da capacidade individual de reposicionamento, como balizas da conduta profissional acerca da frequência⁽²⁾.

Os dois critérios relacionados ao PE mostraram melhora da conformidade (critérios 9 e 10). Realizou-se revisão do sistema de documentação eletrônica do PE, vinculando os cuidados de enfermagem aos potenciais DE⁽²¹⁾, de forma a otimizar o trabalho dos enfermeiros e garantir que os registros apresentem conformidade com as recomendações atuais. Registros completos em prontuários das ações realizadas para a prevenção de LP são fundamentais para avaliação da adoção de práticas de segurança, pelos profissionais e gestores das instituições de saúde⁽²⁶⁾, contudo, os registros representam um desafio do cotidiano assistencial.

O apoio da liderança local e o uso de estratégias educativas dirigidas aos profissionais de enfermagem foram essenciais para o sucesso da implementação, os quais apontaram resultados positivos na conformidade de grande parte dos critérios de auditoria e redução do percentual dos pacientes com LP. O sucesso dessa intervenção encontra-se, também, intrinsecamente relacionado do trabalho em equipe e da integração dos aspectos clínicos, educacionais e gerenciais^(1,2,25,26).

Na implementação de melhores práticas assistenciais, a avaliação dos resultados representa uma etapa indispensável, a fim de verificar a eficiência das intervenções e obter subsídios para o aprimoramento das estratégias implementadas⁽²³⁾. Assim, os achados desse estudo são importantes na perspectiva das metas internacionais e Política Nacional da Segurança do Paciente, mas, sobretudo, permitem avanços acerca da importância da integração de evidências globais e locais como agentes transformadores da prática. Além disso, o estudo pode encorajar outros enfermeiros a seguir o modelo de implementação de evidências, ter uma visão geral das barreiras e estratégias para transposição destas, e recursos necessários para promover as melhores práticas na prevenção da LP em pacientes críticos.

Apesar das contribuições, foram identificadas algumas limitações, que devem ser explicitadas a fim de que possam ser sanadas em investigações futuras. A coleta de dados acerca dos critérios 5 e 6, pode ter sido afetada pela análise de registros nos prontuários, que apesar de retratarem a realidade, são passíveis de viés, sobretudo pela ausência de informações. A condução simultânea de dois projetos de implementação na UTI repercutiu na organização da dinâmica de treinamento/capacitação dos recursos humanos, bem como no empenho dedicado à supervisão das estratégias implementadas e atividades gerenciais e assistenciais habituais da unidade.

No que tange às direções futuras para manutenção da implementação das melhores práticas na prevenção da LP inclui-se realização de novas auditorias clínicas de forma periódica para garantir a qualidade do cuidado e a sustentabilidade das ações⁽¹⁷⁾, avaliação do sistema eletrônico do PE – PROCEnf, em relação à nova estratégia adotada nas atividades de enfermagem, capacitação sistemática da equipe multiprofissional para prevenção e tratamento da LP. Finalmente, é importante avaliar a relação custo-efetividade da implementação a fim de avaliar os benefícios clínicos e custos associados.

■ CONCLUSÃO

A intervenção “implementação de melhores evidências” contribuiu para melhoria das práticas acerca da prevenção de lesão por pressão, expressa pelo aumento da taxa de conformidade dos critérios de auditoria baseados em evidências e proposição de estratégias de melhoria para superação de barreiras, usando como âncora a intervenção educativa.

Contudo, os resultados apontam necessidades de ajuste das melhores práticas disponíveis em diretrizes (evidências globais) e práticas locais (evidências locais), especialmente na mobilização programada do paciente e na utilização de

colchões específicos, conforme o risco de LP. Com isso, faz-se necessária a realização de novas auditorias clínicas de forma periódica para garantir a qualidade do cuidado, melhoria e sustentabilidade dos resultados.

A geração de evidências acerca do impacto da implementação de melhores práticas na prevenção de LP, representa um desafio profissional, especialmente pela natureza multi-componente envolvida nesse processo preventivo. Assim, o presente estudo contribuiu com a comunidade profissional e científica na apresentação de modelo de implementação de evidências e recursos necessários para promover as melhores práticas na prevenção da LP em pacientes críticos.

■ REFERÊNCIAS

1. Wassel CL, Delhougne G, Gayle JA, Dreyfus J, Larson B. Risk of readmissions, mortality, and hospital-acquired conditions across hospital-acquired pressure injury (HAPI) stages in a US National Hospital Discharge database. *Int Wound J*. 2020;17(6):1924-1934. <https://doi.org/10.1111/iwj.13482>
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
3. Zhaoyu L, Frances L, Lukman T, Wendy C. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;105:103546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2014 a 2022 [Internet]. 2022[cited 2024 Aug 03]. Available from: https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-dasnotificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014___2022.pdf
5. Alderden J, Rondinelli J, Pepper G, Cummins M, Whitney J. Risk factors for pressure injuries among critical care patients: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;71:97-114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012>
6. Chaboyer WP, Thalib L, Harbeck EL, Coyer FM, Blot S, Bull CF, et al. Incidence and prevalence of pressure injuries in adult intensive care patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2018;46(11):e1074-e1081. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003366>
7. Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, Blackwood B, Boulanger C, Brett SJ, et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. *Intensive Care Med*. 2021;47(2):160-9. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06234-9>
8. Nghiem S, Campbell J, Walker RM, Byrnes J, Chaboyer W. Pressure injuries in Australian public hospitals: a cost of illness study. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104191. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104191>
9. Padula WV, Delarmente BA. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *Int Wound J*. 2019;16(3):634-40. <https://doi.org/10.1111/iwj.13071>
10. Fong MBBS. Evidence Summary. Pressure Injury (Critically Ill Patients): Prevention [Internet]. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2020[cited 2024 Aug 03];JBI12782. Available from: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>

