UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria Clara Salomão e Silva Guimarães

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR POR MEIO DE APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE GOVERNANÇA CLÍNICA

Belo Horizonte
2020

Maria Clara Salomão e Silva Guimarães

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR POR MEIO DE APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE GOVERNANÇA CLÍNICA

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologia da Saúde

Orientador(a): Profª. Drª. Meiriele Tavares Araújo

Belo Horizonte
2020

Guimarães, Maria Clara Salomão e Silva.
G963p Prevenção e tratamento de lesões por pressão em contexto hospitalar por meio de aplicação das estratégias de governança clínica [manuscrito]. / Maria Clara Salomão e Silva Guimarães. - - Belo Horizonte: 2019.
112 f.: il.
Orientador (a): Meiriele Tavares Araújo.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Governança Clínica. 2. Lesão por Pressão/prevenção & controle. 3. Gestão em Saúde. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Araújo, Meiriele Tavares. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.4

Bibliotecária responsável: Fabiene Letizia Alves Furtado CRB-6/2745

UFMG UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, sala 122, 1º Andar – B. Santa Efigênia
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
Telefone: 3409-9878 email: colposgss@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 5 (CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIA CLARA SALOMÃO E SILVA GUIMARÃES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 14 (catorze) dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se no Auditório Maria Sinno da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR POR MEIO DE APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE GOVERNANÇA CLÍNICA", da aluna ***Maria Clara Salomão e Silva Guimarães***, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Meiriele Tavares Araújo, Marília Alves e Selme Silqueira de Matos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;
( ) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
( ) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 2020.

Profª. Drª. Meiriele Tavares Araújo
Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Marília Alves
Membro Titular (UFMG)

Profª. Drª. Selme Silqueira de Matos
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO

NORMALIZAÇÃO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO Nº 08/2019 - CPGGSS, DE 06 DE SETEMBRO DE 2019 E AS "DIRETRIZES PARA APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÕES E TESES DA USP - 3ª EDIÇÃO - REVISADA, AMPLIADA E MODIFICADA - 2016

Declaro ter realizado a revisão de português, de literatura e de normas da ABNT –, de acordo com as orientações do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços em Saúde. Dissertação intitulada **"PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR POR MEIO DE APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE GOVERNANÇA CLÍNICA",** de autoria de Maria Clara Salomão e Silva Guimarães, sob a orientação da Profª. Drª. Meirele Tavares Araújo.

Apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão de Serviços em Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Recebida em: 27 de fevereiro de 2020
Entregue em: 04 de março de 2020

Vanuza Bastos Rodrigues
Mestre em Administração pela Faculdade Novos Horizontes
Doutora em Hospitalidade pela Universidade Anhembi Morumbi - SP
Celular: (31) 99993-2129
E-mail: vanuzabastosrodrigues@gmail.com
Belo Horizonte, 04 de março de 2020

Dedico esta dissertação ao meu grande mestre, Mário Luiz Barreiros da Silva, pelos ensinamentos no longo de minha vida, me mostrando como construir toda esta trajetória profissional com ética, respeito e sabedoria. Por mais que o tempo passe, meu amor e admiração por você aumentam a cada dia: você não é somente meu pai como também meu melhor amigo, meu mestre e o amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força, perseverança e saúde para superar toda esta fase de dedicação intensa, cobranças e estudos constantes. Obrigada Senhor, por estar sempre ao meu lado!

Aos meus pais, por terem me ensinando os princípios da vida (honestidade, amor e família) e a nunca desistir dos meus sonhos.

Ao meu grande mestre, meu pai, Mário, por ser fonte inspiradora para que eu realizasse mais este sonho. Me ensinou que desistir não faz parte da nossa vida e que lutar é a ferramenta fundamental para chegarmos ao sucesso. Obrigada meu pai! Sonho que se sonha junto realmente se torna realidade!

A minha linda mãe, Rita, por estar ao meu lado em todos os momentos da vida e me dar um suporte absoluto para que eu finalizasse mais essa etapa. A você minha mãe, que, muitas vezes, renunciou dos seus sonhos para a felicidade da nossa família, deixo minha eterna admiração e amor incondicional. Obrigada por me ensinar a ser mãe, mulher e a profissional que sou hoje!

Ao meu grande amor, Rafael, que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis, apoiando, orientando e incentivando a ir em busca dos meus sonhos, dando força e dizendo que sou capaz. Serei eternamente grata, meu amor, por todo seu carinho e por cada palavra que me transmitiu confiança e me deu forças para que eu pudesse chegar onde estou hoje. Obrigada por me fazer acreditar em mim! Nossa parceria é eterna! Te amo!

Aos amores da minha vida, meus filhos, Lucas Henrique e Pedro Luis, deixo aqui meu eterno pedido de desculpas pela ausência e pelos momentos de estresse e ansiedade devido à grande sobrecarga de trabalho e de estudo. Me desculpem! Mamãe ama vocês demais! Podem ter certeza que faço isso pela felicidade da nossa família. Amo vocês!

À minha linda irmã, Fabiana, companheira de todas as horas, por fazer parte da minha vida em todos os momentos e por estar sempre me apoiando, orientando e reafirmando seu total apoio. Você é minha alma gêmea minha irmã, sempre estarei ao seu lado!

Agradeço a luz que veio iluminar nossas vidas, nossa pequena e linda Luna, por nos alegrar todos os dias com seu lindo sorriso que consegue amenizar tantos problemas.

Ao meu cunhado, Frederico, por me acompanhar em cada etapa desta longa trajetória e por me dizer várias vezes que serei uma estrela que irá brilhar. Amo todos vocês!

À vó Aparecida (*in memorian*), que tenho certeza de que está neste momento presente comigo, festejando e comemorando por este feito tão especial em minha vida. Obrigada vó, por ser presente eternamente em minha vida. Minha infância foi marcada por belas recordações em que a senhora fez parte da maioria delas.

À minha família que tanto amo!!! Obrigada por estarem sempre envolvidos e comemorando cada vitória ao meu lado, mesmo que distantes fisicamente. Nosso amor é tão grande que a distância não nos afasta daqueles que amamos.

À tia Cáca, exemplo de mulher batalhadora, estudiosa e envolvida com a família. Te agradeço por todos os ensinamentos no longo desses meus 35 anos. Você é exemplo de mulher, meu amor! Minha eterna gratidão!

À minha sogra, Sandra, por me ajudar nos momentos mais difíceis e corridos de minha vida, cuidando daqueles que mais amo (meus filhos) e fazendo com que eles se sentissem felizes, minimizando minha ausência como mãe.

Ao meu sogro, Wagner, exemplo de cidadão e de honestidade, te agradeço por me acolher como filha e por me dar tanto amor e carinho junto da sua esposa.

Aos "irmãos" que a vida me ofereceu, Sandro e Camilo, obrigada por me proporcionarem tantos momentos de amor e carinho e por cada abraço para me acalmar e me confortar dizendo que tudo isso irá passar e que a hora do sucesso irá chegar.

Aos meus grandes amigos e companheiros de trabalho do Centro Avançado no Cuidado de Feridas da Rede Mater Dei Saúde, Roberto Zambelli, Philipe Maia, Silvania, Clayton, Rodrigo Simões e Felipe Sampaio. Obrigada por confiarem no meu trabalho e por me incentivarem a crescer profissionalmente. Obrigada por todas as oportunidades e por me proporcionarem uma satisfação profissional que nunca tive em 13 anos de enfermagem.

À minha orientadora, professora Meiriele, por acreditar em mim e mostrar que sou capaz de conquistar esse título tão sonhado. Obrigada professora, por não desistir de mim e por me apoiar e durante toda esta trajetória. Seus ensinamentos ficarão presentes eternamente em minha vida profissional e acadêmica. Saiba que minha gratidão será eterna! Te admiro como profissional e como ser humano. Você é um grande exemplo!

Àquela que me acompanha desde minha trajetória acadêmica até o dia de hoje, minha grande e eterna amiga Telma Geovanini. Obrigada por me oferecer oportunidades únicas desde a graduação e por me mostrar que a trajetória é difícil e dura, mas que eu seria capaz de finalizar esta etapa tão difícil e tão sonhada. Meu eterno reconhecimento por todo seu amor, carinho e envolvimento.

Aos meus grandes amigos pela parceria constante, apoio, troca de experiências e incentivo diário em busca do sucesso para conclusão deste curso: Ethiara, Arlete, Maralu, Patrícia e Poliana, obrigada! Com vocês a caminhada se tornou mais leve!

“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu. É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu. É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações. E, assim, ter amigos contigo em todas as situações”

Ana Vilela

RESUMO

As instituições de saúde têm recebido clientes mais exigentes quanto à qualidade dos serviços prestados. Nessas instituições, a governança corporativa ganhou espaço e credibilidade ao alinhar a gestão do negócio com a da assistência à saúde, garantindo a ambos melhores resultados. Enquanto desdobramento, a governança clínica é uma ferramenta sistematizada em pilares de ações, aplicável a diferentes contextos e práticas de saúde, proporcionando melhorias na qualidade clínica do cuidado, por meio de políticas e diretrizes responsáveis por manter e monitorar padrões de boas práticas e de resultados. As lesões por pressão, por serem consideradas fatores que influenciam negativamente na avaliação dos indicadores da qualidade assistencial e impactam nos custos assistenciais, tornam-se cenário adequado para a aplicação da governança clínica para sua gestão assistencial. Conceitualmente, a lesão por pressão é um dano localizado na pele e ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, resultante de pressão intensa e ou prolongada em combinação com outros fatores de risco. Assim, reconhece-se a necessidade de uma gestão mais eficaz desse problema de saúde para sua prevenção e tratamento. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi elaborar um instrumento de gestão das lesões por pressão nos pacientes em internação hospitalar, por meio da aplicação da ferramenta da governança clínica. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, que se caracteriza pela realização de melhoramentos na prática assistencial de saúde e enfermagem, por meio da introdução de inovações. Os dados foram resultantes de uma revisão sistemática de escopo da literatura científica nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, PubMed*, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Cochrane Library*, Scopus, e *Web of Science*. A amostra de 63 artigos analisada foi do período de 1999 a 2019, em português, espanhol e inglês As principais estratégias identificadas foram relacionadas à equipamentos e materiais para prevenção, boas práticas de cuidado, educação e treinamento, avaliação de risco, envolvimento multiprofissional, participação das gerências no processo, auditoria, mudança de comportamento e de cultura, suporte administrativo, nutrição, implantação de programa para incontinentes, seleção de equipe com interesse na área, comunicação, compromisso, controle mensal dos indicadores e a sua divulgação, registros, comissão de feridas, profissional especializado, levantamento de equipamentos presentes na instituição e levantamento de custos. Diante desses resultados, criou-se um instrumento de gestão das lesões por pressão baseado em estratégias para sua prevenção direcionada para a equipe interdisciplinar e para a mensuração da eficácia no processo. Considerou-se que a gestão das lesões por pressão deve ter como propósito gerenciar os processos de prevenção e de tratamento, proporcionando um cuidado adequado para cada tipo de cliente, de acordo com seu risco de desenvolver este tipo de lesão. Os dados mostraram que a redução da incidência das lesões por pressão nos hospitais deve-se a associação de uma assistência de enfermagem de qualidade com um processo de gestão estratégica das lesões por pressão. Destaca-se que esse processo deve contar com envolvimento de gestores e de uma equipe interdisciplinar, uso de tecnologias inovadoras e suporte contínuo de um enfermeiro estomaterapeuta, para mensurar a eficácia do processo e capacitar a equipe assistencial.

Palavras-chave: Governança clínica, lesões por pressão, gestão em saúde.

ABSTRACT

Health institutions have been receiving demanding clients concerned about the quality of care provided. In these institutions, corporate governance makes headway and earns credibility. It is due to the alignment of the management of the business and the management of the health care assistance keeping better results for both sides. As a part of this governance, clinical governance is a tool systematized into pillars of action, applicable to different contexts and health practices. This governance has been providing improvements in the quality of clinical care. It happens due to their policies and guidelines for maintaining and monitoring standards of good practices and results. In this way, as pressure injuries considered a negative factor influencing the assessment of indicator of the quality of care, and also have an impact on care costs, they become a suitable scenario to the application of the clinical governance for their care management. Conceptually, pressure injury is local damage to the underlying skin and / or soft tissues, usually on a bony prominence or related to the use of a medical device or other artifacts resulting from intense and / or prolonged pressure combined with other factors of risk. Based on the aforementioned, it is necessary more effectiveness in the management of this health problem in prevention and treatment moments. This study aimed to develop a pressure injury management tool of inpatients using the clinical governance tool. It is a Convergent Care Research characterized by improvements in healthcare and nursing practice through the introduction of innovations in this context. The data gathered in a systematic scoping literature review of the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Library, Scopus, e Web of Science databases. The sample of 63 articles analyzed was from 1999 to 2019 in Portuguese, Spanish and English. The main strategies identified were equipment and materials for prevention, good practices care, education and training, risk assessment, multi-professional involvement, related to the participation of managers in the process, audit, change in behavior and culture, administrative support, nutrition, implementation of a program for incontinent, selection of a team with an interest in the area, monthly control of indicators and dissemination of them, communication, commitment, records, wound commission, specialized professional, survey of equipment present at the institution and cost analysis. An instrument for the management of pressure injuries was created based on these results. The instrument has strategies of prevention directed at the interdisciplinary team and of measurements of the process effectiveness. It concluded that the management of pressure injuries must have the purpose of managing the prevention and treatment processes, providing adequate care for each type of client according to their risk of developing the injury. The literature review demonstrated that an incidence reduction of pressure injury in hospitals is needed, but to do that depends on the quality of nursing care associated with a whole process of strategic management of injuries. It is noteworthy that this process must have the involvement of managers, an interdisciplinary team and the use of innovative technologies, in addition to the continuous support of a stomatherapist nurse. The stomatherapist nurse can measure the effectiveness of the entire process and educate the entire care team about the issue.

Keywords: Clinical governance, pressure injuries, health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Governança das organizações 23
Figura 2 - Pilares da governança clínica 30
Figura 3 - Estrutura da pele 35
Figura 4 - Demonstrativo das formações das lesões por pressão (a) 38
Figura 5 - Demonstrativo das formações das lesões por pressão (b) 38
Figura 6 - Proeminências ósseas (parte dorsal do corpo) com maior risco para LP 40
Figura 7 - *Wordcloud* das palavras usadas nas estratégias encontradas nos artigos 70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Relação autores x estratégias 73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos de governança corporativa 24
Quadro 2 - Esquema de classificação das feridas 36
Quadro 3 - Classificação das lesões por pressão segundo o NPUAP 39
Quadro 4 - Definições adicionais às classificações das lesões por pressão, segundo o NPUAP 39
Quadro 5 - Escala de avaliação de risco de Norton 43
Quadro 6 - Escala de Waterlow adaptada para a língua portuguesa 43
Quadro 7 - Escala de avaliação de risco de Braden 44
Quadro 8 - Comparativo entre as escalas de risco 45
Quadro 9 - Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura 59
Quadro 10 - Agrupamento das estratégias por nível de prevenção e tratamento 70
Quadro 11 - Agrupamento das estratégias por pilar da governança clínica 71
Quadro 12 - Estratégias após agrupamento 72
Quadro 13 - Instrumento de gestão das LPs 74
Quadro 14 - *Check-list* para enfermagem 78
Quadro 15 - Publicações selecionadas 104
Quadro 16 - Agrupamento por pilar de governança clínica 109
Tabela 17 - Estratégias por gestão 110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Transparência de empresas brasileiras selecionadas 27
Tabela 2 - Publicações identificadas em cada base de dados 55
Tabela 3 - Publicações selecionadas segundo situação 55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Eventos Adversos
EPUAP	*European Pressure Ulcer Advisory Panel*
EUA	Estados Unidos da América
GEE	Grupo de Enfermagem em Enteroestomaterapia
GEEst	Grupo de Enfermagem em Estomaterapia
GICEE	Grupo de Interesse Clínico em Enfermagem em Enteroestomaterapia
GNDI	*Global Network of Director Institutes*
GRI	*Global Reporting Initiative*
HeGTA	*Healthcare Governance and Transparency Association*
IBCA	Instituto Brasileiro de Conselhos de Administração
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IDGC	Índice de Desenvolvimento da Governança Clínica
IGCLA	*Institutos de Gobierno Corporativo de Latino America*
IMC	Índice de Massa Corporal
JCI	*Joint Commission International*
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LP	Lesão por pressão
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MS	Ministério da Saúde
NHS	*National Health Service*
NPUAP	*National Pressure Ulcer Advisory Panel*
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
SNG/E	Sonda nasoentérica
SVD	Sonda vesical de demora
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVC	Úlcera Vasculogênica Crônica
WCET	*World Council of Enterostomal Therapists*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

2 REFERENCIAL TEÓRICO 22
2.1 Governança corporativa e governança clínica 22
2.1.1 Governança corporativa 22
2.1.2 Governança clínica 29
2.2 As lesões de pele 35
2.2.1 As lesões por pressão 37
2.3 A enfermagem e as lesões por pressão 47
2.3.1 Estomaterapia 49
2.3.2 O enfermeiro estomaterapeuta e a gestão do serviço 50

3 METODOLOGIA 52
3.1 Tipo de estudo 52
3.2 Coleta e análise de dados 54
3.3 Aspectos éticos 56

4 RESULTADOS 57
4.1 Resultados da revisão de literatura 57
4.2 Instrumento de gestão das lesões por pressão 73

5 DISCUSSÃO 79

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 84

REFERÊNCIAS 87

ANEXOS 99

APÊNDICES 104

1 INTRODUÇÃO

As instituições de saúde são empresas que necessitam de perenidade, sustentabilidade e eficiência na gestão de custos, uma vez que comercializam produtos e serviços a serem utilizados para custear tratamentos de saúde. Tem-se observado uma crescente competitividade entre essas instituições pela conquista de uma cartela de clientes. Isso tem exigido o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados, da gestão eficiente que garanta a manutenção da saúde financeira e ou lucro dessas organizações (CECHIN, 2008).

Essa concorrência, a exigência de prestação de serviços quanto à segurança dos pacientes, assim como os altos custos assistenciais têm fomentado a tendência no setor de saúde, nacional e internacional, de adotar sistemas e ou estratégias de gestão mais eficazes. Acredita-se que somente organizações com sistemas efetivamente implantados conseguirão sobreviver e crescer no longo prazo nesse mercado. Nesse cenário, a governança corporativa em saúde ganhou espaço ao buscar alinhar a gestão do negócio com a gestão da assistência à saúde do paciente, a fim de garantir melhores resultados para ambos (MENDES, 2002).

A governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas. As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com a finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da sua gestão, longevidade e o bem comum (LOTTENBERG, SAAD, MAZOLA, 2014).

Nesse sentido, um adequado modelo de governança pode contribuir para solucionar os conflitos advindos dos princípios de funcionamento de uma instituição de assistência à saúde, mantendo sua rentabilidade e equilíbrio financeiro. O desdobramento da governança corporativa em saúde, com enfoque na assistência ao paciente, é denominado de governança clínica. Esta é desenvolvida na lógica de processos contínuos baseados em atividades de melhoria da qualidade, identificação e gerenciamento de riscos, responsabilidade pessoal e desenvolvimento profissional contínuo (CROOK, 2002).

Lira et al. (2017) destacam que a governança clínica é sistematizada em seis pilares, sendo eles: gestão de riscos, educação e treinamento, auditoria clínica, efetividade clínica, pesquisa e desenvolvimento e transparência. Essas ações são desenvolvidas com foco na

padronização e melhoria da prática clínica, conforme proposta do *National Health Service* (NHS).

Ao utilizar como referência os princípios da governança clínica para desenvolver modelos de cuidados centrados no paciente para doentes crônicos, Buja et al. (2018) concluíram que ela permitiu um esforço integrado para reunir todas as atividades relacionadas ao caso, mesclando elementos ambientais, administrativos, de apoio e clínicos para assegurar uma abordagem coordenada e integrada, que sustentasse a prestação de um melhor atendimento às condições crônicas no cenário da atenção primária.

As lesões por pressão (LP) possuem relação direta com o aumento de gastos hospitalares, que são reconhecidamente superiores aos gastos com a sua prevenção. Estima-se que, nos Estados Unidos da América (EUA), os gastos com o tratamento dessas lesões variam entre US$2.000 e US$70.000 por paciente (BARSOTTI, 2014). Ademais, calcula-se que resultem em aumento no período de internação, devido à sua gravidade e possibilidade de complicações, sendo que nos EUA, entre 1990 e 2001, as LP foram responsáveis pelo óbito de 114.380 pessoas (REDELINGS; LEE; SORVILLO, 2005).

Essas lesões também podem determinar perdas na lucratividade do hospital por questões indenizatórias, uma vez que, por serem fenômenos evitáveis, os pacientes lesados e ou seus familiares têm a possibilidade de recorrerem a processos e ações judiciais, muitas vezes exitosas, podendo receber indenizações. Nos EUA, os convênios ou seguros saúde já se recusam a pagar pelos custos de pacientes que desenvolveram lesões em instituições de saúde. Eles passaram a responsabilizar o serviço que prestou assistência ao paciente integralmente pelos custos e tratamentos dessas lesões (REDELINGS; LEE; SORVILLO, 2005).

Para além do impacto financeiro, as lesões podem interferir na imagem da instituição, uma vez que, na busca por certificações e acreditações como as da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da *Joint Comission International* (JCI), aqueles hospitais que apresentam elevada incidência de LP são considerados com baixa qualidade assistencial.

Atualmente, no contexto de saúde, a imagem de uma instituição não certificada ou acreditada é negativa. Isso, reduz de forma determinante a sua confiabilidade para o mercado, seja sob o aspecto de investimento, seja do ponto de vista dos consumidores. Associam-se a isso, a perda dos valores adicionais pagos pelos planos de saúde, dependendo do nível de acreditação. N contexto das instituições públicas de saúde brasileiras, isso representa uma perda de recebimento de bônus e ou incentivos financeiros.

Considerando os danos mensuráveis e imensuráveis para a população portadora de LP ou em risco para elas, se faz necessária uma adequada gestão do cuidado assistencial no

contexto hospitalar para a sua prevenção e tratamento. A governança clínica pode contribuir para a melhoria da assistência à saúde como um todo, podendo contar ainda com o enfermeiro estomaterapeuta como importante aliado, uma vez que esse profissional se volta não apenas para os processos de gestão de recursos isoladamente mas, também, para a assistência de enfermagem.

Este estudo propõe um instrumento para auxiliar a gestão das LP, no contexto hospitalar, baseado nos princípios da governança clínica. Esse instrumento pode servir para o estabelecimento do processo de trabalho do enfermeiro estomaterapeuta no ambiente hospitalar. Para tanto, tem por objetivo geral, elaborar um instrumento de gestão das lesões por pressão nos pacientes em internação hospitalar, por meio da aplicação da ferramenta da governança clínica.

Por objetivos específicos

a) Levantar as estratégias utilizadas para gerir as LP no contexto hospitalar, por meio de revisão sistemática de escopo da literatura científica.
b) Descrever as estratégias utilizadas para prevenção e tratamento das LP em instituição hospitalar encontradas na literatura.
c) Desenvolver um instrumento que permita ao enfermeiro estomaterapeuta recursos para a gestão do cuidado nos âmbitos de prevenção e tratamento de LP no ambiente hospitalar, considerando os pilares da governança clínica.

Espera-se, com o resultado da pesquisa, obter subsídios para discussões sobre os entraves para a operacionalização dos protocolos assistenciais e suas possíveis repercussões nos indicadores de saúde, assim como, apresentar intervenções mais ativas de atores e instâncias da rede de cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes portadores de LP.

Este instrumento, possibilitará prestar um atendimento de melhor qualidade, aplicando, por intermédio dos resultados, ações e condutas mais assertivas, embasadas por custo/benefício, além da eficácia e eficiência do tratamento, a redução e controle da taxa de incidência e prevalência das LP e dos riscos de uma assistência com danos.

Mediante o contexto descrito, esta pesquisa se faz relevante, uma vez que pode contribuir para a melhor atuação do enfermeiro estomaterapeuta, por meio da utilização de instrumentos gerenciais, para o aprimoramento e o aumento da qualidade assistencial. Acredita-se que, por meio do gerenciamento de recursos e da assistência de enfermagem adequada para os clientes portadores de LP e ou que apresentem risco de desenvolvê-las durante sua internação, seja possível aumentar a satisfação dos clientes e familiares, a

segurança do cliente, bem como a otimização de recursos humanos, físicos, materiais e financeiros.