11. Alshahrani B, Sim J, Middleton R. Nursing interventions for pressure injury prevention among critically ill patients: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(15-16):2151-68. <https://doi.org/10.1111/jocn.15709>
12. Wan CS, Cheng H, Musgrave-Takeda M, Liu MG, Tobiano G, McMahon J, et al. Barriers and facilitators to implementing pressure injury prevention and management guidelines in acute care: a mixed-methods systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2023;145:104557. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104557>
13. Whitehorn A, Fu L, Porritt K, Lizarondo L, Stephenson M, Marin T, et al. Mapping Clinical Barriers and Evidence-Based Implementation Strategies in Low-to-Middle Income Countries (LMICs). *Worldviews Evid Based Nurs*. 2021;18(3):190-200. <https://doi.org/10.1111/wvn.12503>
14. Ramalho AO, Santiago LM, Meira L, Marin A, Oliveira LB, Püschel VAA. Pressure injury prevention in adult critically ill patients: best practice implementation project. *JBI Evid Implement*. 2023;21(3):218-228. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000352>
15. Su JY, Mu PF, Wang CH, Chen YS, Cheng TY, Lee MY. Prevention and management of hospital-acquired pressure injury among patients with lung disease in a hospital: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement*. 2022;20(4):301-12. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000323>
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 670 p.
17. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z, Editors. *JBI Handbook for Evidence Implementation* [Internet]. JBI; 2020[cited 2024 Apr 08]. Available from: <https://implementation4.jbi.global>
18. Peres H, Cruz D, Tellez M, Silva RCG, Ortiz D, Diogo R, et al. Implementation of Improvements in an Electronic Documentation Nursing Process System Structured on NANDA-I, NOC and NIC (NNN) Classification. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2016[cited 2024 Apr 08];225:1082-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27332494/>
19. Pickton DW, Wright S. What's swot in strategic analysis? *Strat. Change*. 1998;7: 101-109. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1697\(199803/04\)7:2<101::AID-JSC332>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1697(199803/04)7:2<101::AID-JSC332>3.0.CO;2-6)
20. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* [Internet]. 1987[cited 2024 Apr 08];36(4):205-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3299278/>
21. Herdman STH, Kamitsuru S, Lopes CT. NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023. 12. ed. 2021. 592p.
22. The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2014[cited 2024 Apr 08]. Available from: <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>
23. Sichieri K, Garcia PC, Nishi FA, Brito APA, Ogawa L, Maia FOM, et al. Searching for Care Excellence in a Brazilian University Hospital: The Evidence Based Nursing Nucleus. *Glob Implement Res Appl*. 2023;3:380-389. <https://doi.org/10.1007/s43477-023-00109-z>
24. Wu Z, Song B, Liu Y, Zhai Y, Chen S, Lin F. Barriers and facilitators to pressure injury prevention in hospitals: A mixed methods systematic review. *J Tissue Viability*. 2023;32(3):355-364. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.04.009>
25. Zhao J, Bai W, Zhang Q, Su Y, Wang J, Du X, et al. Evidence-based practice implementation in healthcare in China: a living scoping review. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;3(20):100355. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100355>
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023. Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão [Internet]. Brasília, 2023 [cited 2024 Apr 08]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao>
27. Aquino C, Owen A, Predicce A, Poe S, Kozachik S. Increasing competence in pressure injury prevention using competency-based education in adult intensive care unit. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):312-7. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000388>
28. Ocampo W, Cheung A, Baylis B, Clayden N, Conly JM, Ghali WA, et al. Economic evaluations of strategies to prevent hospital-acquired pressure injuries. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30(7):319-33. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000520289.89090.b0>
29. Hardy G, Ridley EJ, Tatucu-Babet OA. Nutrition and pressure injury prevention in the intensive care unit: weighing the evidence. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;81:103579. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103579>
30. Pott FS, Meier MJ, Stocco JGD, Petz FFC, Roehrs H, Ziegelmann PK. Pressure injury prevention measures: overview of systematic reviews. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230039. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0039en>
31. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;6(6):CD009958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009958.pub3>

■ **Contribuição de autoria:**

Conceitualização: Karina Sichieri, Sílvia Regina Secoli
Curadoria de dados: Karina Sichieri
Análise formal: Karina Sichieri, Sílvia Regina Secoli
Pesquisa: Karina Sichieri, Tatiane Martins de Matos, Talita Raquel Santos, Sílvia Regina Secoli
Metodologia: Karina Sichieri, Sílvia Regina Secoli
Administração de projeto: Karina Sichieri, Sílvia Regina Secoli
Recursos: Karina Sichieri, Tatiane Martins de Matos, Talita Raquel Santos
Supervisão: Karina Sichieri
Validação de dados e experimentos: Karina Sichieri, Sílvia Regina Secoli
Design da apresentação de dados: Karina Sichieri, Tatiane Martins de Matos, Talita Raquel Santos, Sílvia Regina Secoli
Redação do manuscrito original: Karina Sichieri, Tatiane Martins de Matos, Talita Raquel Santos, Sílvia Regina Secoli
Redação – revisão e edição: Karina Sichieri, Sílvia Regina Secoli

A autora Karina Sichieri declara conflito de interesse por ser membro do JBI Brasil. Demais autores não declaram conflito de interesse.

■ **Autor correspondente:**

Karina Sichieri
E-mail: karinas@hu.usp.br

Editor associado:

Taline Bavaresco

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

Recebido: 13.05.2024

Aprovado: 19.09.2024