Esta dissertação está organizada em seis capítulos: esta introdução, que apresenta e contextualiza o tema e a problemática do estudo. No segundo capítulo, encontram-se os objetivos gerais e específicos delimitados para a pesquisa. O terceiro capítulo, traz a fundamentação teórica do estudo que versa sobre governança corporativa e clínica, lesões de pele e por pressão, além da atuação e especialização do enfermeiro estomaterapeuta. O quarto capítulo descreve a metodologia para o desenvolvimento da pesquisa Convergente Assistencial (PCA) utilizada. O quinto capítulo, elenca os resultados da pesquisa bibliográfica, bem como os instrumentos desenvolvidos para a gestão dos casos de LP em ambiente hospitalar – plano de ação e *check-list*. O sexto capítulo, discute as implicações de desenvolvimento dos instrumentos e suas aplicações no contexto de atuação do profissional estomaterapeuta. Por último, tecem-se as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Governança corporativa e governança clínica

Nos tópicos seguintes são apresentados os principais aspectos da governança corporativa e sua aplicação ao setor de saúde, constituindo a governança clínica.

2.1.1 Governança corporativa

A abordagem da governança corporativa remonta à década de 1970, nos Estados Unidos da América (EUA), ocasião em que irromperam escândalos envolvendo empresas com ações nas bolsas de valores locaiL. Essa situação mostrou a fragilidade dos mecanismos de gestão e controle das empresas, indicando elevados riscos para seus *stakeholders*.

A partir desses eventos, as bolsas de valores norte-americanas passaram a exigir que as empresas com ações negociadas atendessem a requisitos mínimos de divulgação de informações e de transparência quanto às demonstrações financeiras. Em seguida, a Bolsa de Valores de New York passou a exigir a formação de comitês de auditoria nessas empresas, sendo estes constituídos por conselheiros externos e independentes. Em 1992, na Inglaterra, após novos escândalos no setor financeiro, foi instituída a Comissão *Cadbury* que resultou no primeiro código de governança, que recebeu a denominação de Relatório *Cadbury* (SANGOI, 2018).

Esse movimento se estendeu à Europa e, ao final da década de 1990, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) lançou as diretrizes de governança, incentivando os países membros e os não membros a adotarem seus princípios (FONTES FILHO, 2009). No Brasil, esse movimento se manifestou mais tardiamente, ganhando corpo a partir da abertura do mercado nacional e se fortalecendo a partir dos anos 2000 (SANGOI, 2018). A governança corporativa, inicialmente, foi discutida e implementada no âmbito das empresas de capital aberto. Contudo, atualmente, o tema atinge empresas de diferentes tipos e portes, sendo recomendada a adoção de seus princípios tanto para empresas privadas como públicas (FONTES FILHO, 2009).

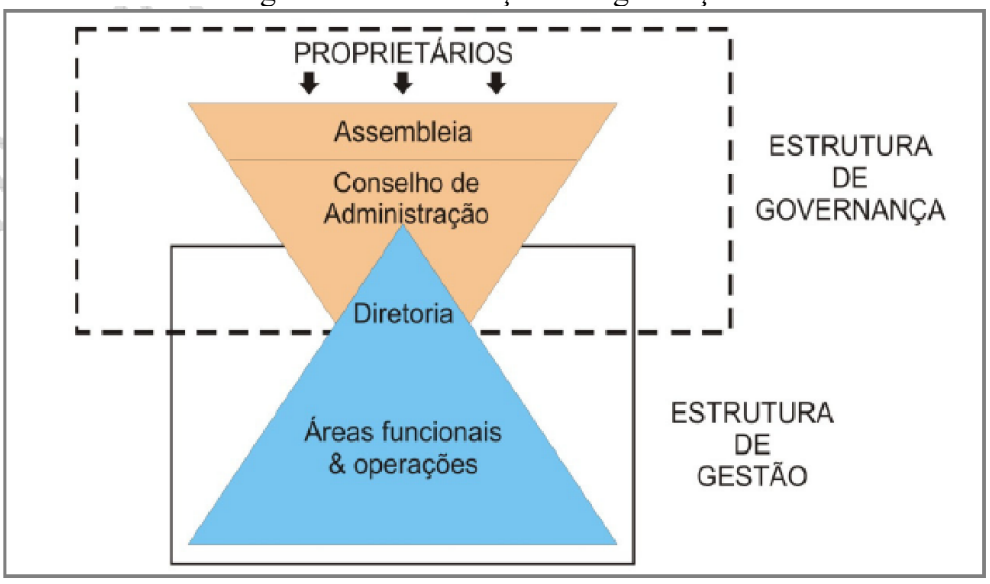
No Brasil, o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) foi fundado em 1995, como uma “associação de âmbito nacional, sem fins lucrativos - exclusivamente dedicada à promoção da governança corporativa no Brasil e o principal fomentador das práticas e discussões sobre o tema no país, tendo alcançado reconhecimento nacional e

internacional" (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA , 2015, p. 3). Ressalta-se que a sua criação ocorreu por iniciativa de um administrador de empresas, Bengt Hallqvist e de um professor e consultor, João Bosco Lodi, sob a denominação de Instituto Brasileiro de Conselhos de Administração (IBCA), nomenclatura alterada em 1990, por ocasião da evolução da abordagem para a temática da governança corporativa, passando, então, a ser denominado de Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC).

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa [2019b?] atua no desenvolvimento e disseminação de boas práticas de governança, aplicando-as internamente. Além disso, "hospeda as atividades da *Global Reporting Initiative* (GRI) no Brasil", a organização também "integra a rede de *Institutos de Gobierno Corporativo de Latino America* (IGCLA) e o *Global Network of Director Institutes* (GNDI), grupo que congrega institutos relacionados à governança e oconselho de administração ao redor do mundo". Atualmente, o IBGC é considerado referência em vários países no tema governança corporativa, sendo também reconhecido e respeitado como centro independente de pesquisa e difusão de conhecimentos sobre o assunto (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, [2019b?]).

Fontes Filho (2009) destaca que os aspectos relativos à governança corporativa são distintos daqueles relacionados à gestão, sendo que os primeiros se referem a decisões estratégicas sobre a condução da empresa, enquanto os segundos se referem à aplicação dessas decisões em nível operacional. Essa divisão de atribuições pode ser observada na Figura 1.

Figura 1 – Governança das organizações



Fonte: Fontes Filho (2009, p. 35)

A estrutura de governança envolve os proprietários, que devem decidir sobre a forma de explorar a propriedade e acompanhar o trabalho dos executivos. Estes, por sua vez, são responsáveis por implementar as decisões dos proprietários, de maneira eficiente e eficaz. Neste ponto, convém apresentar os conceitos de governança corporativa, que variam segundo o autor que a elabora, conforme pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 – Conceitos de governança corporativa

Autor	Conceito
Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)	É o sistema segundo o qual as corporações de negócios são dirigidas e controladas. A estrutura da governança corporativa especifica a distribuição dos direitos e responsabilidade entre os diferentes participantes da corporação, além de definir as regras e procedimentos para a tomada de decisão em relação às questões corporativas.
Comissão de Valores Mobiliários (CVM)	É o conjunto de práticas que tem por finalidade otimizar o desempenho de uma companhia ao proteger todas as partes interessadas, tais como investidores, empregados e credores, facilitando o acesso ao capital.
Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC)	É o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

Fonte: Comissão de Valores Mobiliários (2002, p. 1); Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2015, p. 20); Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico *apud* Andrade; Rossetti, 2009, p. 138.

Os três conceitos revelam a evolução das boas práticas de governança, uma vez que ampliam o escopo inicial de direção e controle de empresas e da otimização do desempenho e proteção às partes interessadas, para envolver o entorno da organização. A governança passa a envolver também os interessados externos à empresa, como por exemplo, órgãos de fiscalização e demais partes, revelando que ela sofre influência e influencia os ambientes interno e externo. Isso, denota que os efeitos das práticas corporativas afetam mais do que a própria organização e o seu desempenho está relacionado também às consequências das decisões internas.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2015) baseia a governança corporativa em quatro princípios básicos: transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa. A transparência se refere à oferta de informações às partes interessadas, de maneira global, sem limitações impostas por regulamentos ou normas, contemplando todos os aspectos que orientam a gestão da organização e permitem a sua continuidade. A equidade está relacionada ao tratamento isonômico e justo a todos os envolvidos – sócios e *stakeholders* -, considerando os direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas de cada um deles. A prestação de contas, também denominada de *accountability*, deve ser clara, objetiva e concisa, em tempo certo e seus responsáveis devem assumir a responsabilidade pelas consequências de suas decisões e omissões. E, por fim, a

responsabilidade corporativa, segundo a qual os ativos da empresa devem ser tratados com cautela, visando a viabilidade econômico-financeira, a redução das externalidades negativas do negócio, preservando e aprimorando as positivas, considerando-se o curto, médio e longo prazos, como ainda, oferecer proteção aos diferentes tipos de capitais da organização (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2015).

Ressalta-se que, na governança corporativa, a cultura da organização recebe atenção e desvelo por influenciar diretamente a conduta dos indivíduos, na medida em que trata dos valores e crenças comuns compartilhados no âmbito da empresa. De maneira sucinta, Robbins (2005, p. 375) define cultura organizacional como "um sistema de valores compartilhado pelos membros que diferencia uma organização das demais". Entretanto, dentro da cultura dominante em uma empresa podem surgir subculturas, que são compartilhadas apenas pelos membros daquele grupo, apesar de serem mantidos os valores essenciais da cultura dominante. Quanto mais forte a cultura organizacional, maior o seu impacto no comportamento dos indivíduos que ali atuam, aumentando a consistência desse comportamento, gerando coesão. A cultura organizacional, quando forte o suficiente, atua " como um substituto da formalização" (ROBBINS, 2005, p. 377).

Nesse sentido, adquire importância o sistema de *compliance* ou conformidade, que deve ser "entendido em sentido amplo, como a busca permanente de coerência entre aquilo que se espera de uma organização – respeito a regras, propósito, valores e princípios que constituem sua identidade – e o que ela de fato pratica no dia a dia" (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2017, p. 8). O *compliance* deve ser adotado e entendido nas organizações como ferramenta de atendimento e cumprimento a leis, normas e regras, internos e externos. É demandada coerência entre pensamento, discurso e ação. Assim, deve-se entender que o *compliance* é uma função estratégica e não operacional, cuja atuação permeia toda a organização (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2019a). O *compliance* permite que a organização revele transparência nas suas ações, enquanto a governança busca indicar o alinhamento dos gestores e dos processos de gestão. Assim, o *compliance* se mostra complementar à governança, uma vez que trata do cumprimento de normas e da gestão de riscos, favorecendo a ética demandada pela boa governança.

Observa-se não somente o recrudescimento da legislação e da fiscalização, que estão cada vez mais severas, mas também, que a sociedade em geral e os clientes das empresas se tornaram mais exigentes e conhecem com maior profundidade seus direitos. A não conformidade gera, portanto, custos cada vez mais elevados, seja devido a processos judiciais

ou administrativos, seja pela sua divulgação, que impacta diretamente a imagem e o valor das organizações, entre outros aspectos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA, 2017).

Para que o *compliance* atinja seu objetivo e seja eficiente e eficaz, é necessária a adesão do alto escalão da empresa, isto é, o comprometimento explícito da alta gestão, fomentando uma cultura ética e uma conduta consistente com os valores e a legislação vigentes. Nesse sentido, o sistema de *compliance* busca atuar em três aspectos: prevenir, detectar e responder (IBGC, 2019a).

No aspecto de prevenção, estão incluídos: a avaliação de riscos, que se materializam quando normas e regras não são cumpridos; políticas e procedimentos, que devem detalhar regras para situações específicas; estrutura, que envolve a harmonização de processos e pessoas; e comunicação e treinamento, que permite que todos os envolvidos tenham conhecimento das políticas de *compliance* adotadas pela organização e recebam treinamento adequado para sua aplicação (IBGC, 2019a).

Na detecção, devem ser observados os seguintes aspectos: monitoramento da adequação e cumprimento das normas institucionais e legais e corrigidas as discrepâncias encontradas; e a criação de canais de denúncia, que permitam manifestação dos públicos interno e externo, garantindo o anonimato, sigilo e confidencialidade, quando necessário ou desejável, prevendo avaliação criteriosa e ações de correção adequadas a cada caso, permitindo ao denunciante o acompanhamento da situação de forma transparente e responsável (IBGC, 2019a).

Sob o aspecto da resposta, devem ser observados: a instauração de procedimentos de investigação; medidas disciplinares e remediação dos eventos, sendo importante a identificação da raiz do problema e das vulnerabilidades do sistema, de forma a que os envolvidos tenham um tratamento equitativo; que haja previsão de ações em resposta aos acontecimentos nas políticas da organização; e, também, a instituição de um sistema de reporte, que permita levar à alta administração da organização desses eventos, favorecendo o monitoramento e avaliação do sistema de *compliance* (IBGC, 2019a).

O *compliance,* no Brasil, teve seu desenvolvimento mais acentuado a partir do advento da Lei nº 12.846, de 2013, também conhecida como ‘Lei Anticorrupção’, que prevê a responsabilização objetiva de empresas que praticam atos lesivos à administração pública, em âmbito nacional e internacional, cuja entrada em vigor se deu a partir do ano seguinte, 2014. Recente, algumas empresas brasileiras mantêm programas de *compliance* considerados bastante avançados. Exemplos desses programas são aqueles implantados pela Embraer,

Votorantin Cimentos e Neoenergia, entre outros. Contudo, muitas empresas que possuem programas anticorrupção efetivos apresentam menor transparência organizacional, conforme exemplos apresentados na Tabela 1 (FRANCO, 2018).

Tabela 1 – Transparência de empresas brasileiras selecionadas

Empresa	Programa anticorrupção (%)	Transparência organizacional (%)	Média
Neoenergia	100	100	10,0
Votorantin Cimentos	100	100	10,0
EDP – Energias do Brasil	92	100	9,6
CPFL Energia	88	100	9,4
Embraer	100	75	8,8
BTG Pactual	96	75	8,6
Banco do Brasil	92	75	8,4
Rede D'Or São Luiz	88	75	8,2
Azul Linhas Aéreas	62	100	8,1

Fonte: Franco, 2018.

A adoção da governança corporativa tem sido recomendada para todos os tipos de empresas de diferentes portes, inclusive para hospitais. Os hospitais, atualmente, operam em um ambiente altamente competitivo, com pacientes mais informados e cientes dos seus direitos. Contam ainda, com um amplo leque de tecnologias que oferecem tratamentos para situações que antes eram consideradas impossíveis de serem tratadas. Tudo isso, em um ambiente econômico que exige a racionalização do uso de recursos, pois a assistência à saúde apresenta elevado custo. A gestão dessas unidades tende a assumir, cada vez mais, ferramentas da administração de empresas e seus instrumentos de avaliação. A complexidade e especificidade do ambiente hospitalar demanda ajustes nos princípios da governança corporativa para sua adequação a esse tipo de organização.

Como exemplo dessa adesão pode-se citar o estudo desenvolvido por Lira et. al. (2017), que contemplou uma unidade hospitalar privada de São Paulo, reconhecendo que a introdução das práticas de governança corporativa levou a unidade a mostrar que o Conselho de Administração se tornou o catalizador das iniciativas de governança, contando com o apoio dos demais gestores para decisões mais rápidas em cada setor. Além disso, foi identificado que as barreiras encontradas para tal prática foram poucas. Porém, o impacto na gestão do empreendimento revelou o engajamento dos gestores buscando instaurar "decisões mais céleres e pelas pessoas adequadas, um melhor alinhamento de esforços por toda a organização; um propósito voltado na (sic) redução de riscos e proteção dos administradores e um esforço direcionado a uma prestação de contas mais efetiva (*accountability*)" (LIRA et al., 2017, p. 242).

A adoção das práticas de gestão corporativa contribuiu, no estudo supracitado, para aperfeiçoar e alinhar as estratégias estabelecidas, melhorar a estrutura da organização, no estabelecimento de normas e regras transparentes nos diferentes níveis hierárquicos, celeridade e formalização da tomada de decisões, como também, a formação de uma cultura de controle de monitoramento de resultados. Contudo, uma das dificuldades enfrentadas foi a cultura organizacional existente, moldada pela resistência às mudanças. Os autores destacam que os principais resultados positivos foram alcançados sob o aspecto da gestão, envolvendo linha decisória definida com mais clareza, alinhamento dos esforços em todos os níveis da organização e desenvolvimento de lideranças (LIRA et al., 2017).

Zanata, Trevisan e Baggio (2018) analisaram o caso de um hospital filantrópico da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, participante de uma rede, que implementou as boas práticas de governança corporativa propostas pelo IBGC. Os autores ressaltam que a governança corporativa está presente no nível da rede e que a instituição hospitalar estudada ao operacionalizar suas práticas atingiu nível satisfatório na gestão comparativamente às outras unidades que compõem o grupo.

Outra iniciativa no setor hospitalar é a da rede Unimed do Brasil, que implantou um manual próprio de governança cooperativa compartilhado por todo o sistema, mediante adaptação das boas práticas preconizadas pelo IBGC para o sistema cooperativista (ALVES; D'AMARIO, 2013).

O sistema cooperativista tem normas próprias e, isso, implica também em adaptação do conceito de governança corporativa para um "conjunto de mecanismos e controles, internos e externos, que permite aos cooperados definir e assegurar a execução dos objetivos da cooperativa, garantindo sua continuidade e os princípios cooperativistas" (ALVES; D'AMARIO, 2013, p. 23). Após 2012, a rede Unimed promoveu o lançamento do Selo Nacional de Governança, que visa avaliar a incorporação das práticas de governança e seu desenvolvimento por todo o sistema. Apesar de apresentar evolução, ainda são constatadas dificuldades inerentes à capacitação de gestores para o desenvolvimento de um comitê de auditoria interna, entre outros aspectos (ALVES; D'AMARIO, 2013).

Seguindo essa tendência de transparência no setor assistencial, o Hospital Napoleão Laureano, especializado em tratamento de câncer, localizado em João Pessoa, no Estado da Paraíba, publicou em 2018 o seu Relatório de Governança Corporativa, apresentando dados estatísticos, contábeis e financeiros da instituição. Esse relatório objetivou mostrar as ações desenvolvidas pela instituição para ampliação dos serviços e atendimento ao público externo e

também a empregados. É, portanto, o início de uma ação pautada na transparência, com a divulgação de dados e informações (HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, 2018).

2.1.2 Governança clínica

O termo governança clínica surgiu em 1997, introduzido pelo sistema de saúde britânico, o *National Health Service* (NHS), com o objetivo de tornar a assistência à saúde mais eficiente, aprimorando sua capacidade de planejar, formular e implementar políticas, por meio de uma visão mais abrangente dos cuidados clínicos prestados (BUETOW; ROLAND, 1999; MORRIS; JOHNSON, 1999).

Os antecedentes revelam que os cuidados de saúde oferecidos à população do Reino Unido eram marcados por alta variabilidade, resultados questionáveis e baixa qualidade. O pagamento indireto, por meio de seguros ou tributação, pelos serviços de saúde instauraram uma regulação baseada em aspectos financeiros, tolhendo a autonomia dos profissionais de saúde na oferta de serviços adequados. Para isso, contribuiu também a falta de evidências científicas para algumas práticas e a falta de controle de qualidade dos serviços públicos. Constituem exemplos dessa situação os casos de falhas nos programas de rastreamento de câncer de mama, os resultados indesejados de cirurgias cardíacas pediátricas, que continuavam a ser executadas a despeito dos resultados inferiores aos esperados e a baixa qualidade dos atendimentos individuais, situações que colocaram em discussão a qualidade da assistência médica britânica e a sua capacidade de gerenciar seus próprios padrões (BUNCH, 2001).

O governo eleito adotou uma nova abordagem de incentivo à colaboração e responsabilização dos envolvidos, visando uma mudança de foco nessa relação, que saiu da abordagem financeira para a da qualidade. Contudo, o aspecto financeiro foi contemplado como componente da qualidade, ou seja, qualidade da assistência prestada demonstrada pelo número de pacientes atendidos, tempo de espera e resultados obtidos (BUNCH, 2001).

Essa nova abordagem, nomeada de governança clínica, aumentou a responsabilidade dos diretores clínicos sobre o treinamento e desenvolvimento das suas equipes, bem como o incentivo da adoção de auditorias, gerenciamento de riscos e práticas baseadas em evidências (MORRIS; JOHNSON, 1999). Essa mudança de orientação encontrou dificuldades, especialmente, nos ambientes das instituições de assistência à saúde, em que atuam diferentes categorias profissionais, cada uma com cultura própria, além daquela dominante na organização.

Atualmente, a governança clínica se apoia em seis pilares, conforme apresentado na Figura 2. Os pilares da governança clínica são: efetividade da intervenção clínica; auditoria clínica eficaz e participativa; gestão eficiente dos riscos e eventos adversos para pacientes e profissionais; educação e treinamento de profissionais; desenvolvimento e investigação; e transparência em todos os processos e relações interpessoais (HEYRANI et al., 2012; SARCHIELLI et al., 2016).

Figura 2 – Pilares da governança clínica

Fonte: Governance Care (2019, p. 1)

A efetividade da intervenção clínica está relacionada ao planejamento da assistência, tomando como referência evidências científicas, com aplicação controlada, analisada e aprimorada, visando garantir o melhor resultado assistencial e o melhor custo-efetividade. Assim, se trata da medida em que uma ação melhora o estado de saúde do paciente que a recebe. A efetividade clínica pode ser alcançada por meio da elaboração de normas orientadoras baseadas em evidências, levando em consideração os aspectos relativos à eficiência e à segurança (SANTOS; SÁ, 2010).

A auditoria clínica se refere à análise crítica dos resultados e da sistemática da qualidade dos cuidados. A auditoria objetiva a melhoria do desempenho, tomando como ponto de partida a conscientização das não conformidades em direção à melhoria da prática e dos processos de trabalho. Em geral, essa auditoria visa promover mudanças na prática profissional, assumindo um caráter educativo (GOMES et al., 2015). Ela trata de aspectos qualitativos da assistência e, para tanto, é baseada em cinco etapas, quais sejam: seleção de

um problema, definição de padrões, coleta dos dados, análise dos resultados, implementação das mudanças necessárias e nova auditoria.

O objetivo da auditoria clínica a distingue dos demais tipos de auditorias, uma vez que sua aplicação oferece a oportunidade de identificação de pontos específicos para melhoria da assistência, não se limitando a aspectos documentais ou financeiros, entre outros. Como exemplos, podem ser citados como problemas o tempo que os pacientes aguardam pelo atendimento em determinado setor, a recomendação das diretrizes e protocolos para a situação, a coleta de dados sobre o tempo de espera dos pacientes para atendimento no setor durante determinado período, a comparação entre o tempo de espera para atendimento no setor determinado e aquele preconizado por diretrizes e protocolos, desenvolvimento e implementação de ações para corrigir a discrepância encontrada e nova auditoria para verificar os resultados obtidos. A constatação de mudanças efetivas e satisfatórias fecha o ciclo da auditoria clínica (LIMB et al., 2017).

A gestão eficiente dos riscos e eventos adversos para pacientes e profissionais se refere à gestão sistemática dos processos da organização, visando a segurança dos pacientes e profissionais envolvidos com a assistência à saúde e a redução dos danos e prejuízos decorrentes das atividades desenvolvidas. Deve-se levar em consideração que os cuidados em saúde constituem atividade de elevada complexidade, cujos resultados guardam importante nível de incerteza e seu potencial de danos envolve não só os pacientes, mas também, os profissionais e a própria organização (SANTOS; SÁ, 2010). Torna-se fundamental o gerenciamento dos riscos associados ao exercício da prática assistencial e também do ambiente em que o cuidado é prestado (GOMES et al., 2015).

A educação e o treinamento estão relacionados à oferta de atualização e treinamento adequados aos profissionais, favorecendo o acesso e o conhecimento das melhores práticas e evidências. Atualmente, são produzidos novos conhecimentos e alterados resultados pertinentes àqueles já existentes, muitas vezes, com aprimoramento e velocidade, o que torna fundamental que os profissionais se mantenham atualizados (SANTOS; SÁ, 2010).

O desenvolvimento e a investigação estão ligados à aplicação de normas de orientação clínica, implementação de protocolos baseados em evidências, monitoração e controle, favorecendo o aprendizado e a melhora contínua dos resultados (SANTOS; SÁ, 2010).

Por fim, a transparência em todos os processos e relações interpessoais se refere à necessidade de implantar uma cultura de transparência em que todas as ações e resultados sejam mensurados e as informações decorrentes sejam compartilhadas. A divulgação de ações e resultados, resguardados o sigilo quanto aos pacientes e profissionais envolvidos, é uma

prática desejável, uma vez que pode contribuir para o aprendizado organizacional e o fortalecimento das equipes e da própria instituição (SANTOS; SÁ, 2010).

O desafio da governança clínica de transformar a cultura e a prestação de serviços torna fundamental a aplicação de todos os seus pilares, dada a sua interdependência, com amplo entendimento em todos os níveis da organização assistencial (DONALDSON; HALLIGAN, 2001). Machado (2014) assevera que antes da implantação da governança clínica é necessário realizar as seguintes etapas: rever as crenças e normas vigentes na organização, identificar e selecionar as boas práticas já constituídas e formalizar a contratualização com os envolvidos, ou seja, firmar alianças e parcerias por meio da adesão de todos os profissionais às novas diretrizes. Somente a partir daí é que se tornará possível a implantação dos princípios da governança clínica. Quanto à implantação dos pilares da governança, não se tem uma ordem estabelecida, sendo esta definida pelas características da organização, porém, devem ser constituídas equipes para a sua coordenação, informação e comunicação junto aos profissionais envolvidos.

Em Portugal, a governança clínica foi aplicada nas estruturas organizativas adotadas pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados, sendo baseada em três pilares essenciais: foco na saúde e bem-estar, envolvimento de todos em todos os níveis e orientação para resultados. O primeiro pilar, se refere ao foco da assistência voltado aos pacientes, à comunidade e aos subgrupos populacionais com necessidade de cuidados especiais, para, em seguida, voltar a atenção para a organização e seus processos. O segundo pilar, se relaciona ao fato de que a gestão clínica demanda o envolvimento e a responsabilização de todos os profissionais, pacientes e comunidade. O terceiro pilar, objetiva desenvolver uma cultura de avaliação de processos e de resultados clínicos e de saúde em todos os níveis, incluindo desde os profissionais até as unidades funcionais (SANTOS; SÁ, 2010).

O Egito, por meio do *Healthcare Governance and Transparency Association* (HeGTA), também aderiu à governança clínica, objetivando melhorar o padrão dos serviços prestados. O resultado foi a elaboração de um guia com diretrizes que conjugam a governança corporativa e a clínica, visando prover às instituições públicas e privadas condições para uma gestão sólida e eficaz. O HeGTA trata a governança clínica como parte da governança corporativa, indicando que ela eleva a prestação de cuidados de alta qualidade ao mesmo patamar de importância que o desempenho operacional e financeiro, auxiliando a organização assistencial a sobreviver e competir no complexo cenário atual. São indicados como componentes-chave da boa governança clínica os seguintes aspectos: práticas adequadas de

recrutamento, treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; práticas adequadas de pesquisa e desenvolvimento; auditoria clínica; eficácia clínica; gerenciamento de riscos clínicos para os pacientes, os profissionais e para a organização; gerenciamento de informações, envolvendo registros médicos e registros eletrônicos de saúde, sistema de triagem e relatórios (relatórios de incidentes; de ocorrências; obrigatórios; voluntários); paciente e envolvimento público(HEALTHCARE GOVERNANCE AND TRANSPARENCY ASSOCIATION , 2014).

Baseado na experiência do NHS, o governo da Nova Zelândia também adotou em seu sistema de saúde a governança clínica, porém, encontrou dificuldades para mensurar seu desenvolvimento. Para tanto, foi criado um Índice de Desenvolvimento da Governança Clínica (IDGC), que foi aplicado aos conselhos de saúde distritais neozelandeses, visando comparar o desempenho das unidades e também no longo do tempo (GAULD; HORSBURGH, 2014).

O IDGC foi composto por questões com respostas em escala *Likert* com as seguintes opções: ótima extensão, alguma extensão, nenhuma extensão, não sei, e perguntas com opções sim, não e não sei para as respostas. As questões contemplaram os seguintes aspectos: o conselho procurou promover o desenvolvimento de liderança clínica; o gerenciamento executivo procurou promover desenvolvimento de liderança clínica; o principal executivo procurou permitir forte liderança e tomada de decisões; qualidade e segurança extensas são o objetivo de todas as iniciativas clínicas; qualidade e segurança extensas são o objetivo de todas as iniciativas administrativas; profissionais de saúde são envolvidos como participantes plenos em toda a governança e nos processos de tomada de decisão; profissionais de saúde são envolvidos em parceria com a gerência em decisões compartilhadas e de responsabilização; a gerência procurou identificar líderes clínicos; o hospital deu responsabilidade ao médico na tomada de decisão em sua área de atendimento clínico. As perguntas envolveram os seguintes aspectos: possui diretoria/gerência estabelecida de governança garantindo parceria entre profissionais de saúde e gestores; você sente que tem tempo suficiente para envolver-se em liderança clínica ou programas de desenvolvimento (GAULD; HORSBURGH, BROWN, 2011).

A primeira pesquisa foi realizada em 2010 e mostrou que o desempenho da governança clínica atingiu 46%, subindo para 54% em 2012. Os autores consideraram mediano o resultado obtido, verificando também que houve grande discrepância entre as unidades avaliadas. Porém, o IDGC indicou as áreas mais críticas e que merecem maior atenção para alcançar desempenho satisfatório (GAULD; HORSBURGH, 2014).

Fardazar et al. (2015) buscaram realizar um diagnóstico em quatro instituições hospitalares do Irã mediante aplicação de um questionário a 430 participantes de diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, profissionais do setor de diagnóstico e equipe de suporte). Os autores identificaram que, apesar das instituições se acharem em condições de implantar a governança clínica, essa percepção não era condizente com a realidade. Entre os aspectos considerados deficientes, os autores ressaltaram que a principal falha residia no estabelecimento de um planejamento de programa de melhoria da qualidade (FARDAZAR, 2015).

Veenstra et al. (2017) pesquisaram junto a 24 profissionais de saúde de um hospital universitário, líder em governança clínica na Holanda, os aspectos considerados fundamentais para a governança clínica. O resultado da pesquisa mostrou que os pesquisados valorizaram aspectos relativos a um processo ascendente para a abordagem à governança clínica, propriedade, trabalho em equipe, aprendizagem com erros e *feedback*. Na opinião dos pesquisados, a governança clínica é uma prática baseada em valores, abordagem que tem o objetivo de oferecer cuidados de saúde da mais alta qualidade possível e garantir a segurança dos pacientes. Os pesquisados afirmaram que a abordagem aos níveis de hierarquia inferiores, de forma efetiva sobre o trabalho em equipe, é crucial para a alta qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Assim como, a busca de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade é sustentada pelo aprendizado contínuo, com responsabilidade compartilhada, bons relacionamentos e colaboração entre profissionais de saúde, gerentes e pacientes (VEENSTRA et al., 2017).

Por fim, Poscia et al. (2018) buscaram identificar se a governança clínica afeta a qualidade dos registros médicos, por meio de uma avaliação de 47 enfermarias hospitalares e 1.458 prontuários italianos. O resultado da pesquisa mostrou que há relação positiva entre a qualidade dos registros médicos e responsabilidade (prestação de contas) e auditoria clínica. Contudo, o gerenciamento de risco não mostrou relação com a qualidade dos registros médicos. Os autores concluíram que a governança clínica influencia a qualidade dos cuidados de saúde, inclusive em termos de qualidade dos registros médicos nos prontuários dos pacientes (POSCIA et al., 2018).

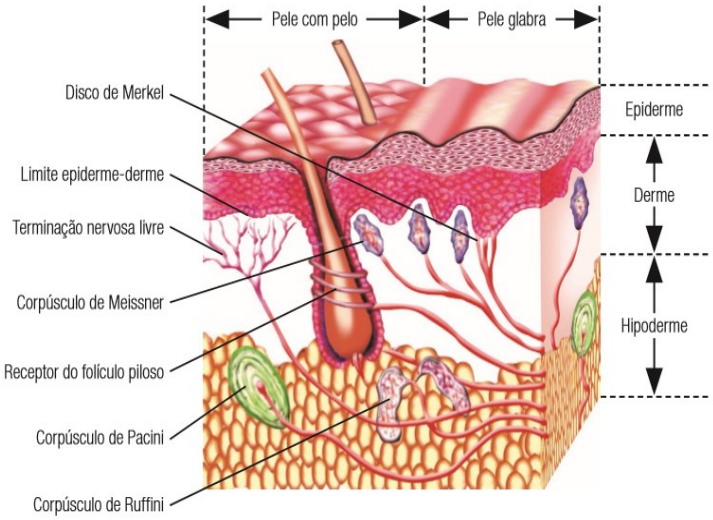
Diante do exposto, observa-se que a governança clínica está diretamente relacionada à governança corporativa, sendo sua aplicação dependente da estratégia adotada pela alta gestão da organização, como também, da abordagem à sua cultura organizacional. Para implementação da governança clínica, a diretoria clínica deve estar alinhada com a gestão estratégica da organização, divulgando as diretrizes a serem adotadas, orientando

adequadamente sua equipe e promovendo os treinamentos necessários para que sejam atingidos os objetivos de melhoria da qualidade da assistência.

2.2 As lesões de pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando 16% do peso corporal. Ela é constituída por duas camadas germinativas do processo embrionário, a ectoderme e a mesoderme. A ectoderme origina a epiderme, o revestimento mais externo formado por várias camadas de células, sem vascularização, com a função de proteção. A mesoderme dá origem à derme, que é a camada intermediária na qual se situam os vasos, nervos e anexos cutâneos. Na continuidade da derme está a hipoderme ou subcutâneo, cuja função principal é o depósito nutritivo de reserva, assim como a união com os órgãos adjacentes (Figura. 3) (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004).

Figura 3 - Estrutura da pele



Fonte: Geovanini (2019, p. 49)

A pele tem vários papéis, dentre eles, estabelecer uma barreira física entre o corpo e o meio ambiente, impedindo a penetração de microrganismos e a termorregulação. Possui fibras nervosas que são responsáveis pelas sensações de calor, frio, dor, pressão, vibração e tato. As glândulas sebáceas produzem substância lubrificante e emulsificante, formando o manto lipídico da superfície cutânea, com atividades antibacteriana e antifúngica (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004). Preservar a sua integridade é uma atitude fundamental para a manutenção da homeostase corporal.

Inúmeras situações podem acometer a integridade da pele, resultando em soluções de

continuidade, conhecidas comumente como feridas, que podem atingir desde a epiderme até a fáscia muscular, chegando a expor as estruturas mais profundas. Entretanto, o termo ferida é utilizado como sinônimo para lesão tecidual, deformidade ou solução de continuidade em qualquer outra estrutura do corpo. Fatores como pressão, traumas mecânicos, químicos, físicos e isquêmicos e, também, fatores intencionais, como nos casos de cirurgias, podem resultar em feridas (DEALEY, 2008; GEOVANINI, 2019).

As feridas são classificadas de acordo com critérios como etiologia, comprometimento tecidual, evolução, complexidade e presença ou não de infecção, sendo que uma mesma ferida pode enquadrar-se em uma ou mais classes. Essa classificação pode variar segundo o referencial teórico utilizado pelo autor (Quadro 2). Destaca-se, entretanto, que essa classificação é importante para o profissional de saúde, pois auxilia em sua avaliação diagnóstica e na escolha do tratamento mais adequado (GEOVANINI, 2019).

Quadro 2 – Esquema de classificação das feridas

Critério para classificação	Tipo de lesão	Exemplo de lesão
1 Etiologia	1.1 Acidentais ou traumáticas	Contusões, escoriações, lacerações, incisões, perfurações, queimaduras etc.
	1.2 Intencionais ou cirúrgicas	Incisões cirúrgicas
	1.3 Patológicas	Pé diabético, úlceras vasculogênicas
	1.4 Iatrogênicas	Incisões cirúrgicas, traqueostomias, ostomias
	1.5 Causadas por fatores externos	Lesões por pressão
2 Comprometimento tecidual	2.1 Feridas superficiais	Escoriações, incisões cirúrgicas simples, úlceras em estágio inicial
	2.2 Feridas profundas	Úlceras em estágio avançado, perfurações ou lacerações profundas, queimaduras de segundo e terceiro graus
3 Evolução	3.1 Agudas	Feridas traumáticas e acidentais
	3.2 Crônicas	Feridas patológicas, feridas complexas
4 Complexidade	4.1 Simples	Incisões, escoriações, contusões superficiais
	4.2 Complexas	Feridas patológicas crônicas infectadas e em estágio avançado (Pé diabético, lesões por pressão, úlceras vasculogênicas)
5 Presença ou não de infecção	5.1 Limpas ou assépticas	Incisões cirúrgicas
	5.2 Limpas contaminadas	Lesões traumáticas recentes
	5.3 Colonizadas	Lesões traumáticas tardias
	5.4 Infectadas ou sépticas	Feridas complexas

Fonte: Geovanini (2019, p. 57)

Esses diferentes tipos de feridas atingem a população em geral, principalmente os pacientes hospitalizados e ou com condição de saúde fragilizada, independentemente de sexo, idade e ou etnia. Não há registros epidemiológicos nacionais sobre a ocorrência de feridas, entretanto, sabe-se que há inúmeros pacientes com estas ocorrências pela simples observação do cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2013b)ou, ainda, pelas causas de morbimortalidade no Brasil, como as externas e o câncer, que demandam internações prolongadas, assim como tratamentos continuamente espoliativos. Essa situação se tornou alvo de preocupação dos gestores dos serviços de saúde para além da sua importância no quesito custo, como também, em função dos impactos éticos, sociais e legais, o que determinou a implementação de medidas de prevenção e dos indicadores de qualidade relacionados a tal agravo (ROLIM et al., 2013).

Os cuidados com a pele são atividades inerentes ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem. A sua concretização demanda sistematização da assistência de enfermagem baseada na implementação e na divulgação dos protocolos de prevenção e tratamento das feridas, na qualificação profissional e na educação em saúde para pacientes, familiares e acompanhantes (MITTAG et al., 2017). Prevenir, avaliar e tratar uma ferida como responsabilidade quase que exclusiva da enfermagem, também requer conhecimentos sobre os fatores de risco, a fisiologia, a anatomia e as etapas do processo de cicatrização (MOREIRA et al., 2009; ROLIM et al., 2013). Tal situação determina atualização e aperfeiçoamento desses profissionais, especialmente do enfermeiro, pois a prevenção e o tratamento são dinâmicos e influenciados pelas evoluções científica e tecnológica em saúde (MITTAG et al., 2017).

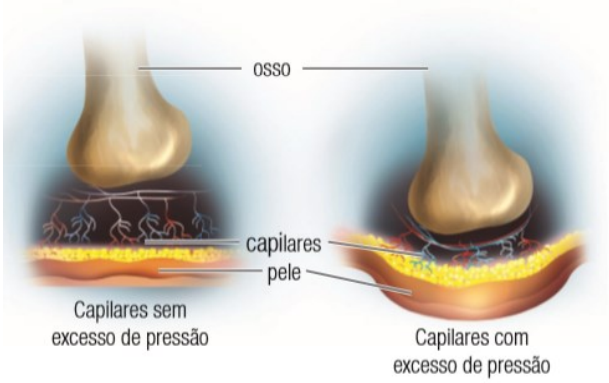
Dentre os diversos tipos de lesões citados, destacam-se as LPs, pela sua expressiva incidência e recorrência nos cenários de saúde hospitalares e, mais recentemente, em domicílio no cuidado aos pacientes acamados. Estas também fazem parte dos indicadores de qualidade assistencial em saúde e em enfermagem.

2.2.1 As lesões por pressão

Segundo o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), a LP é a principal etiologia de ferida encontrada no contexto hospitalar e, atualmente, frente ao aumento da assistência domiciliar, também no domicílio e nas instituições de longa permanência. A LP é um dano localizado na pele e ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Esse tipo

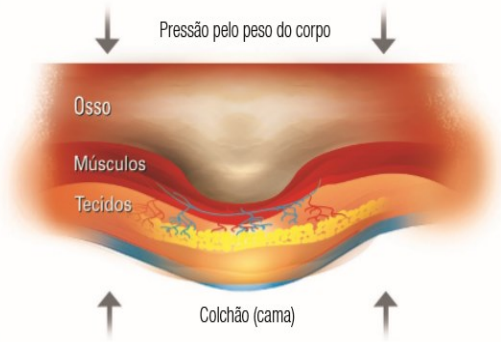
de ferida pode se apresentar como pele íntegra ou aberta, podendo ser dolorosa ou não. Essa lesão ocorre como resultado da pressão intensa e ou prolongada em combinação com o cisalhamento (força de atrito resultante da combinação de peso e fricção), como pode ser observado nas Figuras 4 e 5. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua própria condição (NPUAP, 2016).

Figura 4 - Demonstrativo das formações das lesões por pressão (a)



Fonte: Geovanini (2019, p. 131)

Figura 5 - Demonstrativo das formações das lesões por pressão (b)



Fonte: Geovanini (2019, p. 131)

A LP é uma condição clínica que envolve isquemia e necrose tecidual devido à pressão em partes do corpo em função da imobilidade por tempo prolongado. Para além de ameaçar a qualidade de vida do paciente, as LP afetam sua saúde física e, por vezes, também causam problemas psicológicos, como perda de independência e isolamento social (SEYHAN, 2018).

O mundo moderno estabelece padrões estéticos em que a imagem corporal é relacionada à juventude, ao vigor e à saúde. Não estar dentro dos padrões, muitas vezes,

implica em discriminação, preconceito e isolamento social. A presença de feridas crônicas ocasiona mudanças na aparência física e a forma como essas mudanças serão vistas por pacientes, amigos e familiares dependerá da capacidade de adaptação dos envolvidos, do ritmo com que as alterações ocorrem e dos serviços de apoio disponíveis (LARA et al., 2011). De acordo com Bedin et al. (2014), a tendência à fragilização é fator predominante nas pessoas com ferida crônica e o apoio emocional deve ser visto como um cuidado prioritário nesses casos, visando favorecer a capacidade de tomada de decisão acerca dos problemas desencadeados.

Assim como as feridas, as LPs podem ser classificadas quanto a diferentes fatores. Essas classificações são ferramentas importantes para uma abordagem sistematizada do cuidado (MARQUES; VIEIRA; PEREIRA, 2013). As LPs são classificadas, conforme atualizações do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (2016) descritas nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Classificação das lesões por pressão segundo o NPUAP

Lesão por pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
Não classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
Tissular profunda	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Fonte: Adaptado de National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016)

Quadro 4 – Definições adicionais às classificações das lesões por pressão, segundo o NPUAP

Definições adicionais	Descrição
Relacionadas a dispositivos médicos	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante, geralmente, apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
Em membranas mucosas	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.
Relacionadas a utensílios domésticos	Resulta do contato prolongado com utensílios, usualmente, encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito.

Fonte: Adaptado de National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016)

As regiões mais afetadas são aquelas de proeminências ósseas, como calcâneos, maléolos, quadris, omoplatas, região sacrococcigiana, como pode ser visto na Figura 6.

Figura 6 - Proeminências ósseas (parte dorsal do corpo) com maior risco para LP

Fonte: Geovanini (2019, p. 132)

A gravidade e a profundidade da lesão variam de acordo com o estágio e o tempo de pressão exercido, tração, fricção, maceração e tempo de permanência do paciente na mesma posição, desconforto no leito, condições de higiene, fatores nutricionais e imunológicos. As LPs profundas começam a se desenvolver na interconexão entre as proeminências ósseas e os tecidos moles e não na pele, sendo a maior parte do agravo localizada nos tecidos profundos. Superficialmente, esse processo pode ser percebido pelo aparecimento de edema, endurecimento, aumento de temperatura local e surgimento de eritema (GEOVANINI, 2019). As LPs são frequentes em pacientes internados em ambientes hospitalares ou nos domicílios, com a incidência variando entre 10,6% e 55% (ROLIM et al., 2013).

Cardoso et al. (2010) relatam que os estudos nacionais relacionados à prevalência e incidência das LPs apresentam índices variados quanto a sua ocorrência e ou presença, em função de diversos fatores, tais como: o tipo de metodologia empregada, o perfil dos sujeitos da amostra e os diversificados cenários de pesquisa, que incluem as unidades de internação hospitalar, as instituições de longa permanência para idosos e os domicílios. Em um estudo realizado nas clínicas de um hospital universitário em São Paulo, foi identificada prevalência de 11,4%, no primeiro momento e, 10,3%, no segundo, o que corresponde a uma média de 10,9% de LPs (CARDOSO et al., 2010).

Em pesquisa desenvolvida por Ferreira et al. (2012) nos domicílios de João Pessoa, na Paraíba e Teresina, no Piauí, a partir da atenção primária com pessoas acamadas ou em cadeira de rodas, foi identificada a presença da LP de 10% e 23,52%, respectivamente. Outro

estudo brasileiro apresenta a incidência de LP variando entre 23,1% a 59,5%, principalmente em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

A terapia intensiva é considerada um cenário típico para o surgimento de lesões, sendo um dos principais problemas de pele dos pacientes críticos durante internações hospitalares (ALVES; BORGES; BRITO, 2014). Vários fatores de risco estão associados ao desenvolvimento de LP em pacientes críticos, tais como: alterações do nível de consciência, déficit nutricional, pressão extrínseca associada à idade avançada, umidade, imobilidade no leito, período prolongado de internação, perfusão tecidual diminuída, uso de drogas vasoativas, sepse, sedação e comorbidades como *diabetes mellitus* e doença vascular (BORGHARDT et al., 2015; LOUDET et al., 2017).

O surgimento de LP durante a internação hospitalar implica em um indicador relevante da qualidade da assistência prestada, como consta na Portaria MS/GM 529/2013, que dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O documento tem entre seus objetivos monitorar a incidência de LP, além de programas que visem minimizar esses e outros agravos (BRASIL, 2013b).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) também considera as LP como indicadores de qualidade assistencial (UNITED STATES OF AMERICA, 2014). A incidência dessas lesões no Brasil é de notificação compulsória, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), impactando diretamente na avaliação da vigilância sanitária sobre o serviço (BRASIL, 2013a; 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, todos os anos, dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). As consequências acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os serviços de saúde e o sistema (BRASIL, 2015). Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados eventos adversos (EA) (BRASIL, 2013).

Por não ser parte da evolução natural da doença de base, a ocorrência de EA é um indicador da distância entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento desse problema um desafio para a qualidade dos serviços de saúde. Considerando que muitos dos EA são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). As LP são consideradas um EA e devem ser notificadas. Atualmente, não há para esse indicador um número real, devido ao fato

de ser, frequentemente, subnotificado nas instituições hospitalares.

De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2017), entre janeiro de 2014 e julho de 2017, dos 134.501 incidentes notificados ao órgão, 23.722 (17,6%) corresponderam às notificações de LP, sendo este o terceiro tipo de EA mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde do país. Foram notificados cerca de 3.771 *never events* (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde), sendo 2.739 (72,6%) decorrentes de LPs no estágio 3 e 831 (22,0%) no estágio 4 (BRASIL, 2017a).

Na prática assistencial diária, para além do conhecimento sobre a classificação das LP, é necessário o conhecimento dos fatores de risco para seu desenvolvimento, de forma a identificar pacientes que estão em risco e de como gerenciá-lo. Evidencia-se a necessidade do uso de estratégias, tais como a aplicação das escalas de avaliação de risco para o planejamento e a implementação pela equipe de enfermagem, em conjunto com toda a equipe de saúde, de ações preventivas, corretivas ou para a minimização dos seus fatores (PASSAMANI; BRANDÃO; PASSAMANI, 2012).

O reconhecimento dos indivíduos vulneráveis em relação às LPs não depende somente da habilidade clínica do profissional de saúde, mas também, do uso de instrumentos de medida acurados para auxiliar na identificação de sujeitos em risco, situação em que se enquadram, por exemplo, escalas, protocolos e fotografias da pele dos pacientes (GOULD et al., 2004; ROCHA et al., 2008).

As escalas incluem condição geral e avaliação da pele, mobilidade, umidade, incontinência, nutrição e dor, entre outros aspectos (NPUAP; EPUAP, 2009). Essa tecnologia tem apresentado resultados significativos para a prevenção das LPs, embora ainda baseados em experiências pontuais e locais. Com a intenção de colaborar na prevenção, vários pesquisadores elaboraram escalas, para predizer o risco para sua formação. Segundo Borges, Saar e Magalhães (2008), as escalas de risco mais utilizadas são as de Norton, Braden e Waterlow.

A Escala de Norton foi a pioneira das escalas, sendo formulada em 1962. Ela avalia cinco parâmetros para dimensionar o grau de risco: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. Cada parâmetro foi pontuado com valores de um a quatro, chegando a um total de 20 pontos. Sendo assim, quanto menor for o somatório final, maior será o risco para o desenvolvimento de LP, sendo mais suscetíveis aqueles pacientes com pontuação inferior a 12 pontos (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011) (Quadro 5).

Quadro 5 - Escala de avaliação de risco de Norton

Nome do paciente:			Nome do avaliador:		
Data da aplicação:					
Pontos	Condição física	Estado mental	Mobilidade	Incontinência	Atividade
4	Boa	Alerta	Completa	Não	Deambula
3	Razoável	Apático	Limitada	Ocasional	Deambula c/ ajuda
2	Má	Confuso	Muito limitada	Urinária fecal	Senta-se com ajuda
1	Muito má	Estupor ou coma	Imobilidade	Urinária fecal	Acamado

Fonte: Geovanini (2019, p. 138)

A escala de Waterlow avalia sete tópicos principais: relação peso/altura por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicações, além de quatro itens que pontuam fatores especiais de risco: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar. O escore mais alto indica maior risco para LPs (ROCHA; BARROS, 2007) (Quadro. 6).

Quadro 6 – Escala de Waterlow adaptada para a língua portuguesa

Itens	Pontos	Itens	Pontos
IMC		SUBNUTRIÇÃO DO TECIDO CELULAR	
Média	0	Caquexia	8
Acima da média	1	Insuficiência cardíaca	5
Obeso	2	Doença Vascular Periférica	5
Abaixo da média	3	Anemia	2
TIPO DE PELE (em áreas de risco)		Fumante	1
Saudável	0	DEFICIÊNCIA NEUROLÓGICA	
Muito fina	1	Diabetes	4
Seca	1	Paraplegia Motora ou Sensitiva	6
Com edema	1	CIRURGIA GRANDE PORTE/TRAUMA	
Úmida e pegajosa (em alta temperatura)	1	Abaixo da medula lombar	5
Descorada	2	Acima de duas horas	5
Quebradiça/marcada	3	APETITE	
SEXO/IDADE		Normal	0
Masculino		Pouco	1
Feminino		Somente líquido	2
14-49		SNG/E[1]	
50-64		Anoréxico	3
65-74		MEDICAÇÃO	
75-80		Alta dosagem	4
80+		Esteróides	

(Continua...)

Fonte: Rocha; Barros (2007, p. 150)

[1] Sonda nasoentérica.

Quadro 6 – Escala de Waterlow adaptada para a língua portuguesa

Itens	Pontos	Itens	Pontos
CONTINÊNCIA		Citotóxicos	
Uso de SVD[2] ou continente		Anti-inflamatório	
Ocasionalmente incontinente			
Uso de SVD e incontinente fecal			
Duplamente incontinente			
MOBILIDADE			
Total	0		
Inquieto/Agitado	1		
Apático	2	TOTAL	
Restrito/Contido	3	EM RISCO	10+
Inerte	4	ALTO RISCO	15+
Dependente de cadeira de rodas	5	ALTÍSSIMO RISCO	20+

(Conclusão)

Fonte: Rocha; Barros (2007, p. 150)

No Brasil, a escala de Braden foi validada para língua portuguesa e avalia seis fatores de risco (subescalas), que são: percepção sensorial, referente à capacidade de reação ao desconforto relacionado à pressão; umidade, que se refere ao nível em que a pele é exposta a umidade; atividade, que avalia o grau de atividade física; mobilidade, que se refere à capacidade do indivíduo em mudar e controlar a posição do corpo; nutrição, que retrata o padrão usual de consumo alimentar; fricção e cisalhamento, que mostra a dependência para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção (PARANHOS, 1999) (Quadro 7).

Quadro 7 – Escala de avaliação de risco de Braden

Nome do paciente:			Nome do avaliador:	
Data de Aplicação:				
Pontos	4	3	2	1
Percepção sensorial	Não prejudicada	Pouco limitada	Muito limitada	Completamente limitada
Umidade	Livre de umidade	Ocasionalmente úmida	Úmida	Constantemente úmida
Atividade	Caminha	Caminhada ocasional	Confinamento à cadeira	Confinamento no leito
Mobilidade	Sem limitações	Pouco limitada	Muito limitada	Completamente imóvel
Nutrição	Excelente	Adequada	Provável inadequação	Muito pobre
Fricção/Cisalhamento	Sem problema aparente	Problema em potencial	Problema	-
A pontuação pode oscilar entre 4 e 23. O baixo escore indica baixa habilidade funcional, estando o paciente com alto risco para desenvolvimento de lesões por pressão; **Pontuação de risco**: **12** (alto risco) **13 a 14** (risco moderado) **16** (risco mínimo)				

Fonte: Geovanini (2019, p. 138)

[2] Sonda vesical de demora.

Segundo Santos, Neves e Santos (2013), a escala com maior preditividade e melhor sensibilidade é a de Braden, pois sua utilização na prática clínica é bastante útil para predizer o desenvolvimento de LP ou sua recidiva, permitindo conhecer o risco individual de cada paciente e implementar, precocemente, ações de enfermagem preventivas e condizentes com esse risco. É necessário qualificar os enfermeiros na aplicação da Escala de Braden para predizer qual o risco de desenvolver uma LP (BRADEN; BERGSTRON, 1987). A aplicação correta da escala de risco equivale a uma sistematização do atendimento de qualidade, incluindo o diagnóstico, em termos de LP, intervenção de enfermagem por meio das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

Essas escalas, juntamente com as tecnologias à disposição do enfermeiro para prevenir o surgimento de lesões, são fundamentais para mudanças no cenário das LP. Portanto, é necessário que o enfermeiro procure se familiarizar com tais tecnologias para o diagnóstico e enfrentamento das LP, uma vez que seu uso deve ser contínuo e sistemático e, não apenas, restrito à admissão do paciente (ARAÚJO; MOURA; CAETANO, 2012).

O Quadro 8 apresenta um comparativo entre as três escalas citadas e os aspectos avaliados por cada uma delas.

Quadro 8 – Comparativo entre as escalas de risco

Escala de Norton	Escala de Waterlow	Escala de Braden
Subescalas	Subescalas	Subescalas
Condição física Nível de consciência Atividade Mobilidade Incontinência	Peso/altura (IMC) Avaliação visual da pele Sexo/idade Continência Mobilidade Apetite Medicações	Sensorial Atividade Mobilidade Umidade Nutrição Fricção ou cisalhamento
Subescalas: 1 a 4 Total: 20 pontos Quanto menor o escore maior o risco de UP Pontuação <12 maior o risco (6)	Quanto maior o escore, maior o risco de UP: Em risco (escore de 10 a 14) Alto risco (escore de 15 a 19) Altíssimo risco (escore ≥20) (13)	Quanto menor o escore maior o risco de UP: Risco muito alto (escores ≤9) Risco alto (escores de 15 a 18) Sem risco (escores ≥19) (14)

Fonte: Santos; Neves; Santos, 2013, p. 26.

Segundo Castanheira et al. (2019), os custos dos tratamentos para a LP são elevados quando comparados às medidas de prevenção. A prevenção apresentou melhores resultados, provando que é a melhor escolha dos gestores para os pacientes e, consequentemente, para os profissionais, bem como para os custos hospitalares. As medidas de prevenção consideradas mais eficazes foram a mobilização corporal e o uso de coberturas protetoras como o filme

transparente, e também as superfícies de alívio de pressão. Essas medidas, no entanto, demandam investimentos significativos (CASTANHEIRA et al., 2019).

Embora as orientações para as práticas seguras para a prevenção e manejo precoce da LP existam há mais de três décadas, a implementação das recomendações nas instituições de saúde depende de uma forte liderança e do trabalho em equipe e precisa integrar os aspectos clínicos, educacionais e gerenciais (BRASIL, 2017b).

O conhecimento de estratégias eficazes de prevenção representa uma poderosa ferramenta no gerenciamento do cuidado de pacientes sob risco de desenvolver feridas. Dessa maneira, é necessário um profissional envolvido e com conhecimento, capaz de reconhecer os fatores que expõem o paciente ao risco de desenvolver LP, para intervir de forma eficaz, seja no uso dos materiais e coberturas adequadas, seja na sua correta indicação, para uma assistência segura e qualificada (CASTANHEIRA et al., 2019).

Castanheira et al. (2019) encontraram oito artigos sobre prevenção, sendo a maioria deles, cerca de 40%, da América do Sul, mais precisamente do Brasil. Acredita-se que tal fato se deve ao custo do tratamento que impacta negativamente a sustentabilidade das instituições hospitalares de um país em desenvolvimento como o Brasil, o que torna a busca por medidas de prevenção uma forma importante de gestão de recursos. As medidas de prevenção apresentadas nos artigos foram as superfícies de alívio de pressão, os colchões de distribuição de pressão, as coberturas protetoras e a mobilização corporal. Dentre essas medidas, a que se mostrou mais eficiente e de maior economia foi o filme transparente por apresentar menos trocas e menor custo (CASTANHEIRA et al., 2019).

O tratamento de feridas requer uma diversidade de insumos: curativos, instrumentais, materiais descartáveis, produtos para limpeza, pomadas, coberturas interativas, terapias adjuvantes (terapia por pressão negativa, laserterapia, hiperbárica e ozonioterapia) e, também, recursos humanos capacitados. É relevante avaliar o custo e a efetividade da utilização de coberturas interativas e das novas tecnologias para a realização de curativos e os benefícios proporcionados. Uma grande variedade de coberturas é indicada para troca em até sete dias, o que proporciona uma melhora significativa da qualidade de vida das pessoas que têm acesso a esse tipo de tratamento. A avaliação completa dos pacientes, as condições da ferida e a escolha do melhor produto devem ser baseadas nas diretrizes e protocolos clínicos adotados em cada serviço e nas evidências científicas de estudos pré-clínicos e clínicos (GEOVANINI, 2019).

Produtos tradicionalmente utilizados em curativos vêm ganhando uma nova versão, que tem ajudado a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e têm sido um aliado no

trabalho da enfermagem. A partir de tecnologias inovadoras, eles vêm substituindo com vantagem a gaze, o algodão e o esparadrapo, que costumam deixar resíduos e aderir à lesão, dificultando a troca de curativos. São materiais como gazes e compressas não aderentes, espumas absorventes estéreis, algodão não filamentado, fitas adesivas hipoalergênicas e porosas, filmes transparentes para proteção, rede tubular elástica moldável a qualquer área e superfície corporal, para fixação de curativos e dispositivos, e outros produtos confortáveis para os pacientes, que não traumatizam a pele, aumentam o conforto e diminuem a dor e a ocorrência de dermatites alérgicas e de contato (GEOVANINI, 2019).

O tratamento de uma ferida complexa pode custar entre 6.650€ e 10.000€ por pessoa, sendo que o valor dos custos totais do cuidado com feridas nos orçamentos europeus para o cuidado de saúde tem uma variação de 2% a 4%. É provável que 27% a 50% das camas hospitalares para pessoas em situação de doença aguda sejam diariamente ocupadas por pessoas com feridas (POSNETT et al., 2009).

Santamaria et al. (2015) observaram 40 pacientes durante um ano, os quais possuíam 57 LPs nos estágios 3 e 4. Esses pacientes foram submetidos a 46 desbridamentos (24 por médicos e 22 por enfermeiras) e 5.590 trocas de curativos por técnicos de enfermagem. Os custos do tratamento tópico para as duas categorias foram significativamente diferentes (US$854.82 para estágio 3 e US$1,785.35 para estágio 4). No entanto, o custo do tratamento total, incluindo as duas categorias, foi de US$55,458.93, sendo que US$24,394.53 foram gastos com profissionais de saúde e US$33,064.39 com materiais (SANTAMARIA et al., 2015).

Segundo Serpa et al. (2011), as LPs são consideradas problemas socioeconômico e educacional, pois o seu desenvolvimento representa um importante impacto financeiro para as instituições. Por essa razão, deve-se investir na prevenção, uma vez que os seus custos são inferiores àqueles demandados para o tratamento.

2.3 A enfermagem e as lesões por pressão

Na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0567/2018 é descrita a regulamentação da atuação da equipe de enfermagem nos cuidados aos pacientes com feridas. Constam no documento, de forma detalhada, os cuidados e responsabilidades do enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Cabe ao enfermeiro avaliar, prescrever e executar curativos em todos os tipos de feridas em pacientes sob seus cuidados, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado de

pessoas com feridas. Portanto, todo curativo realizado pelo técnico deve ter prescrição e supervisão do enfermeiro. É permitido ao enfermeiro abrir clínica ou consultório de enfermagem para prevenção e cuidados de feridas desde que respeitadas as competências técnicas e legais (COFEN, 2018).

A prevenção de LPs, principalmente as crônicas, que representam um problema de saúde pública, devido ao alto índice de incidência, é um dos fatores a ser enfatizado em qualquer nível de assistência à saúde, visando melhorar a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade. É preciso estar ciente de que as mais modernas técnicas e condutas baseadas em evidências científicas não substituem o olhar competente e sensível do profissional de saúde, enxergando para além da ferida, compreendendo o paciente como um todo, integrado em sua singularidade biopsicossocial e espiritual (GEOVANINI, 2019).

O cuidado das LPs ocupa o terceiro lugar em gastos em saúde, sendo ultrapassado somente por aqueles com tratamento de câncer e cirurgia cardíaca. Além disso, quando um paciente desenvolve uma LP, sua atenção demanda 50% a mais do tempo dispensado pela equipe de enfermagem, reforçando os benefícios dos cuidados preventivos, tanto para o paciente e a equipe, quanto para o sistema de saúde em geral (SERPA et al., 2011).

A amplitude das consequências do desenvolvimento dessas feridas, seja em termos econômicos ou de sofrimento humano, despertou a atenção não só de estudiosos, pesquisadores e profissionais, mas, também, de órgãos governamentais ligados à saúde, de modo que, a prevenção das LPs tem tido prioridade no desenvolvimento de políticas que orientam a prática fundamentada em bases científicas (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

A prevenção em saúde pode ser entendida como o planejamento cujo resultado consiste na melhoria da qualidade assistencial. Os cuidados preventivos em LP visam bloquear os estímulos desencadeantes, contribuindo para que o indivíduo não desenvolva esse tipo de ferida (BERETA et al., 2010).

Segundo Geovanini (2019), ao planejar a assistência para uma pessoa com alterações da integridade da pele, têm que ser considerados todos os aspectos biopsicossociais, tendo em mente promover o maior bem-estar possível, com foco na prevenção, tratamento e reabilitação. A assistência multiprofissional é a mais adequada, pois atende às diversas necessidades do indivíduo e da família e, não apenas, às demandas de uma ferida. A assistência às pessoas com feridas enquadra-se nessa questão, pois é possível que envolva desde tratamentos sintomáticos e clínicos fundamentados em medidas preventivas, curativas e de controle de doenças e ou complicações associadas, até tratamentos cirúrgicos e paliativos, a depender do nível de comprometimento e do grau de dependência diagnosticados

(GEOVANINI, 2019).

2.3.1 Estomaterapia

A atuação da estomaterapia desenvolveu-se, inicialmente, baseada em um programa de educação direcionado a pacientes com estomas. Em 1961, foi criado o programa de educação formal em estomas e reabilitação, que ganhando destaque e as enfermeiras passaram a participar. Sua ênfase estava nos aspectos práticos do cuidado. Em 1968, foi constituída a primeira organização de estomaterapeutas nos EUA (SANTOS, 2000).

A estomaterapia podia ser exercida por profissionais da saúde ou por pessoas leigas, mas, após a criação do *World Council of Enterostomal Therapists (WCET)*, a partir de 1980, passou a ser uma especialidade exclusiva da enfermagem. Essa determinação objetivou a promoção da identidade da estomaterapia no mundo e o intercâmbio entre especialistas, padronização de condutas, aumento da qualidade da assistência a pessoas com estomas, feridas crônicas e agudas e incontinência urinária e anal (SANTOS, 2000; STELTON, 2018). No Brasil, a estomaterapia teve início, formalmente, em 1990, com a introdução do curso de especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SANTOS, 2006).

A Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências (SOBEST) foi fundada em 1992 e é o órgão de representação da estomaterapia brasileira. O especialista em estomaterapia é denominado pela Sobest de Enfermeiro Estomaterapeuta (YAMADA et al., 2008). A Sobest nasceu de um pequeno grupo de estudos, criado em 1984, denominado Grupo de Interesse Clínico em Enfermagem em Enteroestomaterapia (GICEE), posteriormente, chamado de Grupo de Enfermagem em Enteroestomaterapia (GEE) e, por último, Grupo de Enfermagem em Estomaterapia (GEEst), formado por profissionais interessados na área e que promoviam atividades científicas, tais como reuniões, simpósios e cursos de extensão. Esse grupo foi desativado em 1986, não oficialmente, por dificuldades na obtenção de recursos financeiros para sua divulgação e manutenção.

Com a implantação da especialidade e um maior número de especialistas, as atividades científicas do grupo foram reativadas. Desta feita, não mais como Grupo de Enfermagem, mas como uma sociedade multidisciplinar. Assim, em 4 de dezembro de 1992, nas dependências do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, foi fundada a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), criado seu estatuto e eleita a primeira diretoria, os conselhos e o delegado internacional, por meio de voto. Como sociedade multidisciplinar, de caráter científico e

cultural, fundamenta-se nas bases éticas e filosóficas da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em nível nacional, e nas do *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET), em nível internacional (SOBEST, 2002).

Os cursos de especialização em enfermagem propõem e proporcionam ao profissional atualização e especialização do conhecimento específico, na execução de atividades assistenciais, administrativas, gerenciais, de ensino, pesquisa e integração. Para o enfermeiro, é imprescindível aprimorar a prática do cuidado ao cliente, à família e à comunidade, em qualquer contexto, atendendo não somente às expectativas do sistema de saúde, ma,s principalmente, às reais necessidades da população (BOYLE, 2017).

Ao longo desses 29 anos de estomaterapia no Brasil houve muitas conquistas na área, por meio da participação ativa dos especialistas na assistência e gerenciamento dessa especialidade, bem como no âmbito da gestão, ensino, pesquisa, consultoria e desenvolvimento de políticas públicas relacionadas às necessidades das pessoas com estomias, feridas e incontinências (THULER; PAULA; SILVEIRA, 2012).

O enfermeiro especialista em estomaterapia ou estomaterapeuta é o profissional que detém conhecimentos técnicos, capacitação específica e competências para prestar assistência às pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas e incontinência anal e urinária em ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação em busca de melhor qualidade de vida (YAMADA et al., 2008; STELTON, 2018).

O estomaterapeuta, quando vinculado profissionalmente a uma instituição de saúde, à cooperativas de grupo ou como profissional liberal, possui suporte legal para exercer funções assistenciais, educativas, de pesquisa e assessoria (DIAS; BOCCARA; MORITA, 2014). Existe um amplo campo de atuação para os estomaterapeutas, que se percebe crescente no mercado de saúde no Brasil, em que, cada vez mais, aportam empresas com insumos e tecnologias inovadoras, que necessitam desses especialistas para testar e avaliar cientificamente seus produtos, analisar a relação custo/benefício para os pacientes e instituições e indicar seus produtos (TEIXEIRA; MENEZES; OLIVEIRA, 2016).

2.3.2 O enfermeiro estomaterapeuta e a gestão do serviço

Apesar de possuir um vasto e amplo campo de atuação, o enfermeiro estomaterapeuta ainda enfrenta dificuldades para exercer a sua prática especializada. Estas, certamente, têm origem não só na história da profissão, mas também na formação atual do enfermeiro, no desempenho diário e rotineiro de suas atribuições, nos mecanismos de poder institucional

sobre o profissional e na própria imagem vigente na sociedade brasileira e mesmo institucional (PAULA; SANTOS, 2003).

Nos últimos, anos houve aumento da procura por enfermeiros com competências específicas na abordagem à pessoa com ferida por diversos fatores: a inversão da pirâmide etária, que leva ao aumento da incidência das feridas complexas; o aumento exponencial dos custos no tratamento de pessoas com feridas; o reconhecimento da população acerca da existência desses profissionais; novos avanços tecnológicos e tratamentos inovadores; rápida expansão dos conhecimentos; aumento da necessidade de profissionais qualificados; maior complexidade das equipes que necessitam de coordenação na área de feridas (FLANAGAN, 1996).

De forma a operacionalizar uma abordagem centrada na pessoa portadora de ferida, sendo o núcleo de todo o processo da tomada de decisão, é necessária a intervenção de uma equipe interdisciplinar orientada por um líder com competências específicas na área de feridas e defensor dos interesses e necessidades da pessoa e sua família (MOORE et al., 2014). Os enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa com ferida desempenham um papel essencial na gestão da transição da pessoa com ferida, uma vez que são usualmente responsáveis pela elaboração de protocolos de prevenção, tratamento e sua implementação, acompanhando a evolução da ferida para garantir melhores resultados para as pessoas (COSTA, 2018).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial (PCA) baseada em revisão sistemática de literatura para desenvolvimento de um instrumento de intervenção na prática cotidiana de cuidados de enfermagem às LPs, especialmente para a atuação no estomaterapeuta.

3.1 Tipo de estudo

Esse estudo é uma PCA, caracterizada pela realização de melhoramentos com introdução de inovações no contexto da prática assistencial de enfermagem e saúde. É orientada por seus próprios atributos: imersibilidade, simultaneidade, expansibilidade e dialogicidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A PCA é uma abordagem que foi formulada pelo corpo docente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) nos anos de 1980 a 1990. A mudança inovadora na prática assistencial é a especificidade da PCA, necessariamente, o que lhe confere identidade. Em linguagem metafórica, essa mudança no contexto da prática assistencial, que se dá alavancada pelo desenvolvimento de um projeto de pesquisa, é como se pudesse ser aproximada ao que na biologia seria o 'DNA[3]' de uma espécie, ou seja, o que determina, por destaque, em todo o processo, o alcance finalístico de um módulo PCA (TRENTINI; PAIM, 2004b).

Os modelos de cuidado de enfermagem exigem para a sua elaboração um processo com coerência lógica, rigor científico e metodologia adequada. Isto é, um processo de pesquisa. A pesquisa qualitativa, dentre elas a PCA, contribui na proposição de modelos de cuidado por propor, na elaboração de seu processo de construção, a lógica indutiva-dedutiva e uma relação direta com a prática assistencial. Além disso, a PCA propõe a proximidade e o afastamento diante do saber-fazer assistencial, pois induz a uma metodologia em que há uma relação direta entre a academia e a prática. Devido a esse movimento, em alguns momentos, há maior vínculo com o cuidado e, em outros, com a pesquisa. É durante esse processo que ocorre a construção, ou o aprimoramento de um conhecimento, ou de uma proposta de cuidado (PAIM et al., 2008).

Desde a sua proposição, a PCA tem sido utilizada em diferentes cenários e com

[3] Ácido desoxirribonucleico.

diferentes sujeitos, mas sempre vinculada diretamente ao contexto das práticas profissionais. Essa proposta metodológica vem sendo usada de modo crescente por várias enfermeiras nos seus projetos, sendo que a região sul do Brasil possui o maior número de publicações de estudos que utilizaram a PCA (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Os princípios da PCA são: manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação; o tema da pesquisa deve emergir das necessidades da prática reconhecidas pelos profissionais e ou pelos usuários do campo da pesquisa; o pesquisador assume compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado; a PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática; os pesquisadores devem estar dispostos a se inserirem nas ações das práticas de saúde no contexto da pesquisa durante seu processo; a PCA permite a incorporação das ações de prática assistencial e ou outras práticas relacionadas à saúde no processo de pesquisa e vice-versa; a pesquisa e a prática possuem identidades próprias que precisam ser consideradas durante o processo de investigação;e aceita a utilização de vários e diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados (TRENTINI; BELTRAME, 2006; TRENTINI; PAIM, 2004a).

Portanto, a realização de uma PCA requer que os pesquisadores desenvolvam, simultaneamente, pesquisa e cuidado com a intenção de provocar mudanças na assistência. Desse modo, a PCA pode ser utilizada como caminho metodológico para a elaboração de modelos de cuidado com lógica indutiva-dedutiva, já que o enfermeiro, ao utilizar a PCA, precisa se colocar em compromisso com a construção de um novo conhecimento, de novos modos de cuidado e de novas tecnologias, promovendo a renovação ou inovação da prática assistencial (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

O desenvolvimento da PCA ocorre por meio das seguintes fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 1999, 2004a). A fase de concepção representa a escolha do tema, o direcionamento da questão guia, o estabelecimento dos objetivos da pesquisa, a revisão de literatura sobre o tema escolhido, a elaboração de conceitos e pressupostos, ou seja, é o marco referencial ou teórico (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

A fase de instrumentação consiste na elaboração dos procedimentos metodológicos. Nessa etapa, incluem-se a escolha do espaço da pesquisa, dos participantes e da técnica para obtenção e análise das informações. A fase de perscrutação inclui a coleta e o registro dos

dados, que se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o aperfeiçoamento do cuidado prestado pela enfermagem (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

A fase de análise da PCA é dividida em duas etapas: a análise e a interpretação. Na etapa de análise tem-se o processo de apreensão e, na etapa de interpretação, encontram-se os processos de síntese, teorização e recontextualização. O processo de síntese, incluído na etapa de interpretação, consiste em examinar subjetivamente os dados e realizar associações e variações das informações, encontradas no processo de apreensão.

O processo de teorização consiste em descobrir os valores contidos nas informações levantadas durante o processo de síntese. A teorização se faz pela relação da fundamentação teórico-filosófica utilizada no estudo de maneira a proceder à associação com os dados. Assim, formulam-se novos conceitos, definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo. O processo de recontextualização consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, ou seja, é a socialização de resultados singulares (TRENTINI; PAIM, 2004a).

Na PCA, o pesquisador é um profissional da área da saúde que atua naquele local de pesquisa e que tem expertise naquela área de conhecimento assistencial, tendo, portanto, um papel mais propositivo, mesmo que, necessariamente, precise contar com a participação e aprovação dos demais integrantes de seu estudo. A PCA nasce da prática assistencial de saúde e a ela retorna com soluções teorizadas de natureza tecnológica do cuidar (MERHY, 2002; NIETSCHE; LEOPARDI, 2000).

3.2 Coleta e análise de dados

A coleta dos dados seguiu as fases de instrumentação e perscrutação do PCA, enquanto a análise dos dados obedeceu às fases subsequentes de sua análise e interpretação. Na fase de instrumentação foi elaborado os procedimentos metodológicos por meio do auxílio do bibliotecário que delineou a estratégia de busca para a revisão de escopo. Na perscrutação os dados foram coletados utilizando-se os seguintes descritores: lesão por pressão, governança clínica, gestão em saúde, gestor de saúde e cultura organizacional, nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), via PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane Library*, SCOPUS e *Web of Science,* acessados via Portal da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Essa estratégia elaborada com suporte de bibliotecário da Biblioteca de Saúde da UFMG encontra-se no Anexo A. A revisão sistemática de literatura foi realizada em 19 de julho de 2019, com o objetivo de responder à pergunta – quais são as estratégias gestão de LP no ambiente hospitalar disponível na literatura cientifica. Os critérios de inclusão foram: estar disponível completo *online* e nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. O intervalo de tempo não foi estipulado devido ao interesse em se obter o maior número de publicações disponíveis nacional e internacional sobre a temática que é recente e pequena quantidade de resultados referente a busca.

Foram encontradas 217 referências, sendo 85 duplicadas e nove indisponíveis, resultando em 123 publicações. Destas, após leitura de título e resumo, 83 estavam fora do escopo, sendo esses artigos excluídos da pesquisa. A amostra final foi constituída por 40 artigos. Entretanto, por meio de busca na literatura complementar, foram adicionados, 23 artigos. Acredita-se que os descritores não conseguiram contemplar a multidisciplinariedade do tema, assim como a especificidade, sendo a literatura complementar incluída por conveniência. A amostra final totalizou 63 artigos para análise (Tabela. 2, 3).

Tabela 2 – Publicações identificadas em cada base de dados

Bases de dados	Publicações selecionadas
BVS	3
PubMed	57
Cochrane	2
CINAHL	94
Scopus	52
Web of Science	9
Total	217

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 3 – Publicações selecionadas segundo situação

Situação	Quantidade
Total de publicações	**217**
Duplicados	85
Indisponíveis	9
Disponíveis	**123**
Fora do escopo do estudo	83
Dentro do escopo do estudo	40
Complementares	23
Amostra final	**63**

Fonte: Elaborada pela autora

Para análise dos dados obedeceu às fases subsequentes de análise e interpretação dos artigos encontrados. Para a etapa de análise, foram captadas as estratégias de gestão das LPs descritas nos 63 artigos selecionados e lançadas em uma tabela do aplicativo Excel,

disponível em formato completo no Apêndice A. Iniciando a etapa de interpretação foi realizado o agrupamento dessas estratégias para que facilitasse o entendimento dos dados encontrados, podendo associá-los com os respectivos pilares da governança clínica, realizando, dessa maneira, o processo de teorização.

O processo de recontextualização baseou-se na aplicação das estratégias de gestão das lesões encontradas na literatura para desenvolvimento de instrumentos de gestão baseado nos seis pilares da governança clínica: gestão de riscos, educação e treinamento, auditoria clínica, efetividade clínica, pesquisa e desenvolvimento e transparência. Nelas, foram lançadas as descrições das estratégias necessárias para prevenção de LP, profissionais responsáveis, ações desenvolvidas e como mensurar a qualidade da ação.

3.3 Aspectos éticos

Este estudo é parte do subprojeto do projeto "A implementação e desenvolvimento da governança corporativa em instituições hospitalares", aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos (COEP/UFMG), sob o parecer nº 86435018.1.0000.5149. Por se tratar de estudo baseado em dados secundários não demandou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS

Nos tópicos seguintes, são apresentados os resultados da revisão de literatura relativos às estratégias para gestão das LPs e o instrumento elaborado.

4.1 Resultados da revisão de literatura

A amostra final contou com publicações situadas no período de 1999 a 2019, sendo, predominantemente, nos países Estados Unidos da América e Brasil, correspondendo, respectivamente, a 31,7% e 25,4%; com metodologia não mencionada, foram 50,79%, que corresponde a 32 artigos; e seguido de 7,93% estudos descritivos (cinco artigos), 4,76% exploratórios (três artigos) e 4,76% prospectivos (três artigos).

Com relação ao tipo de abordagem, 82,5% não mencionaram a abordagem adotada (52 artigos), seguidos por 9,5% com abordagem quantitativa (seis artigos) e 7,9% com abordagem qualitativa (cinco artigos), conforme pode ser verificado no Apêndice A (ROLIM et al., 2013; ALEXANDER et al., 2008; ALVES et al., 2008; ANGELO et al., 2017; ATHWALL, 2015; AYELLO, 2011; BALES; PADWOJSKI, 2009a, 2009b; BERLOWITZ, 2003; BLACK; MAEGLEY, 2019; BLACK; SALSBURY; VOLLMAN, 2018; BOSCH et al., 2011; BRENNECKE et al., 2008; BRINDLE et al., 2015; YÁÑEZ et al., 2014; CASTANHEIRA et al., 2019; COOPER; GRAY, 2002; COYER et al., 2015; DELLEFIELD, 2008; DOBBS; SPANBAUER; DATZ, 2007; DOWSETT, 2001; FABBRUZZO-COTA et al., 2016; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; GERRISH et al., 1999; GRUNEIR; MOR, 2008; HARTMANN et al., 2016; HOMMEL et al., 2017; GARCÍA et al., 2019; KALOWES; MESSINA; LI, 2016; KIELY, 2012; KRUPP, 2009; LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016; MACDONALD, 2017; MAYER, 2017; MCCOULOUGH, 2019; MCELHINNY; HOOPER, 2008; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; MENEGON et al., 2007; MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; MORISON; BAKER, 2001; MOURA; SILVA; GODOY, 2005; OLKOSKI; ASSIS, 2016; PADULA, 2017; PAUL et al. 2014; REECE, 2017; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; ROSEN et al., 2006; SANTAMARIA et al., 2013; SANTAMARIA; SANTAMARIA, 2014; SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013; SERPA; SANTOS, 2008; SOBAN et al., 2017; SOUZA et al., 2013; STEIN et al., 2012; STEPHEN-HAYNES, 2006; STEPHENS; BICK, 2002; STILL et al., 2013; VOLLMANN, 2006; XIE et al., 2017; WARNER et al., 2017; WILSON, 1999; YAP; KENNERLY, 2011; YAP; KENNERLY; LY, 2019).

As informações dos artigos necessárias para a elaboração do instrumento de gestão foram resumidas no Quadro 9. Esse quadro foi elaborado para a identificação das estratégias de gestão das LPs encontradas na literatura por artigo, ano e nível de inserção dessa estratégia no processo, se prevenção (P), tratamento (T) ou ambos (PT), assim como, a citação das estratégias encontradas.

Ressalta-se que 53 publicações selecionadas (87,30%) abordavam a prevenção de feridas como estratégia de gestão, não sendo encontrado em nenhum dos estudos apenas o tratamento, esse sempre veio acompanhado de estratégias de prevenção. Os artigos que abordavam as ações de prevenção foram mais frequentes em 2017, com oito artigos, seguidos por 2008, 2013, 2016 e 2019, todos com cinco artigos em cada ano (ALVES et al., 2008; ANGELO et al., 2017; ATHWALL, 2015; AYELLO, 2011; BALES; PADWOJSKI, 2009; BERLOWITZ, 2003; BLACK; MAEGLEY, 2019; BLACK; SALSBURY; VOLLMAN, 2018; BOSCH et al., 2011; BRENNECKE et al., 2008; BRINDLE et al., 2015; YÁÑEZ et al., 2014; COOPER; GRAY, 2002; DELLEFIELD, 2008; DOBBS; SPANBAUER; DATZ, 2007; FABBRUZZO-COTA et al., 2016; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; GERRISH et al., 1999; GRUNEIR; MOR, 2008; HARTMANN et al., 2016; HOMMEL et al., 2017; GARCÍA et al., 2019; KALOWES; MESSINA; LI, 2016; KIELY, 2012; KRUPP, 2009; LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016; MACDONALD, 2017; MAYER, 2017; MCCOULOUGH, 2019; MCELHINNY; HOOPER, 2008; MENEGON et al., 2007; MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; MORISON; BAKER, 2001; OLKOSKI; ASSIS, 2016; PADULA, 2017; PAUL et al. 2014; REECE, 2017; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; ROSEN et al., 2006; SANTOS; NEVES; SANTOS, *2013;* SERPA; SANTOS, 2008; SOBAN et al., 2017; SOUZA et al., 2013; STEIN et al., 2012; STEPHENS; BICK, 2002; STILL et al., 2013; VOLLMANN, 2006; XIE et al., 2017; WARNER et al., 2017; WILSON, 1999; YAP; KENNERLY, 2011; YAP; KENNERLY; LY, 2019).

As demais (12,70%) publicações selecionadas abordam as temáticas de prevenção e tratamento das LPs de forma associada, sendo que os artigos que abordaram ações de prevenção e tratamento apresentaram sua primeira publicação em 2001, sendo que a quantidade máxima de publicação por ano foi de dois artigos nos anos de 2009, 2014 e 2016 (ROLIM et al., 2013; CASTANHEIRA et al., 2019; COYER et al., 2015; DOWSETT, 2001; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; MOURA; SILVA; GODOY, 2005; SANTAMARIA et al., 2013; SANTAMARIA; SANTAMARIA, 2014; STEPHEN-HAYNES, 2006; WARNER et al., 2017).

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
1.	*Promoting evidence-based practice: managing change in the assessment of pressure damage risk*	1999	P	Avaliação de risco; Avaliação clínica; Treinamento; e Auditoria.
2.	*Clinical governance and the potential implications for tissue viability*	1999	P	Cuidados com a pele; Avaliação de risco; Mudanças no desenvolvimento profissional; Organização; Auditoria clínica; e Mostrar eficácia dos resultados.
3.	*How to raise awareness of pressure sore prevention*	2001	P	Gerenciar riscos, Equipamentos, Documentação, Manutenção de registros, Educação, Auditoria
4.	*Organizational perspective*	2002	P	Uso de escalas de avaliação de risco; Fatores de risco; Inspeção da pele; Dispositivos de redistribuição de pressão; Uso de auxílios inadequados; Posicionamento; Avaliação de assentos; Treinamento; Educação; Auditoria; Recursos; Coleta de dados; Gerenciamento eficaz; Liderança clínica; Abordagem de equipe integrada; Envolvimento de pacientes e seus cuidadores; e *Feedback* regular.
5.	*Best practice statement for the prevention of pressure ulcers*	2002	P	Educação; Auditoria; Avaliação de risco; Inspeção da pele; Posicionamento; Colchões; e Cadeiras e almofadas adequadas.
6.	*Quality Improvement Implementation in the Nursing Home*	2003	P	Cultura organizacional; Trabalho em Equipe; e Inovações.
7.	Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão	2005	P	Avaliação nutricional.
8.	*Ability, Incentives, and Management Feedback: Organizational Change to Reduce Pressure Ulcers in a Nursing Home*	2006	P	Treinamento; Incentivo; e Feedback da gerência.
9.	*Ventilator-Associated Pneumonia and Pressure Ulcer Prevention as Targets for Quality Improvement in the ICU*	2006	P	Avaliação da mobilidade; Gerenciamento de incontinência; Taxa de incidência de lesão por pressão; Implantação de protocolos; Mensurar taxas pós-implementação; e Divulgar resultados para os colaboradores.
10.	*Continuous Automated Pressure Ulcer Monitoring*	2007	P	Uso de espumas; Camas especiais; Descontinuação de fraldas; Novas barreiras protetoras; Limpador de pele; e Atividades educacionais.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LP de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
11.	Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital das Clínicas de Porto Alegre	2007	P	Implantação de protocolo de prevenção e tratamento de feridas; Uso de barreira protetora de pele nas áreas de risco para UP; Colchões piramidais; Colchão de fluxo de ar; e kit de dispositivos aliviadores de pressão (coxins; cunha e bota protetora de calcâneo e maléolo).
12.	*Reducing Hospital-Acquired Heel Ulcer Rates in an Acute Care Facility*	2008	P	Avaliação de risco; Cuidados com a pele e feridas; Avaliar as necessidades individuais de cuidados com a pele; Implantação de protocolo de prevenção padronizado; Equipamentos para elevação de calcâneo; Colchões adequados; Limpeza da pele de risco adequada; e Espumas para prevenção.
13.	*Nursing Staff Descriptions of Clinical Supervision and Management in Veterans Affairs–Affiliated Nursing Homes*	2008	P	Treinamento; Participação da liderança; Auditoria; *Feedback* para os funcionários; Valorização do profissional; e Comunicação eficaz entre a equipe.
14.	*Administrative support as a key intervention to decrease the number of hospital acquired pressure ulcers:* 2305	2008	P	Apoio do TI; e Compra de colchões.
15.	Nursing home safety: current issues and barriers to improvement	2008	P	Comprometimento organizacional; e Disponibilidade de recursos.
16.	Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão	2008	P	Mensuração de conhecimento da enfermagem.
17.	*Pressure Ulcer Prevention in the Intensive Care Unit: Clinical Nurse Specialist Impact on Changing Unit Culture*	2009	P	Educação; Foco na avaliação de riscos; Documentação; Prevenção; Revisão mensal de dados; Implementação de mudanças com base nos indicadores; Métodos de fixação de dispositivos; Disseminação rotineira dos dados para a equipe; Protocolo de prevenção; e Equipe de lesões
18.	*Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence*	2009	P	Avaliações regulares de LP usando uma ferramenta válida; Foco nos fatores de risco do paciente; Avaliação diária de riscos; Inspeção da pele; Gerenciamento de umidade; Otimizando nutrição; Hidratação; e Minimizar a pressão

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
19.	*A new source of funds for pressure ulcer care*	2009	P	Não reembolsar gastos com LPs adquiras no hospital; Mudança de cultura; Proposta de apresentação de custos tratamento e prevenção.
20.	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão	2010	P	Treinamento.
21.	*Organizational Culture, Team Climate, and Quality Management in an Important Patient Safety Issue: Nosocomial Pressure Ulcers*	2011	P	Cultura organizacional; Clima de equipe; e Gestão no nível da ala
22.	*Changing Systems, Changing Cultures: Reducing Pressure Ulcers in Hospitals*	2011	P	Compromisso organizacional multidisciplinar; Suporte administrativo; Boas práticas de cuidado; Cultura de mudança; Compromisso; Comunicação; Documentação da prevenção; e Educação da equipe.
23.	*Cultural Transformation in Pressure Ulcer Prevention and Care*	2012	P	Atividades educacionais no cuidado da pele do paciente; Seleção de equipe com interesse na área de lesões; e Equipe para Comitê de lesões.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
24.	Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção	2012	P	Implantação de Protocolo para prevenção de LP; Mudança de decúbito; colchão pneumático no leito dos pacientes de risco; Auxílio de travesseiros e coxins; Mudar a posição do paciente com cuidado evitando atrito; Elevar a cabeceira da cama no máximo até 30°; Solicitar à nutricionista suporte nutricional para os pacientes identificados como "alto risco"; Proteger as áreas de proeminências ósseas com travesseiros ou coxins; Manter o calcâneo elevado, com auxílio de coxim próprio; Minimizar a exposição da pele à umidade causada por incontinência, perspiração ou drenagem de fluidos; Limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina; Evitar uso de água quente e excessiva fricção durante o banho; Utilizar um agente suave para o banho (sabonete glicerina) que minimize a irritação e não resseque a pele; Utilizar emoliente suave, Imediatamente, após o banho, para a proteção e hidratação da pele (ácidos graxos essenciais - AGE), nos pacientes idosos e/ou com pele ressecada; Evitar o uso de fita adesiva sobre pele frágil; - Usar protetor de pele (Cavilon® ou hidrocoloide extrafino), antes de colocar a fita adesiva; Não massagear áreas com hiperemia; Evitar massagear áreas de proeminências ósseas; Não fazer uso de almofadas tipo donuts ou anel, que poderão aumentar a área de isquemia; Reposicionar o paciente a cada hora, quando estiver sentado; e Proteger o assento da cadeira com almofada redutora de pressão.
25.	Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano	2013	P	Filme transparente de poliuretano.
26.	*The Turn Team: A Novel Strategy for Reducing Pressure Ulcers in the Surgical Intensive Care Unit*	2013	P	Reposicionamento; e Treinamento sobre prevenção de úlcera por pressão e Escala de Braden.
27.	*Five-Layered SoFt SiLicone Foam dreSSing to Prevent PreSSure uLcerS in the intenSive care unit*	2013	P	Espuma multicamadas de silicone; o uso de uma base de suporte adequada; reposicionamento regular e cuidados com a pele.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
28.	Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos	2013	P	Escala de Risco
29.	Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva	2013	P	Mudança de decúbito; exame físico diário da pele; hidratação da pele; uso de coxins; suporte nutricional; e uso de colchão piramidal e realização de massagens de conforto.
30.	*Sustaining Pressure Ulcer Best Practices in a High-Volume Cardiac Care Environment*	2014	P	Conscientização; Educação; Melhoria da documentação; Comunicação; Implementação de várias práticas preventivas; Mudança das práticas; Forte liderança; Envolvimento multiprofissional; Documentação; Comunicação aprimoradas; Treinamento contínuo; Equipe de suporte; e Portfólio de alterações de baixa tecnologia nos principais fluxos de trabalho e comportamentos.
31.	*Evaluation and impact on the use of information and communication technology in the clinical management and agreed shared monitoring of pressure ulcers*	2014	P	Aplicativo de software; Gerenciar e monitorar as lesões por pressão; Determinar o risco; Realizar uma tela de status nutricional; e Troca de informações entre profissionais pelo aplicativo.
32.	*The VCU Pressure Ulcer Summit*	2015	P	Capacitação de toda a equipe; Cultura da liderança com foco da administração executiva; Iniciativas de desenvolvimento para gerar uma responsabilidade mútua; e Envolvimento do TI para conectar e praticar melhores estratégias de desempenho
33.	*"Just Do It": nurse-led change in Nottingham*	2015	P	Assentos especiais para os pacientes; Quadro branco nomeando funcionário responsável e mudança de decúbito; e Mudança de comportamento; e Mudança de cultura
34.	Reducing Pressure Injuries in Critically Ill Patients Using a Patient Skin Integrity Care Package (Inspire)	2015	P	A avaliação sistemática e contínua da pele do paciente e o risco de lesões por pressão, bem como a implementação de medidas de prevenção personalizadas, são fundamentais para a prevenção de lesões por pressão.
35.	*Longitudinal Pressure Ulcer Rates After Adoption of Culture Change in Veterans Health Administration Nursing Homes*	2016	P	Implementação de mudança de cultura; e Capacitação.
36.	*A Clinical Nurse SpecialistYLed Interprofessional Quality Improvement Project to Reduce Hospital-Acquired Pressure Ulcers*	2016	P	Padronização de documentação; Desenvolvimento de pessoal; Educação e recursos educacionais para pacientes e famílias; Início de um inventário em todo o hospital para superfícies de apoio; Aquisição de equipamentos; Prevenção; e Gerenciamento de lesão por pressão

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
37.	Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão	2016	P	Mudanças de decúbito, hidratação da pele, proteção das saliências ósseas, manutenção da higiene do paciente, educação continuada, identificar fatores de risco.
38.	Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa	2016	P	Campanha Educativa
39.	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado	2016	P	Protocolo de prevenção e identificação dos fatores de risco.
40.	*Successful factors to prevent pressure ulcers – an interview study*	2017	P	Organização, Conscientização, Estratégias são propostas para promover a liderança clínica, Conhecimento, Habilidades, Laços para a implementação crucial da prevenção
41.	*A safety culture training programam enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers*	2017	P	Educação, Participação das gerencias no processo
42.	*Description of Medical-Surgical Nurses' Care of Patients at Risk for Pressure Ulcers (PU)*	2017	P	Atividade educacional, Avaliação de risco padronizada, Fatores identificados como facilitadores da implementação das medidas de prevenção, Motivações pessoais dos profissionais, Uso de protocolos, Uso de consultores especializados, Apoio à liderança

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
43.	*A Nurse-Led Approach to Preventing Pressure Ulcers*	2017	P	Registros escritos do regime de rastreio; Reposicione pacientes acamados em cada 2 horas e com cadeira pacientes a cada hora; Implementar cronograma de reposicionamento e política organizacional; Evitar posições ininterruptas; Utilize o suporte adequado; Instrua o paciente a alterar a posição com frequência; Use dispositivos de elevação; Use travesseiros ou cunhas de espuma para manter proeminências ósseas; Limite a elevação da cabeça do cama a 30 graus ou menos; Realizar a gestão da umidade; Realize uma inspeção da pele diária da cabeça aos pés; Estabelecer; implementar e documentar um programa de bexiga/intestino para pacientes com incontinência; Estimule a diurese no marreco; Use hidratantes; Use produtos de limpeza; Uso de hidratantes; Sabão; com pH neutro ou ligeiramente ácido; Uso de uma barreira de umidade comercial e absorventes ou fraldas que pavio e mantenha a umidade; Obtenha recomendações de especialistas em feridas para os produtos que melhor correspondem necessidades do paciente; Evitar massagens em proeminências ósseas; Avaliar nutrição e acompanhamento; Hidratação; e Planejamento multidisciplinar de feridas
44.	*Educating and campaigning for pressure ulcer prevention*	2017	P	Avaliação da pele; Elevação de calcâneos; Treinamentos teóricos e prático com bonecos; Mídia social com atualizações; Avaliação de risco; Avaliação nutricional; Avaliar perfusão cutânea; Avaliar déficit sensorial; Colchão adequado; Regime de posicionamento; Nutrição; e Gestão de incontinência
45.	*Pressure ulcer education — new ways to educate and motivate*	2017	P	Inspeções abrangentes da pele; Manuseio manual; Evitar o impacto de fricção; Equipamentos ideias; Posicionamento ideal do paciente; Treinamento da equipe; e Identificação das áreas de risco
46.	*Organizational Strategies to Implement Hospital Pressure Ulcer Prevention Programs: Findings from a National Survey*	2017	P	Estratégias organizacionais que apoiam o programa de prevenção; Política; Comitê; Educação do pessoal; e Especialistas em tratamento de feridas
47.	Efetividade do protocolo prevenção de lesões de pele em cirurgias urológicas robóticas	2017	P	Treinamentos; Elaboração de Protocolo de Prevenção; Espumas Multicamadas; Base de suporte adequada; película protetora; Posicionadores; e Travesseiros.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
48.	*Changing the Perceptions of a Culture of Safety for the Patient and the Caregiver Integrating Improvement Initiatives to Create Sustainable Change*	2018	P	Mobilidade do paciente; e Cultura apropriada para a segurança do paciente.
49.	*Help-U to Prevent HAPI: A Change Project to Attain Zero HAPIs*	2019	P	Educação Continuada das enfermeiras responsáveis pela liderança do projeto; Coleta de dados do hospital; Educação continuada para os profissionais comunicando implantação do projeto; Itens do carrinho incluídos para preparo da pele e prevenção; Padronização do carrinho próprio com os materiais de prevenção facilitando acesso aos mesmos; Reavaliação semanal desse paciente; Avaliação de risco (Braden); Medidas implementadas se estavam sendo concluídas; caso não a enfermeira será treinada novamente; Líderes comprometidos; e Equipe entusiasmada; Equipe dedicada para implementação do projeto.
50.	*Changing work routines to prevent pressure ulcers*	2019	P	Superfície adequada; Inspeção da pele; Manter os pacientes em movimento; Gestão da umidade; Nutrição; Hidratação; Treinamento; Investigação da causa raiz da lesão por pressão; Montar equipes com líderes para avaliem a eficácia dos processos; Ênfase na comunicação; Marketing; Assentos especializados; Treinar a equipe de atendimento para reconhecer lesões por pressão e tomar ação é fundamental na prevenção de danos; Compartilhamento de boas práticas em todo o setor é essencial; Um plano de prevenção de lesão por pressão deve estar em vigor para pacientes em risco; Deve incluir regimes de movimentação e manuseio; Ferramenta de avaliação da pele reconhecida nacionalmente é SSKIN (superfície, inspeção da pele, manutenção, incontinência, nutrição); e A coleta de dados aprimorada pode ajudar a configurar um plano de prevenção de lesão por pressão eficaz.
51.	*Pressure Injury Prevention: Outcomes and Challenges to Use of Resident Monitoring Technology in a Nursing Home*	2019	P	Usabilidade do sistema de monitoramento de pacientes para facilitar o reposicionamento; Implementação de estratégias; Treinamento; Suprimentos; e Comunicação
52.	*Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria*	2019	P	Alterações posturais; Elevação de calcâneos; Uso de suplementos nutricionais; Uso de ácidos graxos; e Colchões adequados (almofada estática, almofada dinâmica, tapete estático, tapete dinâmico, colchonete estativo, colchonete dinâmico, colchonete BPC).

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
53.	*Effectiveness and Value of Prophylactic 5-Layer Foam Sacral Dressings to Prevent Hospital-Acquired Pressure Injuries in Acute Care Hospitals*	2019	P	Espuma multicamadas de silicone.
54.	*Clinical governance and pressure ulcer management*	2001	PT	Educação; Treinamento; Desenvolvimento pessoal; Avaliação de risco; Curativos para prevenção em áreas de risco; e Auditoria
55.	Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros	2009	PT	Confecção de um protocolo para prevenção da Lesão por Pressão; Utilização de escalas de avaliação do grau de risco; Quadro demonstrativo enfatizando as áreas suscetíveis à lesão por pressão; Providenciar um colchão de poliuretano (colchão de caixa de ovo) para o paciente, especialmente, aqueles em cadeiras de rodas ou acamados; Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo; modificando os cuidados conforme os fatores individuais; Mobilização ou mudança de posição de duas em duas horas, bem como realizar massagem de conforto com emulsão; Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros; Registro das alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das lesões por pressão proposto pela NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) em 1989; Tratamento precoce da pele: manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão; Checar as áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes de risco e otimizar o estado dessa pele, através da hidratação com cremes à base de ácidos graxos essenciais, tratar a incontinência, evitar o uso de água muito quente, providenciar suporte nutricional; Monitorar e documentar intervenções e resultados obtidos; Implementar medidas de suporte mecânico protegendo e evitando complicações adversas de forças mecânicas externas; e Treinamentos.
56.	*Identifying nosocomial pressure ulcer trends at Boston medical center*	2009	PT	Implantadas Diretrizes para úlceras por pressão e para tratamento de feridas, produtos para tratamento feridas; Educação Continuada; e Cuidados de Enfermagem na prevenção de LPs.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 9 – Síntese das estratégias para gestão das LPs de acordo com a literatura

	Título	Ano	Estratégia de gestão Prevenção (P), tratamento (T), ambos (PT)	Estratégias indicadas nos artigos
57.	Úlceras de pressão: prevenção e tratamento	2012	PT	Inspeção diária da pele; A higiene corporal; evitar excesso de umidade; mobilização a cada 2 horas; Uso de travesseiros, toalhas e outros artifícios para apoiar tronco, membros superiores, sacro, nádegas e calcanhares (proeminências ósseas mais acometidas pelas úlceras) e equipamentos apropriados para prevenção, como colchão caixa de ovo, redutores de pressão, cadeiras especiais, almofadas e outros.
58.	Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas	2013	PT	Educação permanente da equipe; Falta de recursos Humanos e materiais; Falta de protocolo.
59.	*An estimate of the potential budget impact of using prophylactic dressings to prevent hospital-acquired PUs in Australia*	2014	PT	Espuma multicamadas de silicone
60.	*Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática*	2014	PT	Colchões e superfícies de alívio, Filme transparente, Mobilização corporal.
61.	*Implementing the NICE pressure ulcer guideline*	2016	PT	Avaliação de risco; Avaliação da pele; Classificação das lesões por pressão; Indicação de equipamentos para prevenção; Implementação do gerenciamento de lesão por pressão; Melhora na Comunicação; e Educação, Disponibilidade de equipamentos, Pessoal experiente.
62.	*Best Practices for Pressure Ulcer Prevention in the Burn Center*	2017	PT	Gestão interprofissional; Escolha da cama especializada; Cuidados com a pele; Contenção de urina e fezes; Dispositivos de posicionamento; Prevenção da pressão do dispositivo médico; Cuidados com dobras cutâneas; e Uso de curativos profiláticos
63.	*The cost-benefit of using soft silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial*	2017	PT	Espuma multicamadas de silicone.

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 10, apresentam-se as estratégias identificadas na literatura, agrupadas segundo as duas categorias identificadas de prevenção e de prevenção e tratamento de LP. Essas estratégias foram sintetizadas nesse quadro, mas se encontram detalhadas no Apêndice B relacionando o agrupamento das estratégias por pilar da governança clínica (ROLIM et al., 2013; ALEXANDER et al., 2008; ALVES et al., 2008; ANGELO et al., 2017; ATHWALL, 2015; AYELLO, 2011; BALES; PADWOJSKI, 2009a, 2009b; BALES; PADWOJSKI, 2009; BERLOWITZ, 2003; BLACK; MAEGLEY, 2019; BLACK; SALSBURY; VOLLMAN, 2018; BOSCH et al., 2011; BRENNECKE et al., 2008; BRINDLE et al., 2015; YÁÑEZ et al., 2014; CASTANHEIRA et al., 2019; COOPER; GRAY, 2002; COYER et al., 2015; DELLEFIELD, 2008; DOBBS; SPANBAUER; DATZ, 2007; DOWSETT, 2001; FABBRUZZO-COTA et al., 2016; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; GERRISH et al., 1999; GRUNEIR; MOR, 2008; HARTMANN et al., 2016; HOMMEL et al., 2017; GARCÍA et al., 2019; KALOWES; MESSINA; LI, 2016; KIELY, 2012; KRUPP, 2009; LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016; MACDONALD, 2017; MAYER, 2017; MCCOULOUGH, 2019; MCELHINNY; HOOPER, 2008; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; MENEGON et al., 2007; MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; MORISON; BAKER, 2001; MOURA; SILVA; GODOY, 2005; OLKOSKI; ASSIS, 2016; PADULA, 2017; PAUL et al. 2014; REECE, 2017; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; ROSEN et al., 2006; SANTAMARIA et al., 2013; SANTAMARIA; SANTAMARIA, 2014; SANTOS; NEVES; SANTOS, *2013;* SERPA; SANTOS, 2008; SOBAN et al., 2017; SOUZA et al., 2013; STEIN et al., 2012; STEPHEN-HAYNES, 2006; STEPHENS; BICK, 2002; STILL et al., 2013; VOLLMANN, 2006; XIE et al., 2017; WARNER et al., 2017; WILSON, 1999; YAP; KENNERLY, 2011; YAP; KENNERLY; LY, 2019).

Quadro 10 – Agrupamento das estratégias, por nível de prevenção e tratamento

Nível	Estratégias agrupadas em categorias maiores
P	Educação; Participação das gerências no processo; Mudança de comportamento; Avaliação de Risco; Mudança de cultura; Equipamentos; Custos para tratamento e prevenção; Não reembolso dos gastos com LP adquiridas no hospital; Suporte administrativo; Boas práticas de cuidado; Compromisso; Comunicação; Padronização de estratégias de prevenção; Cultura da liderança; Envolvimento do TI; Inventário em todo o hospital para superfícies de apoio; Educação e recursos educacionais para pacientes e famílias; Registros adequados; Implantar programas para incontinentes; Incentivo; *Feedback* da gerência; Auditoria; Mudanças nos desenvolvimento profissional; Mostrar eficácia dos resultados; Barreiras protetoras da pele; Limpador de pele; Equipe para Comitê de lesões; Seleção de equipe com interesse na área de lesões; Mídia social com atualizações; Avaliar perfusão cutânea; Avaliar déficit sensorial; Valorização do profissional; Liderança clínica; Envolvimento de pacientes e seus cuidadores; Especialistas em tratamento de feridas; Envolvimento multiprofissional; Manter acompanhamento e divulgação dos indicadores; Estimular mobilidade espontânea do paciente; Uso de aplicativo de *software*; Motivações pessoais dos profissionais envolvidos; e Espumas multicamadas ou novas tecnologias de prevenção.
PT	Participação das gerências no processo; Equipamentos; Implantar programas para incontinentes; Educação; Barreiras protetoras da pele; Limpador de pele; Auditoria; Padronização de estratégias de prevenção; Boas práticas de cuidado; e Avaliação de Risco.

Fonte: Dados da pesquisa

Utilizando as estratégias citadas em ambos os níveis no Quadro 10, foi possível criar uma nuvem de palavras por meio do *website* livre https://www.wordclouds.com/ a fim de se identificar as palavras de maior frequência nessas estratégias. Como pode ser observado na Figura 7, as palavras envolvimento, prevenção, avaliação, educação, profissionais, pele, mudança, pacientes e gerências, foram as que apresentaram maior frequência nas ações estratégicas citadas nos artigos.

Figura 7 - *Wordcloud* das palavras usadas nas estratégias encontradas nos artigos

Fonte: Dados da pesquisa

O relacionamento das estratégias apresentadas na literatura aos pilares da Governança Clínica é apresentado no Quadro 11, considerando-se as categorias de prevenção e prevenção e tratamento.

Quadro 11 – Agrupamento das estratégias por pilar da governança clínica

Pilares da Governança Clínica	**Prevenção**	**Prevenção e tratamento**
Efetividade clínica	Participação das gerências no processo; Suporte administrativo; Boas práticas de cuidado; Compromisso; Comunicação; Inventário em todo o hospital para superfícies de apoio; Implantar programas para incontinentes; Mostrar eficácia dos resultados; Equipe para Comitê de lesões; Seleção de equipe com interesse na área de lesões; Avaliar perfusão cutânea; Avaliar déficit sensorial; Liderança clínica; Envolvimento multiprofissional; Manter acompanhamento e divulgação dos indicadores; e Estimular mobilidade espontânea do paciente.e	Participação das gerências no processo; Implantar programas para incontinentes; Boas práticas de cuidado; Implantar programas para incontinentes; e Liderança clínica
Auditoria clínica	Registros adequados; Implantar programas para incontinentes; Auditoria; Equipe para Comitê de lesões; Manter acompanhamento e divulgação dos indicadores; Implantar programas para incontinentes; e Auditoria.	Implantar programas para incontinentes; Auditoria; Implantar programas para incontinentes; e Auditoria.
Educação e treinamento	Educação; Mudança de comportamento; Envolvimento de pacientes e seus cuidadores; Mudança de cultura; Cultura da liderança; Educação e recursos educacionais para pacientes e famílias; Mudanças nos desenvolvimento profissional; Equipe para Comitê de lesões; Seleção de equipe com interesse na área de lesões; e Educação.	Educação
Pesquisa e desenvolvimento	Equipamentos; Custos para tratamento e prevenção; Incentivo; *Feedback* da gerência; Motivações pessoais dos profissionais envolvidos; Não reembolso dos gastos com LP adquiras no hospital; Boas práticas de cuidado; Padronização de estratégias de prevenção; Envolvimento do TI; Inventário em todo o hospital para superfícies de apoio; Implantar programas para incontinentes; Barreiras protetoras da pele; Limpador de pele; Mídia social com atualizações; Especialistas em tratamento de feridas; Manter acompanhamento e divulgação dos indicadores; Uso de aplicativo de software; Equipamentos; Implantar programas para incontinentes; Barreiras protetoras da pele; Limpador de pele; Padronização de estratégias de prevenção; e Boas práticas de cuidado,	Equipamentos; Boas práticas de cuidado; Padronização de estratégias de prevenção; Implantar programas para incontinentes; Barreiras protetoras da pele; Equipamentos; Implantar programas para incontinentes; Barreiras protetoras da pele; Limpador de pele; Padronização de estratégias de prevenção; e Boas práticas de cuidado.
Transparência	Não reembolso dos gastos com LP adquiridas no hospital; Manter acompanhamento e divulgação dos indicadores.	
Gestão de riscos	Avaliação de risco.	Avaliação de risco

Fonte: Dados da pesquisa

O agrupamento das estratégias apresentadas na literatura, permitiu a padronização de nomenclaturas e conceitos para cada grupo identificado na literatura, sendo sua síntese apresentada no Quadro 12, a seguir.

Quadro 12 – Estratégias após agrupamento

Participação das gerências no processo
Suporte administrativo
Boas práticas de cuidado
Compromisso
Comunicação
Levantamento de equipamentos/produtos de prevenção já existentes na instituição
Implantar programas para incontinentes
Diagnóstico situacional
Implantar Comissão de Feridas
Seleção de equipe com interesse na área de lesões
Avaliação de risco de todos pacientes diariamente e sempre que necessário
Envolvimento multiprofissional
Controle mensal dos indicadores e divulgação dos mesmos
Auditoria
Educação e Treinamento
Mudança de comportamento e de cultura
Equipamentos e materiais para prevenção
Especialistas em tratamento de feridas
Levantamento de custos
Registros
Nutrição

Fonte: Dados da pesquisa

Todos os estudos da revisão de literatura descrevem a importância de estratégias de prevenção de LP, proporcionando qualidade de vida para o paciente, conforto, satisfação do atendimento e da família com relação à prestação do serviço. Observa-se, ainda, a importância de realizar novos estudos sobre prevalência, incidência, prevenção e tratamento das LPs, com a finalidade de nortear as ações e práticas dos enfermeiros e mostrar para as operadoras, por intermédio de custos, que prevenir realmente reduz o seu custo e aumenta a qualidade de vida e satisfação dos pacientes. O Gráfico 1 apresenta a relação em porcentagem (%) das estratégias abordadas pelos autores na amostra dos 63 artigos.

Gráfico 1 – Relação autores x estratégias

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Instrumento de gestão das lesões por pressão

A padronização de nomenclatura apresentada no Quadro 12 embasou o planejamento das ações estratégicas, considerando seu desenvolvimento, controle e avaliação, constituindo o instrumento de gestão das LPs, conforme expresso no Quadro 13.

Quadro 13 – Instrumento de gestão das LPs

Ações estratégicas	Desenvolvimento	Controle	Avaliação
	Como deverá ser feito	Como será controlado	Como será avaliado e de quanto em quanto tempo? Por quem?
Elaborar atribuições para o enfermeiro estomaterapeuta.	Gerência de Enfermagem junto a diretoria e Recursos Humanos descrever as atribuições do especialista: Elaborar regimento interno; Implantar comissão de Feridas; Realizar diagnóstico situacional da instituição; Controlar os indicadores relacionados a feridas; Elaborar plano de ação junto a qualidade e supervisão do setor com base no evento adverso; Avaliar os pacientes conforme pedidos de interconsultas no sistema; e treinar os enfermeiros da instituição anualmente e sempre que necessário.	Gerência de Enfermagem ou Gerência responsável pela área de feridas.	Avaliações de desempenho do colaborador pelo setor de Recursos Humanos e pela gerência.
Contratar um enfermeiro estomaterapeuta.	Solicitar a diretoria autorização para aumento de quadro de profissionais.	Desenvolver processo de seleção com perfil específico para estomaterapeuta e acompanhar as etapas do processo: entrevista, prova escrita e prova prática.	Avaliar o perfil desejado do estomaterapeuta (experiência em gestão de processos, prevenção e tratamento de feridas, segurança do paciente, qualidade da assistência e elaboração de protocolos clínicos) com o perfil do profissional contratado; esse processo será realizado pelo setor de Recursos Humanos após aprovação da Diretoria Clínica.
Levantamento dos dados relacionados a LP no último ano.	Pelo sistema do hospital: número de LP, localização, risco de desenvolver lesões, sexo, faixa etária, etnia, doenças de base, setor, lesão prévia ou não, estágio da lesão.	TI em parceria com a coordenadora da comissão de feridas ou com o enfermeiro estomaterapeuta.	Gerar relatório e comparar com dados da qualidade notificados para que possa ser mensurada a subnotificação.
Levantamento de produtos/materiais para prevenção e tratamento de feridas em estoque na instituição.	Via sistema do hospital pelo coordenador do compras onde ele irá levantar todos os produtos disponíveis na instituição para prevenção e tratamento de feridas.	Pelo sistema da instituição via produtos cadastrados	Avaliar todos os materiais descritos com o cadastro no sistema.
Levantamento de custos relacionados ao tratamento de LP.	Levantar dados via sistema junto com TI para tratamento de feridas: gaze, soro fisiológico, coberturas e pomadas, micropore, filme transparente, terapias adjuvantes.	Apresentar mensalmente como indicador os custos relacionados a tratamento de lesões por pressão.	Analisar por ntermédio dos gráficos se está apresentando redução dos gastos após implantação das estratégias de prevenção.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 13 – Instrumento de gestão das LPs

Ações estratégicas.	Desenvolvimento	Controle	Avaliação
	Como deverá ser feito	Como será controlado.	Como será avaliado e de quanto em quanto tempo? Por quem?
Suporte administrativo.	Todas estratégias e indicadores que envolvem o sistema da instituição deverão ter acompanhamento pelo setor de Tecnologia e Informação de forma contínua e mensal sendo apresentadas através de indicadores.	Apresentação de indicadores das demandas relacionadas as lesões por pressão.	Avaliar a eficácia da prestação de serviço do setor de Tecnologia e Informação com relação às demandas solicitadas via Ordem de Serviço no sistema e atendimento delas.
Participação das gerências no processo.	Envolver os líderes em todos processos relacionados as lesões por pressão: reuniões, treinamentos, apresentações de indicadores, falhas de processos, compras, glosas, lucros, elaboração de protocolos.	Lista de presença.	Participação mensal nas reuniões da Comissão de Feridas.
Elaborar Regimento Interno para implantação da Comissão de Feridas para aprovação da Diretoria.	Enfermeiro especialista irá elaborar o documento em parceria com os gerentes do compras e da enfermagem.	Avaliar pela diretoria o documento (Regimento Interno).	Através da implantação da Comissão de Feridas pela diretoria.
Comissão de Feridas atuante.	Reuniões mensais.	Lista de presença.	Três faltas consecutivas serão comunicadas à gerência do colaborador para um *feedback.*
Realizar processo de comunicação interna entre Comissão de Feridas, NSP e gestão do corpo clínico.	Via sistema através das não conformidades referentes a lesões de pele.	Nas reuniões mensais da Comissão de Feridas.	Por meio da confirmação da elaboração do plano de ação pela Comissão de Feridas, NSP e Diretoria Clínica com base nos eventos.
Elaboração de um protocolo de prevenção e tratamento de LP com normas orientadoras baseadas em evidências, levando em consideração aspectos de eficiência e segurança do paciente.	Deverá ser elaborado pela Comissão de Feridas de forma interdisciplinar baseado no diagnóstico institucional que será definido por intermédio da coleta das informações relacionadas as LP da instituição.	Deverá ser aprovado pela gerência de enfermagem, gerência do compras e pela diretoria do hospital.	Realizar auditorias e controle dos indicadores mensais verificando a eficácia do protocolo por meio da redução de incidência das LP.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 13 – Instrumento de gestão das LPs

Ações estratégicas	Desenvolvimento	Controle	Avaliação
	Como deverá ser feito	Como será controlado	Como será avaliado e de quanto em quanto tempo? Por quem?
Apresentar propostas do projeto de prevenção para diretoria e operadoras.	Preparar uma aula com o objetivo de apresentar as propostas do protocolo de prevenção e tratamento de feridas apresentando os gastos relacionados a lesões por pressão x gastos com prevenção.	Deverá ser realizado pelo setor glosas	Avaliar motivo das glosas: falta de justificativa; falta de registros; sem indicação do produto. A Comissão de Feridas deverá elaborar um plano de ação para melhorar onde se encontra a falha neste processo.
Realizar compra de materiais e produtos necessários segundo protocolo.	Pelo gerente de compras em parceria com a diretoria, coordenadora da comissão de feridas e gerência de enfermagem.	Controlar entrada e saída de produtos via sistema mensalmente por meio de indicadores	Enfermagem controla uso por meio de indicadores mensais, compras validade e faturamento avaliando as glosas apresentando em indicadores convênio e produto.
Educação continuada para toda equipe envolvida no processo.	Apresentação do protocolo de prevenção e tratamento de feridas e reciclagem anual para os colaboradores. Todas as novas admissões deverão receber este treinamento.	Gerências e coordenação das unidades e equipe de educação continuada em parceria com o enfermeiro especialista.	Setor de Educação continuada através das provas que avaliará a eficácia dos treinamentos (pré e pós teste).
Identificação dos riscos de LP dos Pacientes.	Pelo enfermeiro do setor no ato de admissão e/ou triagem diariamente e sempre que necessário deverá avaliar e registrar os riscos do paciente.	Visualização dos pacientes em uso de pulseiras.	Mensalmente, via auditoria de prontuário e beira de leito, pelo enfermeiro auditor da comissão de feridas.
Avaliar risco do paciente desenvolver lesões por pressão até 8h de admissão e diariamente.	O enfermeiro deverá aplicar escala de Braden e avaliação clínica do paciente para o risco do desenvolvimento de LP. De acordo com o risco será desenvolvido um plano de cuidados de acordo com o protocolo institucional.	Via sistema hospitalar.	Indicadores mensais que serão apresentados pela coordenação da Comissão de feridas.
Mudança de comportamento e de cultura.	Todo profissional assistencial deverá ser treinado na prevenção de LP no momento da admissão e os colaboradores que já estiverem na instituição serão treinados na implantação do protocolo, com reciclagem anual e sempre que necessário.	Lista de presença.	Avaliação através da eficácia de todo o processo através da redução da incidência de LP.
Comunicação	Melhorar a comunicação entre toda a equipe interdisciplinar através da comunicação escrita registrada no prontuário do paciente.	Através de eventos adversos caso apresente qualquer falha neste processo de comunicação.	Setor de Qualidade irá quantificar estas falhas e apresentá-las através de indicadores.

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 13 – Instrumento de gestão das LPs

Ações estratégicas.	Desenvolvimento	Controle	Avaliação
	Como deverá ser feito	Como será controlado	Como será avaliado e de quanto em quanto tempo? Por quem?
Notificações de lesões que abriram após admissão do paciente na instituição.	Analisar aspectos qualitativos da assistência baseada em cinco etapas: seleção de um problema, definição de padrões, coleta dos dados, análise dos resultados, implementação das mudanças necessárias e nova auditoria.	Indicadores	Redução desses indicadores após planos de ação.
Avaliar mensalmente os indicadores de LP.	Avaliar se há redução das LP com implantação do protocolo.	Comparando as taxas de incidência de LP mensalmente.	Caso não haja redução avaliar as causas das LP e verificar a qualidade e efetividade dos serviços prestados: avaliação de risco, frequência das avaliações, cuidados prestados, acompanhamento interdisciplinar.

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

A aplicação do instrumento proposto exigirá acompanhamento constante da sua efetividade e dos indicadores, visando acompanhar a redução das LPs e também oportunizar os ajustes necessários, de acordo com o perfil da instituição e do público assistido.

Para elaboração deste instrumento, foram consideradas as ações estratégicas citadas no Quadro 12, devido ao fato delas abordarem todas as estratégias consideradas relevantes pelos autores da revisão de literatura.

Com o objetivo de complementar a aplicação do instrumento proposto foi elaborado um *check-list* para apoiar o enfermeiro generalista, apresentado no Quadro 14. Ressalta-se que tal instrumento poderá carecer de ajustes de acordo com a instituição e o perfil do púbico atendido, bem como dos protocolos vigentes para prevenção de LP.

Quadro 14 – *Check-list* para enfermagem

1. Lesão por Pressão: ( ) Sim ( ) Não				
( ) Prévia	( ) Aberta na Internação	**Estágio:**		
Idade do Paciente				
( ) < 5 anos	( ) 5 a 12 anos	( ) 13 a 59 anos	( ) > 60 anos	
Doença de Base				
( ) Diabetes	( ) IRC	( ) Insuficiência Venosa	( ) Insuficiência Cardíaca	( ) Outras
2. Escala de Risco				
( ) Alto	( ) Moderado	( ) Mínimo		
Acamado				
( ) Sim	( ) Não			
Uso de drogas vasoativas				
( ) Sim	( ) Não	Qual?		
Estado Nutricional				
( ) Excelente	( ) Adequada	( ) Provável Inadequação	( ) Muito Pobre	
Percepção Sensorial				
( ) Não Prejudicada	( ) Pouco Limitada	( ) Muito Limitada	( ) Completamente Limitada	
Umidade (Incontinência)				
( ) Sim	( ) Não	( ) Urinária	( ) Fecal	
Uso de Fralda				
( ) Sim	( ) Não	Avaliar possibilidade de suspender uso da fralda		
Mudança de decúbito				
( ) Eficaz	( ) Não Tolerante	( ) Contra Indicada		
Estratégias de Prevenção				
( ) Base de Suporte Adequada	( ) Protocolo de Incontinência	( ) Espuma Multicamadas	( ) Mudança de Decúbito	

Fonte: Elaborado pela autora

5 DISCUSSÃO

Na gerência de serviços de saúde exercida pelos enfermeiros, há uma demanda de aperfeiçoamento dos conhecimentos em gestão para que possam exercer com sucesso essa responsabilidade inerente ao trabalho do enfermeiro e da assistência à saúde. Para que essa prestação de serviços à saúde seja de qualidade, se faz necessário que a assistência e a gerência estejam interligadas na execução do trabalho de enfermagem. O conhecimento sobre as ferramentas gerenciais utilizadas pelo enfermeiro torna sua prática gerencial mais acertada e sistematizada (OLIVEIRA et al., 2017).

Assim, direcionando a gestão do planejamento da assistência da prevenção e tratamento de LP, o enfermeiro estomaterapeuta, por meio de instrumentos de gestão, será capaz de assumir suas atribuições direcionadas para toda a gestão deste processo de gestão estratégica das lesões (APÊNDICE C) e acompanhar a sua eficácia em parceria com a diretoria, por meio dos instrumentos de gestão das LPs, equipe assistencial e de suporte. O enfermeiro estomaterapeuta deverá se envolver estrategicamente na gestão e na assistência, mas, direcionado para a sua área de atuação específica dentro de sua especialidade, de forma a não sobrecarregar as gerências e nem a equipe assistencial com suas demandas.

Apesar de todos os artigos da revisão de literatura abordarem a importância das estratégias de prevenção de LP, essa conduta ainda não faz parte da realidade gerencial e estratégica de grande parte das instituições de saúde. O enfermeiro estomaterapeuta, por meio de recursos humanos, treinamentos, protocolos e equipamentos pode implantar estratégias de prevenção e repassar para a equipe assistencial seu conhecimento sobre as novas tecnologias presentes no mercado, assim como gerir todo o processo dentro da instituição (MAYER, 2017; SOBAN et al., 2017; STEPHEN-HAYNES, 2006; YAP; KENNERLY, 2011). Com os instrumentos de gestão das LP proposto, o enfermeiro estomaterapeuta irá encaminhar e acompanhar as estratégias que ainda não são realizadas na sua instituição para cada setor responsável, assim como monitorar a eficácia de todo o processo. A eficácia do plano de ação deverá ser mensurada e avaliada por meio da análise da incidência de LP após a implantação do plano. A possibilidade acompanhar o processo e entender os gargalhos que contribuem para o aparecimento das LP é um ponto forte desse instrumento.

Entende-se, entretanto, ser necessário o diagnóstico situacional como medida inicial da instituição e dos setores com relação às LPs para que se possa conhecer a situação atual e real como *start* do processo estratégico. Entretanto, não foi encontrada na revisão de literatura a indicação dessa necessidade do diagnóstico situacional da instituição. Contudo, esse

diagnóstico, na realidade assistencial, é de extrema importância, devendo ocorrer antes da elaboração de um protocolo para que se tenha o conhecimento do perfil epidemiológico das LPs da instituição: setores de maior incidência, localizações, perfil de pacientes (escala de risco, idade, sexo, estado nutricional etc.), incidência nos setores, estratégias já utilizadas relacionadas a LP, equipamentos de prevenção presentes na instituição. Com base nessas informações será possível elaborar o protocolo institucional e a padronização de equipamentos, buscando a melhoria da assistência e, consequentemente, a redução da incidência de LP, por meio de uma assistência de enfermagem de qualidade em parceria com toda a equipe interdisciplinar e gestores.

Na revisão de literatura todos os artigos descrevem que os profissionais responsáveis pela prevenção das LPs são parte da equipe de enfermagem pelo fato deles permanecerem 24 horas com o paciente e realizarem os cuidados diretos: banho, mudança de decúbito, troca de fralda, inspeção diária da pele, entre outros. Esta é a realidade encontrada na assistência ao paciente e os profissionais de enfermagem são por esse motivo os maiores responsáveis por este cuidado direto. Porém, destaca-se a parceria com setores de apoio, como Tecnologia e Informação e Compras, como fundamental para o sucesso de implantação das estratégias de prevenção de LP, não sendo este apenas dependente somente da enfermagem (AYELLO, 2011; PAUL et al. 2014; BRINDLE et al., 2015; STEPHEN-HAYNES, 2006; BRENNECKE et al., 2008; FABBRUZZO-COTA et al., 2016; WARNER et al., 2017).

Nesse sentido, as capacitações devem ser feitas não apenas para os profissionais de enfermagem, mas para todos os profissionais envolvidos no processo. Especificadamente para a enfermagem são necessárias capacitações periódicas referentes às estratégias de prevenção implantadas nas instituições, pois, além de se tratar de tecnologias inovadoras, são cuidados diários e individualizados que serão prestados de acordo com o risco de cada paciente (ROLIM et al., 2013; ALEXANDRE et al., 2008; ANGELO et al., 2017; AYELLO, 2011; BLACK; MAEGLEY, 2019; BRINDLE et al., 2015; COOPER; GRAY, 2002; DELLEFIELD, 2008; DOBBS; SPANBAUER; DATZ, 2007; DOWSETT, 2001; FABBRUZZO-COTA et al., 2016; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; GERRISH et al., 1999; HARTMANN et al., 2016; KIELY, 2012; KRUPP, 2009; LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016MACDONALD, 2017; MCCOULOUGH, 2019; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2010; MORISON; BAKER, 2001; OLKOSKI; ASSIS, 2016; PAUL et al. 2014; REECE, 2017; ROSEN et al., 2006; SOBAN et al., 2017; STEPHEN-HAYNES, 2006; STEPHENS; BICK,2002;STILL et al., 2013; XIE et al., 2017; YAP; KENNERLY; LY, 2019).

Os profissionais deverão ser capacitados não somente com relação a execução de suas atividades técnicas, como também, com relação aos registros de todos os cuidados prestados na assistência ao paciente. Os registros dos profissionais de saúde ainda são muito falhos na assistência com déficit de registros e informações insuficientes. Ochoa-Vigo (2001) descreve que é momento de entender e assumir os registros de enfermagem no prontuário do paciente como parte integrante do processo de enfermagem, compreendendo que as informações de cuidados prestados é a forma para mostrar o trabalho, bem como para o desenvolvimento da profissão.

Como documento legal, os registros somente terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras. Segundo Oguisso (1975), são essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento. A ausência dos registros ou sua realização de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem. Somente 2,0% dos autores descrevem a importância dos registros em prontuários relacionando-os a prevenção e acompanhamento do tratamento das LPs (AYELLO, 201; KRUPP, 2009; MORISON; BAKER, 2001; PAUL et al. 2014; YAP; KENNERLY, 2011).

Outro fator que merece atenção quanto a equipe de enfermagem é a rotatividade desses profissionais que também é um fator prejudicial na assistência, por isso, é importante a capacitação dos profissionais no momento de sua admissão, para que possam ser executados atendimentos de qualidade conforme os protocolos institucionais. O líder é o profissional responsável por envolver os colaboradores neste processo desde sua admissão, e, para que isso ocorra, é necessário o envolvimento das lideranças em todo o processo também (BOSCH et al., 2011; YÁÑEZ et al., 2014; FABBRUZZO-COTA et al., 2016; KRUPP, 2009; MCCOULOUGH, 2019; PAUL et al. 2014; ROSEN et al., 2006; STEPHEN-HAYNES, 2006; STEPHENS; BICK, 2002; ROSEN et al., 2006; DELLEFIELD, 2008; BRINDLE et al., 2015; HOMMEL et al., 2017; XIE et al., 2017; MAYER, 2017; BLACK; MAEGLEY, 2019; WARNER et al., 2017).

Enquanto o plano de ação contribuirá para a organização e acompanhamento do processo de gestão das lesões, o *check-list* foi criado com o objetivo de padronizar e facilitar os registros de enfermagem relacionados aos fatores de risco de LP e auxiliar o enfermeiro generalista no seu cotidiano de trabalho a fornecer dados ao enfermeiro estomatoterapeuta. Sugere-se que ele seja aplicado pelo enfermeiro assistencial em todos pacientes admitidos na instituição em até oito horas após sua admissão. Ele poderá ser adaptado ao sistema eletrônico das instituições hospitalares incluindo o seu preenchimento ‘obrigatório’ para a enfermagem,

evitando, assim, a falha na execução deste registro. Este documento deverá ser preenchido diariamente e sempre que apresentar mudanças relacionadas aos fatores de risco. De acordo com os riscos que os pacientes apresentarem, estes deverão ser tratados conforme o protocolo de cada instituição.

A implantação do protocolo de LP deverá ser realizada por cada instituição por meio de uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais para identificação dos pacientes em risco e implantação das estratégias direcionadas para a prevenção de LP. O protocolo é baseado na avaliação de risco padronizada por cada instituição. Nos estudos da revisão de literatura, 100% dos que abordam escalas de risco apontam a escala de Braden como a mais eficaz (BALES; PADWOJSKI, 2009; BLACK; MAEGLEY, 2019; YÁÑEZ et al., 2014; COOPER; GRAY, 2002; DOWSETT, 2001; GERRISH et al., 1999; MACDONALD, 2017; MAYER, 2017; MCCOULOUGH, 2019; MCELHINNY; HOOPER, 2008; MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009; REECE, 2017; SANTOS; NEVES; SANTOS, *2013;*STEPHENS; BICK, 2002; STEPHEN-HAYNES, 2006; STILL et al., 2013;WILSON, 1999), o que pode ser um ponto de partida para a identificação dos riscos e a organização dos dados para o plano de gestão das lesões, desde que faça parte do protocolo e seja de conhecimento de todos os envolvidos.

A mensuração da efetividade do protocolo de gestão das LPs se faz pelo controle dos indicadores relacionados a LP junto com a auditoria clínica. A auditoria é uma ferramenta essencial, pois, por intermédio dela será avaliada a execução das estratégias. Porém, somente 4,3% dos autores abordaram esta estratégia (BLACK; MAEGLEY, 2019; KRUPP, 2009; MCCOULOUGH, 2019; VOLLMANN, 2006; GERRISH et al., 1999; WILSON, 1999; MORISON; BAKER, 2001; STEPHENS; BICK, 2002; COOPER; GRAY, 2002; DELLEFIELD, 2008; DOWSETT, 2001).

É importante o controle mensal desse indicador para avaliar a sua efetividade e a divulgação dos resultados para conhecimento de todos os colaboradores da instituição que estiverem envolvidos no processo. Para a adequada gestão do cuidado assistencial no contexto hospitalar, para a sua prevenção e tratamento, a governança clínica pode contribuir para a melhoria da assistência à saúde como um todo. Somente 6,34% dos artigos da revisão de literatura associam a governança clínica com as estratégias de prevenção de LP, motivo pelo qual se percebe a necessidade de novos estudos mostrando a importância dessa associação, devido ao fato de a ferramenta da governança clínica contribuir com uma gestão das feridas para a melhoria da qualidade da assistência e a redução dos custos hospitalares (DOWSETT, 2001; WILSON, 1999).

As estratégias descritas pelos autores são amplas, envolvendo: a equipe interdisciplinar desde as gerências, no desenvolvimento de todo o processo; suporte administrativo de setores comerciais/compras (para levantamento dos equipamentos e materiais já padronizados na instituição e para realização da compra dos produtos de acordo com o protocolo institucional) e tecnologia e informação (para o levantamento dos dados e controle dos indicadores de LP); e nutrição (no acompanhamento dos pacientes que apresentarem déficit nutricional) e profissional especializado (no atendimento diferenciado e direcionado para todo o processo relacionado a prevenção e tratamento de LP). A comunicação, mudança de comportamento e de cultura são estratégias essenciais e devem envolver toda esta equipe interdisciplinar, o que, muitas vezes, na realidade clínica, é direcionado somente para a enfermagem.

Quando os autores descrevem ‘boas práticas no cuidado’, eles tratam de cuidados assistenciais direcionados para prevenção mas não somente através de técnicas (como mudança de decúbito, gerenciamento da umidade, avaliação de risco, hidratação corporal etc.), como também, do uso de tecnologias inovadoras (base de suporte adequada com redistribuição da pressão, espuma multicamadas, película protetora, filmes transparentes etc.). Na realidade assistencial, o profissional de enfermagem necessita associar a sua assistência com essas tecnologias para minimizar os riscos dos pacientes relacionados a LP, o que ainda não faz parte da realidade de grande parte das instituições hospitalares, tanto públicas quanto privadas. Por esse motivo, é necessária a realização de mais estudos comprovando a necessidade de estratégias de prevenção para o sucesso da redução das LPs (SANTAMARIA et al., 2013; SANTAMARIA; SANTAMARIA, 2014; KALOWES; MESSINA; LI, 2016; PADULA, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lesões por pressão são um problema na saúde pública, cuja prevalência tem aumentado devido aos avanços relacionados à assistência à saúde e às condições de saúde. Considerando a magnitude desse problema, a prevenção tem sido apontada como o melhor caminho para minimizar esses eventos. O enfoque na utilização de estratégias de prevenção de LP existentes no mercado visa a redução da incidência de LPs associadas à busca por atendimento de qualidade, aumento da qualidade de vida do paciente e redução dos custos hospitalares. Entretanto, apenas o uso de tecnologias inovadoras para prevenção favorece os pacientes, mas não substitui uma assistência de enfermagem de qualidade. A prevenção das LPs demanda a implantação de cuidados direcionados por uma gestão estratégica dessas baseada na identificação dos pacientes em risco de desenvolver LPs e implantação de cuidado assistencial direcionado para as estratégias de prevenção.

As escalas de avaliação de risco para LP combinadas com o raciocínio clínico podem auxiliar os profissionais a estabelecerem as intervenções mais adequadas para o paciente, desde que aplicadas da maneira correta e que condutas assertivas sejam tomadas. Entretanto, devido a magnitude do problema, entende-se que as instituições hospitalares necessitam de profissional especializado e exclusivo para a gestão da assistência aos pacientes quanto ao risco de desenvolver LP. Nesse contexto, o enfermeiro estomaterapeuta, com conhecimento advindo da sua especialização, seria altamente recomendado para gerir esse processo. O estomaterapeuta ainda é pouco conhecido pelas instituições hospitalares, que raramente possuem um especialista exclusivo para este fim. Esse profissional pode atuar desde o acompanhamento das LPs até na implantação de todo processo de prevenção e tratamento de feridas.

A gestão das LPs pode ser feita por meio do planejamento de estratégias de prevenção e implantação de serviço para controle dos indicadores relacionados a LP, já direcionando para as estratégias setoriais que deverão ser implantadas e distribuídas entre os respectivos setores. Por meio desse planejamento, o profissional consegue acompanhar a execução das atividades e a sua eficácia, avaliando a necessidade de realizar qualquer tipo de alteração no processo. Ao passo que, o c*heck-list,* contribui para o controle contínuo dos pacientes fornecendo dados para o planejamento da assistência ao paciente, identificando aquele que apresenta riscos de desenvolver LP, alertando o profissional de saúde (enfermeiro) sobre a necessidade de estratégias de prevenção. Além disso, o c*heck-list* tem como objetivo

proporcionar ao profissional de enfermagem facilidade e praticidade em sua aplicação e direcionamento dos cuidados de acordo com risco do paciente.

Associando os artigos desta revisão de literatura à prática clínica, conclui-se que se tem como planejamento de estratégias a serem implantadas relacionadas à prevenção de LP: identificação dos riscos de LP dos pacientes; elaboração de Regimento Interno para implantação da Comissão de Feridas; realizar processo de comunicação interna entre Comissão de Feridas, Núcleo de Segurança do Paciente e gestão do corpo clínico; ter uma Comissão de Feridas atuante; elaboração de um protocolo de prevenção e tratamento de LP; contratar um enfermeiro especializado; elaborar atribuições para o enfermeiro estomaterapeuta; realizar o treinamento da equipe de enfermagem por um especialista; educação continuada; levantamento dos dados relacionados a LP no último ano; levantamento de custos relacionados ao tratamento de LP; levantamento de produtos/materiais para prevenção e tratamento em estoque; realizar compra de materiais e produtos necessários segundo protocolo; avaliar mensalmente os indicadores de LP, apresentar propostas do projeto de prevenção para diretoria e operadoras; participação das gerências no processo; suporte administrativo; avaliar risco do paciente para desenvolver lesões de pele até 8h de admissão e diariamente; mudança de comportamento e de cultura; comunicação; e notificações de lesões que abriram após admissão do paciente na instituição.

Com a realização desse planejamento estratégico das LPs, por intermédio do instrumento apresentado neste estudo, as instituições terão a possibilidade de nortear seus profissionais para a implantação de estratégias de prevenção com foco na redução da incidência de LP e na melhoria da qualidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem deverão ter o suporte de um especialista que poderá esclarecer todas as dúvidas no decorrer do processo e elaborar estratégias direcionadas ao perfil de cada instituição. Para ter-se um cuidado de qualidade direcionado aos pacientes com risco de LP é necessário o uso de ferramentas gerenciais bem elaboradas e distribuídas para os respectivos profissionais, facilitando e padronizando a tomada de decisão. Para isso, é necessária uma gestão de pessoas e de recursos materiais de qualidade com envolvimento dos gestores em todo o processo, com a execução de boas práticas no cuidado, envolvendo uma equipe interdisciplinar, comunicativa e comprometida.

Conclui-se que a redução da incidência das LPs nas instituições hospitalares demanda um cuidado de enfermagem qualificado, associado a implantação de um projeto estrutural, envolvendo todas as equipes, que devem ser capacitadas periodicamente e envolvidas em parceria com os seus respectivos gestores. As estratégias devem ser mensuradas mensalmente,

avaliando, assim, sua eficácia, que reflete diretamente na redução do indicador de LP. Percebe-se a necessidade de novos estudos com a abordagem de LP relacionada com prevenção, tratamento, custos, incidência, prevalência e, principalmente, sua associação com enfermeiro estomaterapeuta e governança clínica.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, L. B. et al. Identifying nosocomial pressure ulcer trends at Boston Medical Center: 2300. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 35, n. 3, p. S29-30, May-Jun. 2008.

ALVES, A. G.; BORGES, J. W.; BRITO, M. A. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 6, n. 2, p. 793-804, abr./jun. 2014.

ALVES, A. L. D.; D'AMARIO, J. E. **Desafios para implantar um Modelo de Governança Corporativa nas Cooperativas Unimed**. 2013. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA Gestão Empresarial) – Fundace/Fundação Unimed, São Paulo, 2013.

ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008.

ANGELO, C. S. et al. Efetividade do protocolo prevenção de lesões de pele em cirurgias urológicas robóticas. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 3, p. 152-60, jul./set. 2017.

ANDRADE, A.; ROSSETTI, J. P. **Governança corporativa**: fundamentos, desenvolvimento e tendências. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011.

ARAUJO, T. M.; MOURA, F. M.; CAETANO, J. A. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 858-64, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Estatuto**. São Paulo, 2002.

ATHWALL, D. "Just Do It": nurse-led change in Nottingham. **Nursing Times**, v. 111, n. 11, p. 12-3, Mar. 2015.

AYELLO, E. A. Changing systems, changing cultures: reducing pressure ulcers in hospitals. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 37, n. 3, p. 120-2, Mar. 2011.

BALES, I.; PADWOJSKI, A. A new source of funds for pressure ulcer care. **Journal of Wound Care**, v. 18, n. 4, p. 133, Apr. 2009a.

BALES, I.; PADWOJSKI, A. Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence. **Journal of Wound Care**, v. 18, n. 4, p. 137-44, Apr. 2009b.

BARSOTTI, S. A. Relato de experiência: desbridamento de feridas com solução Ringer Lactato. Revista Feridas, v. 1, n. 6, np, 2014.

BEDIN, L. F. et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 61-67, set. 2014.

BERETA, R. P. et al. Protocolo assistencial para prevenção de úlcera por pressão em clientes críticos. **Cuid. Arte Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 80-6, 2010.

BERLOWITZ, D. R. et al. Quality improvement implementation in the nursing home. **Health Services Research**, v. 38, n. 1, p. 65-83, Feb. 2003.

BLACK, J.; MAEGLEY, J. Help-U to Prevent HAPI: A Change Project to Attain Zero HAPIs. **Medsurg Nursing**, v. 28, n. 1, Jan.-Feb. 2019. Disponivel em: <http://www.medsurgnursing.net>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BLACK, J. M.; SALSBURY, S.; VOLLMAN, K. M. Changing the perceptions of a culture of safety for the patient and the caregiver: integrating improvement initiatives to create sustainable change. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 41, n. 3, p. 226-39, Jul./Sep. 2018.

BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C.; MAGALHÃES, M. B. B. **Feridas**: como tratar. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BORGHARDT, A. T. et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 28-35, jan.-fev. 2015.

BOSCH, M. et al. Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 8, n. 1, p. 4-14, mar. 2011.

BOYLE, D. K. Nursing specialty certification and patient outcomes: what we know in acute care hospitals and future directions. **Journal of the Association for Vascular Access**, v. 22, n. 3, p. 137-42, 2017.

BRADEN, B.; BERGSTRON, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Rehabilitation Nursing**, v. 12, n. 1, p. 8-12, Jan.-Feb. 1987.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde – incidentes relacionados à assistência à saúde nº 15–2016**. Brasília: Anvisa, 2017a.

_____. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015 Revisada**. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde – Acrescentando orientações sobre as mudanças no NOTIVISA. 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. **Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2017**. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de Saúde. 2017b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/notatecnica-gvims-ggtes-03-2017>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-36-de-25-de-julho-de-2014>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRENNECKE, A. et al. Administrative support as a key intervention to decrease the number of hospital acquired pressures ulcers. **Journal of Wound Ostomy & Incontinence Nursing**, v. 35, n. 3, p. 31, may/jun. 2008.

BRINDLE, C. T. et al. The VCU Pressure Ulcer Summit. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, v. 42, n. 4, p. 331-7, 2015.

YÁÑEZ, O. B. et al. Evaluation and impact on the use of information and communication technology in the clinical management and agreed shared monitoring of pressure ulcers. **Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia**, v. 50, n. 4, p. 179-84, Aug. 2014.

BUETOW, S. A.; ROLAND, M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to qualify of care. **Quality in Health Care**, n. 8, p. 184-90, 1999.

BUJA, A. et al. Developing a new clinical governance framework for chronic diseases in primary care: an umbrella review. **BMJ Open**, v. 8, p. 1-17, 2-18. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/7/e020626.full.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BUNCH, C. Clinical governance. **British Journal of Haematology**, n. 112, p. 533-40, 2001.

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. 52-7, oct. 2010.

CASTANHEIRA, L. et al. Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 88, n. 27, p. 1-12, jul./Ago./Set. 2019.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008.

COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS. **Recomendações da CVM sobre governança corporativa**. Jun. 2002. Disponível em: http://www.cvm.gov.br/export/sites/cvm/decisoes/anexos/0001/3935.pdf. Acesso em: 5 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Anexo da Resolução Cofen nº 0567/2018**. Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Disponível em: https://cofen.gov.br. Acesso em: 3 ago. 2019.

COOPER, P.; GRAY, D. Best practice statement for the prevention of pressure ulcers. **British Journal of Nursing**, v. 11, supl. 12, p. S38-40, May 2002.

COSTA, I. G. Challenge in practice - venous leg ulcer management: a case study demonstrating the role of the wound care nurse in a developing country. **World Council Therapists Journal**, v. 38, n. 4, p. 28-34, Oct./Dez. 2018.

COYER, F. et al. Reducing pressure injuries in critically ill patients by using a patient skin integrity care bundle (InSPiRE). **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 3, p. 199-209. May 2015.

CROOK, M. Clinical governance and pathology. **Journal of Clinical Pathology**, v. 55, n. 3, p. 177-9, 2002.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DELLEFIELD, M. E. Nursing staff descriptions of clinical supervision and management in veterans affairs–affiliated nursing homes. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 23, n. 1, p. 66-74, Jan. 2008.

DIAS, M. S. C.; BOCCARA, P. M. A.; MORITA, A. B. P. S. Perfil profissional de enfermeiros estomaterapeutas egressos da Universidade de Taubaté. **Estima**, v. 12, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/92>. Acesso em: 10 set. 2019.

DOBBS, N. A.; SPANBAUER, P.; DATZ, D. Continuous automated pressure ulcer monitoring. **Journal for Nurses in Staff Development**, v. 23, n. 3, p. 132-5, 2007.

DONALDSON, L.; HALLIGAN, A. Implementing clinical governance: turning vision into reality. **British Medical Journal**, v. 322, p. 1413-7, 2001.

DOWSETT, C. Clinical governance and pressure ulcer management. **Nursing Standard**, v. 15, n. 22, p. 48-52, 2001.

FABBRUZZO-COTA, C. et al. A clinical nurse specialist-led interprofessional quality improvement project to reduce hospital-acquired pressure ulcers. **Clinical Nurse Specialist**, v. 30, n. 2, p. 110-6, mar./apr. 2016.

FARDAZAR, F. E. et al. Hospitals' readiness to implement clinical governance. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 4, n. 2, p. 69-74, 2015.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008.

FERREIRA, J. D. et al. Risco e prevalência de úlcera por pressão em usuários da rede básica de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE Online**, v. 6, n. 9, p. 2045-51, 2012.

FLANAGAN, M. The role of the clinical nurse specialist in tissue viability. **British Journal of Nursing**, v. 5, n. 11, p. 676-81, 1996.

FONTES FILHO, J. R. Capítulo 2. O conceito e a prática de governança corporativa. In: VENTURA, E. C. F. (Coord.). **Governança cooperativa**: diretrizes e mecanismos para fortalecimento da governança em cooperativas de crédito. Brasília: Banco Central do Brasil, 2009. p. 31-47.

FRANCO, I. Os avanços do compliance no Brasil. **Harvard Business Review**, maio 2018. Disponível em: <https://hbrbr.uol.com.br/avancos-compliance-brasil>. Acesso em: 28 set. 2019.

GAULD, R.; HORSBURGH, S. Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perception of senior doctors in 2010 and 2012. **BMC Health Services Research**, n. 14, p. 547, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/547>. Acesso em: 3 set. 2019.

GAULD, R.; HORSBURGH, S.; BROWN, J. The clinical governance development index: results from a New Zealand study. **BMJ Quality & Safety**, n. 20, p. 947-53, 2011.

GEOVANINI, T. **Manual de cuidados com feridas e curativos**. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2019.

GERRISH, K. et al. Promoting evidence-based practice: managing change in the assessment of pressure damage risk. **Journal of Nursing Management**, v. 7, n. 6, p. 355-62, Nov. 1999.

GOMES, R. et al. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2431-9, 2015.

GOULD, D. et al. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a replication study. **International Journal of Nursing Studies**, n. 41, n. 3, p. 331-9, 2004.

GOVERNANCE CARE. **Pilares da governança clínica**. 2019. Disponível em: <http://governance.care/governanca-clinica/>. Acesso em: 18 set. 2019.

GRUNEIR, A.; MOR, V. Nursing home safety: current issues and barriers to improvement. **Annual Review of Public Health**, v. 29, p. 369-82, 2008.

HARTMANN, C. W. et al. Longitudinal pressure ulcer rates after adoption of culture change in veterans health administration nursing homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 1, p. 151-5, Jan. 2016.

HEALTHCARE GOVERNANCE AND TRANSPARENCY ASSOCIATION. **Principles and Guidelines for Governance in Hospitals**. Egypt, 2014.

HEYRANI, A. et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. **Implementation Science**, n. 7, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457909/pdf/1748-5908-7-84.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

HOMMEL, A. et al. Successful factors to prevent pressure ulcers - an interview study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 102, p. 182-9, jan. 2017.

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO. **Hospital publica relatório de Governança Corporativa**. 6 jul. 2018. Disponível em: <http://hlaureano.org.br/hospital-publica-relatorio-de-governanca-corporativa/>. Acesso em: 19 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa**. 5. ed. São Paulo, 2015.

_____. **Compliance from a corporate governance perspective**. São Paulo, 2019a.

_____. **Compliance à luz da governança corporativa**. São Paulo, 2017.

_____. **Nossa história**. [2019b?]. Disponível em: https://www.ibgc.org.br/destaques/quemsomos_nossa-historia. Acesso em: 5 out. 2019.

GARCÍA, J. F. J. et al. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. **Gerokomos**, v. 30, n. 1, p. 28-33, 2019.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

KALOWES, P.; MESSINA, V.; LI, M. Five-layered soft silicone foam dressing to prevent pressure ulcers in the intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v. 25, n. 6, p. e108-19, Nov. 2016.

KIELY, C. Cultural transformation in pressure ulcer prevention and care. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, v. 39, n. 4, p. 443-6, jul./ago. 2012.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human**: building a safer health system. Washington: National Academy of the Institute of Medicine, 1999.

KRUPP, A. Pressure ulcer prevention in the intensive care unit: clinical nurse specialist impact on changing unit culture. **Clinical Nurse Specialist**, v. 23, n. 2, p. 106, mar./apr. 2009.

LAMÃO, L. C. L.; QUINTÃO, V. A.; NUNES, C. R. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. **Múltiplos Acessos**, v. 1, n. 1, p. 1-11, jul./dez. 2016.

LARA, M. O. et al. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 471-7, jul./set. 2011.

LIMB, C. et al. How to conduct a clinical audit and quality improvement project. **International Journal of Surgery Oncology**, n. 2, n. 6, p. 1-3, apr. 2017.

LIRA, C. A. et al. Governança corporativa em um hospital privado: um estudo de caso sobre o impacto no desempenho hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 3, p. 229-44, set./dez. 2017.

LOTTENBERG, C. L.; SAAD, D.; MAZZOLA, C. Governança Corporativa na área da saúde: modelo Einstein. In: LUCA, L. (Coord.). **Governança corporativa em saúde**: conceitos, estruturas e modelos. São Paulo: Saint Paul, 2014. Cap. 14. p. 217-28.

LOUDET, C. I. et al. Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quase-experimental. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.29, n. 1, p. 39-46, 2017.

MACDONALD, J. Pressure ulcer education: new ways to educate and motivate. **Wounds UK**, v. 13, n. 2, p. 77-9, 2017.

MACHADO, M. Governança clínica: um novo modelo de gestão da qualidade. **Anuário Brasileiro de Governança e Acreditação em Saúde**, p. 30-8, 2014. Disponível em: https://issuu.com/governancasaude/docs/anuario_saude. Acesso em: 28 set. 2019.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativo, ostomias e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2010.

MARQUES, L. G.; VIEIRA, M. L.; PEREIRA, S. E. A construção do conhecimento dos enfermeiros perante a nova classificação da úlcera por pressão. **Estima**, v. 11, n. 1, p. 13-21, 2013.

MAYER, B. J. **Description of medical-surgical nurses' care of patients at risk for pressure ulcers (PU)**. 2017. Disponível em: <https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/622154/Mayer_84597_Session%20Info.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 5 jun. 2019.

MCCOULOUGH, S. Changing work routines to prevent pressure ulcers. **Nursing and Residential Care**, v. 21, n. 3, p. 129-34, Mar. 2019.

MCELHINNY, M. L.; HOOPER, C. Reducing hospital-acquired heel ulcer rates in an acute care facility. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 35, n. 1, p. 79-83, 2008.

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. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 223-8, mar. 2009.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores devem saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENEGON, D. B. et al. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, v. 27, n. 2, p. 61-4, 2007.

MENEZES, L. C. G. et al. Cuidados clínicos e gerenciais de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão. **Estima**, v. 15, n. 2, p. 107-14, 2017.

MERHY, E. E. **Saúde e cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MITTAG, B. F. et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem Care of Skin Injuries: Nursing Actions Cuidado con Lesiones de la Piel: Acciones de la Enfermería. **Estima**, v. 15, n. 1, p. 19-25, 2017.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão**. Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, [10 telas], nov.-dez. 2010.

MOORE, Z. et al. Position paper: managing wounds as a team. **Journal of Wound Care**, v. 23, n. 5 supl., p. S-1-38, Oct. 2014.

MOREIRA, R. A. et al. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. **Revista Rene**, v. 10, n. 4, p. 83-9, 2009.

MORISON, B.; BAKER, C. How to raise awareness of pressure sore prevention. **British Journal of Midwifery**, v. 9, n. 3, p. 147-50, mar. 2001.

MORRIS, G. N.; JOHNSON, R. W. Clinical governance – what is it all about? **Anaesthesia**, n. 54, p. 31-2, 1999.

MOURA, C. E. M.; SILVA, L. L. M.; GODOY, J. R. P. Úlceras de pressão: prevenção e tratamento. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 275-86, jul./dez. 2005.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **NPUAP pressure injury stages**. Washington, DC: NPUAP, 2016. Disponível em: http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinicalresources/npuap-pressure-injury-stages/. Acesso em: 10 maio 2017.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 129-52, abr. 2000.

OGUISSO, T. **Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente**. 1975. Tese [livre docência] - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1975.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emília; ROSSI, Lídia Aparecida; HAYASHIDA, Miyeko. **Avaliação das anotações de enfermagem com base no processo de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. v. 35, n. 4, p. 390-398, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400012>. Acesso em: 05 jun. 2019.

OLIVEIRA, S. A. et al. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 7, n. 69, p. 1-20, out.-dez. 2017.

OLKOSKI, E.; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 363-9, 2016.

PADULA, W. V. Effectiveness and value of prophylactic 5-layer foam sacral dressings to prevent hospital-acquired pressure injuries in acute care hospitals: an observational cohort study. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 44, n. 5, p. 1-6, 2017.

PAIM, L. et al. Pesquisa Convergente-Assistencial e sua Aplicação em Cenários da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 380-6, 2008.

PARANHOS, W.Y. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa**. 1999. 78f .Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

PASSAMANI, R. F.; BRANDÃO, E. S.; PASSAMANI, R. F. Úlcera por pressão: avaliação de risco em pacientes cirúrgicos. **Estima**, v. 10, n. 2, p. 12-8, 2012.

PAUL, R. et al. Sustaining Pressure Ulcer Best Practices in a High-Volume Cardiac Care Environment. **American Journal of Nursing**, v. 114, n. 8, p. 34-44, aug. 2014.

PAULA, M. A. B.; SANTOS, V. L. C. G. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 474-82, jul.-ago. 2003.

POSCIA, A. et al. Does Clinical Governance influence the quality of medical records? **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v. 54, n. 2, p. 104-8, 2018.

POSNETT, J. et al. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. **Journal of Wound Care**, v. 18, n. 4, p. 154-61, apr. 2009.

REECE, R. Educating and campaigning for pressure ulcer prevention. **Wounds UK**, v. 13, n. 3, p. 58-61, sep. 2017.

REDELINGS, M. D.; LEE, N. E.; SORVILLO, F. Pressure ulcers: more lethal than we thought? **Advances in Skin & Wound Care**, v. 18, n. 7, p. 367-72, Sep. 2005.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

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 Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 143-50, abr./jun. 2007.

ROCHA, P. K. et al. Care and technology: approaches through the Care Model. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 113-5, 2008.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 1019-25, nov.-dez. 2012.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 333-9, mar./apr. 2012.

ROLIM, J. A. et al. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista Rene**, v. 14, n. 1, p. 148-57, 2013.

ROSEN, J. et al. Ability, incentives, and management feedback: organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 7, n. 3, p. 141-6, mar. 2006.

SANGOI, J. M. ***Compliance***: ética, governança corporativa e a mitigação de riscos. 2018. 143f. Dissertação (Mestrado em Tutelas à Efetivação de Direitos Indisponíveis) – Fundação Escola Superior do Ministério Público, Porto Alegre, 2018.

SANTAMARIA, N. et al. The cost-benefit of usings of silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial. **International Wound Journal**, v. 12, n. 3, p. 344-50, oct. 2013.

_____.; SANTAMARIA, H. An estimate of the potential budget impact of using prophylactic dressings to prevent hospital-acquired PUs in Australia. **Journal of Wound Care**, v. 23, n. 11, p. 583-4, 586, 588-9, nov. 2014.

_____. et al. The cost-benefit of using soft silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial. **International Wound Journal**, v. 12, n. 3, p. 344-50, jun. 2015.

SANTOS, M. P.; NEVES, R. C.; SANTOS, C. O. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 19-31, ago. 2013.

SANTOS, I.; SÁ, E. Estratégias de governação clínica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, n. 26, p. 606-12, 2010.

SANTOS, V. L. C. G. A estomaterapia através dos tempos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

SANTOS, V. L. C. G. **Cuidando do estomizado**: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. 2006. 205f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

SARCHIELLI, G. et al. Is medical perspective on clinical governance practices associated with clinical units' performance and mortality? A cross-sectional study through a record-linkage procedure. **SAGE Open Medicine**, v. 4, p. 1-12, 2016.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 367-9, 2008.

SEYHAN, S. Decubitus ulcer development: an investigation on its effect and evidence in home care patients. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 24, n. 4, p. 505, 2018.

SILVA, R. M.; FERNANDES, F. A. V. Competências do gestor de feridas: scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-16, 2019.

SOBAN, L. M. et al. Organizational strategies to implement hospital pressure ulcer prevention programs: findings from a national survey. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 6, p. 457-67, sep. 2017.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 279-84, mai.-jun. 2006.

STEIN, E. A. et al. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 3, p. 2605-12, jul./set. 2012.

STELTON, S. The WCET at 40. **Advances in Skin & Wound Care**, v. 31, n. 4, p. 150-1, 2018.

STEPHEN-HAYNES, J. Implementing the NICE pressure ulcer guideline. **British Journal of Community Nursing**, v. 11, n. 9, p. S16-8, sep. 2006.

STEPHENS, F.; BICK, D. Organizational perspective. nursing management Vol 9 No 3 June 2002

STILL, M. D. et al. The turn team: a novel strategy for reducing pressure ulcers in the surgical Intensive Care Unit. **Journal of the American College of Surgeons**, n. 216, n. 3, p. 373-9, mar. 2013.

TEIXEIRA, A. S.; MENEZES, L. C.; OLIVEIRA, R. M. Serviço de Estomaterapia na perspectiva dos gerentes de enfermagem em Hospital Público de Referência. **Estima**, v. 14, n. 1, p. 3-12, 2016.

THULER S. R.; PAULA, M. A. B., SILVEIRA N. I. (Orgs). **Sobest**: 20 anos. Campinas: Arte Escrita, 2012.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 156-60, 2006.

_____.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004a.

_____.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 162.

_____.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2004b.

_____.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017.

UNITED STATES OF AMERICA. Agency for Healthcare Research and Quality. **How do we measure our pressure ulcer rates and practices?** Rockville, MD: AHRQ, 2014.

VEENSTRA, G. L. et al. Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. **BMJ Open**, n. 7, p. e012591, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253713/pdf/bmjopen-2016-012591.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

VOLLMANN, K. M. Ventilator-Associated Pneumonia and Pressure Ulcer Prevention as Targets for Quality Improvement in the ICU. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 18, n. 4, p. 453-67, Dec. 2006.

XIE, J-F. et al. A safety culture-training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. **Nurse Education in Practice**, v. 27, p. 128-33, nov. 2017.

YAMADA, B. F. et al. Competências do enfermeiro estomaterapeuta (et) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia (PGET). **Estima**, v. 6, n. 1, p. 33-43, 2008.

YAP, T. L.; KENNERLY, S. M. A nurse-led approach to preventing pressure ulcers. **Rehabilitation Nursing**, v. 36, n. 3, p. 106-10, may/jun, 2011.

YAP, T. L.; KENNERLY, S. M.; LY, K. Pressure injury prevention: outcomes and challenges to use of resident monitoring technology in a nursing home. **Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing**, v. 46, n. 3, p. 207-13, may/jun. 2019.

WARNER, J. et al. Best practices for pressure ulcer prevention in the burn center. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 40, n. 1, p. 41-8, jan./mar. 2017.

WILSON, J. Clinical governance and the potential implications for tissue viability. **Journal of Tissue Viability**, v. 9, n. 3, p. 95-8, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety**: implications for research. Geneva, 2008.

ZANATA, J. M.; TREVISAN, J. K. D. V.; BAGGIO, D. K. Estrutura de governança corporativa de um hospital filantrópico: um estudo de caso. **Holos**, a. 34, v. 1, p. 212-23, 2018.

ANEXO A – Estratégia de busca da pesquisa

UFMG Biblioteca J. Baeta Vianna
Campus Saúde

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100.
Fones: (31) 3409-9735 / 3409-9733

DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE BUSCA NA LITERATURA

1 IDENTIFICAÇÃO			**19/07/2019**
Nome	Maria Clara Salomão e Silva Guimarães		
E-mail	clarasalomaoguimaraes@gmail.com	**Telefone**:	
Categoria	☒ Discente	**Curso**: Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde	
		Orientadora: Profa. Meiriele Tavares Araújo	
	☐ Docente	**Curso/Departamento**:	
	☐ Profissional	**Área/Especialidade**:	
NCBI PubMed	Login: Senha:		

2 DEFINIÇÃO/ESTRUTURAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA	
Questão/Pergunta de Pesquisa	Estratégias de governança clínica para prevenção e tratamento de lesões por pressão
Questão de pesquisa estruturada (PICO, PICOTS, PECO, PVO)	
Critérios de elegibilidade	**Inclusão**
	Exclusão

3 BASES SELECIONADAS PARA PESQUISA
☒ LILACS via Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)
☒ MEDLINE via PubMed
☒ CINAHL (Acesso via Portal CAPES)
☒ Cochrane Library (Acesso via Portal CAPES)
☒ Scopus (Acesso via Portal CAPES)
☒ Web of Science (Acesso via Portal CAPES)
☐ Outras:

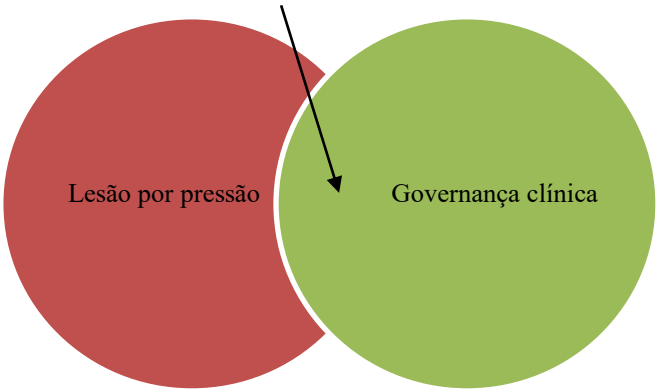
3.1 FILTROS E LIMITES DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	
☐ Ano/período de publicação	
☒ Idiomas	Português, Inglês e Espanhol
☐ Tipo (desenho) de estudo	
☐ Tipo de publicação	
☐ Outros	
☐ Grupo etário	☐ Recém-nascido: nascimento até 1 mês ☐ Lactente: 1 a 23 meses ☐ Pré-escolar: 2 a 5 anos ☐ Criança: 6 a 12 anos ☐ Adolescente: 13 a 18 anos ☐ Adulto jovem: 19 a 24 anos ☐ Adulto: 19 a 44 anos ☐ Meia-idade: 45 a 64 anos

	☐ Idoso: 65 ou mais ☐ Idoso de 80 anos ou mais

3.2 FERRAMENTA UTILIZADADA PARA GESTÃO BIBLIOGRÁFICA
☐ EndNote Web
☐ Mendley
☐ Zotero
☐ Outra:

4 PLANEJAMENTO DA ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca foi planejada para recuperar os artigos nesta interseção, ou seja, eles devem conter pelo menos um dos termos de cada conjunto.



5 DESCRITORES SELECIONADOS (DeCS / MeSH)

GRUPO 1 – LESÃO POR PRESSÃO

Descritor *Inglês*:	**Pressure Ulcer**
Descritor *Espanhol*:	**Úlcera por Presión**
Descritor *Português*:	**Lesão por Pressão**
Sinônimos *Português*:	Escara de Decúbito Úlcera de Decúbito Úlcera de Pressão Úlcera por Pressão Úlceras por Pressão
Categoria:	C17.800.893.665
Definição *Português*:	Ulceração causada por pressão prolongada na PELE e TECIDOS quando uma pessoa fica em uma posição por um longo período de tempo, como, por exemplo, deitada em uma cama. As áreas ósseas do corpo são os locais mais frequentemente afetados que se tornam isquêmicos (ISQUEMIA) sob pressão constante.
Sinônimos *Inglês*:	Bed Sore Bed Sores Bedsore Bedsores Decubitus Ulcer Decubitus Ulcers Pressure Sore Pressure Sores Pressure Ulcers Sore, Bed Sore, Pressure Sores, Bed Sores, Pressure

	Ulcer, Decubitus Ulcer, Pressure Ulcers, Decubitus Ulcers, Pressure

☒ **Sinônimos, termos relacionados, variações de grafia, siglas, palavras-chave (termos livres) indispensáveis ao conjunto de pesquisa**

Nenhum termo identificado pelo pesquisador.

GRUPO 2 – GESTÃO

Descritor *Inglês*:	**Clinical Governance**
Descritor *Espanhol*:	**Gestión Clínica**
Descritor *Português*:	**Governança Clínica**
Sinônimos *Português*:	Gestão Clínica
Categoria:	N04.452.115
Definição *Português*:	Estrutura pela qual as organizações de serviços de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade de seus serviços e pela manutenção de altos padrões de atendimento por meio da criação de um ambiente em que a excelência no cuidado clínico prevaleça. (Adaptado do original: Scally and Donaldson, BMJ [4 July 1998]: 61-65)
Descritor *Inglês*:	**Health Management**
Descritor *Espanhol*:	**Gestión en Salud**
Descritor *Português*:	**Gestão em Saúde**
Sinônimos *Português*:	Capacidade Organizacional Capacidade de Gestão Gerência em Saúde Gestão Estadual em Saúde
Categoria:	SP1.011.112
Definição *Português*:	Compreende atividades de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução, gestão e planejamento de sistemas e serviços de saúde.
Descritor *Inglês*:	**Health Manager**
Descritor *Espanhol*:	**Gestor de Salud**
Descritor *Português*:	**Gestor de Saúde**
Sinônimos *Português*:	Dirigente Gestores de Saúde Tomadores de Decisão em Saúde
Categoria:	SP1.011.112.128
Definição *Português*:	Pessoas responsáveis pela formulação, implementação e avaliação de políticas, programas, projetos e serviços de saúde, de acordo com o nível de atuação (federal, estadual ou municipal). Também são conhecidos como os "tomadores de decisão" no campo da saúde.
Descritor *Inglês*:	**Organizational Culture**
Descritor *Espanhol*:	**Cultura Organizacional**
Descritor *Português*:	**Cultura Organizacional**
Sinônimos *Português*:	Cultura Corporativa
Categoria:	N04.452.606
Definição *Português*:	Crenças e valores partilhados por todos os membros de uma organização. Esses valores partilhados, que estão sujeitos à mudança, se refletem nas operações do dia a dia da organização.

☒ **Sinônimos, termos relacionados, variações de grafia, siglas, palavras-chave (termos livres) indispensáveis ao conjunto de pesquisa**

Nenhum termo identificado pelo pesquisador.

6 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

6.1 BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS)

Estratégia de busca:

tw:((tw: "Pressure Ulcer" OR "Úlcera por Presión" OR "Lesão por Pressão" OR "Escara de Decúbito" OR "Úlcera de Decúbito" OR "Úlcera de Pressão" OR "Úlcera por Pressão" OR "Úlceras por Pressão" OR "Bed Sore" OR "Bed Sores" OR bedsore OR bedsores OR "Decubitus Ulcer" OR "Decubitus Ulcers" OR "Pressure Sore" OR "Pressure Sores" OR "Pressure Ulcers" OR "Sore, Bed" OR "Sore, Pressure" OR "Sores, Bed" OR "Sores, Pressure" OR "Ulcer, Decubitus" OR "Ulcer, Pressure" OR "Ulcers, Decubitus" OR "Ulcers, Pressure") AND (tw: "Clinical Governance" OR "Gestión Clínica" OR "Governança Clínica" OR "Gestão Clínica" OR "Health Management" OR "Gestión en Salud" OR "Gestão em Saúde" OR "Health Manager" OR "Gestor de Salud" OR "Gestor de Saúde" OR "Organizational Culture" OR "Cultura Organizacional" OR "Cultura Organizacional" OR "Cultura Corporativa")) AND (instance:"regional") AND (db:("IBECS"))

Filtros utilizados na estratégia:
☐ Idioma:
☐ Ano de publicação:
☒ Outro(s): Exclusão dos resultados do MEDLINE (que serão analisados via PubMed)
Quantidade de referências recuperadas: 3

6.2 MEDLINE via PubMed

Estratégia de busca:

((("Pressure Ulcer"[Mesh]) OR ("Pressure Ulcer"[Title/Abstract] OR "Bed Sore"[Title/Abstract] OR "Bed Sores"[Title/Abstract] OR Bedsore[Title/Abstract] OR Bedsores[Title/Abstract] OR "Decubitus Ulcer"[Title/Abstract] OR "Decubitus Ulcers"[Title/Abstract] OR "Pressure Sore"[Title/Abstract] OR "Pressure Sores"[Title/Abstract] OR "Pressure Ulcers"[Title/Abstract] OR "Sore, Bed"[Title/Abstract] OR "Sore, Pressure"[Title/Abstract] OR "Sores, Bed"[Title/Abstract] OR "Sores, Pressure"[Title/Abstract] OR "Ulcer, Decubitus"[Title/Abstract] OR "Ulcer, Pressure"[Title/Abstract] OR "Ulcers, Decubitus"[Title/Abstract] OR "Ulcers, Pressure"[Title/Abstract]))) AND ((((("Clinical Governance"[Mesh]) OR "Organizational Culture"[Mesh])) OR ("Clinical Governance"[Title/Abstract] OR "Organizational Culture"[Title/Abstract] OR "Culture, Organizational"[Title/Abstract] OR "Cultures, Organizational"[Title/Abstract] OR "Organizational Cultures"[Title/Abstract] OR "Corporate Culture"[Title/Abstract] OR "Corporate Cultures"[Title/Abstract] OR "Culture, Corporate"[Title/Abstract] OR "Cultures, Corporate"[Title/Abstract] OR "Health Management"[Title/Abstract] OR "Health Manager"[Title/Abstract]))

Quantidade de referências recuperadas: 57

6.3 Cochrane, CINAHL, Scopus, Web of Science

Estratégia de busca:

("Pressure Ulcer") AND ("Clinical Governance" OR "Organizational Culture" OR "Health Management" OR "Health Manager")

Quantidade de referências recuperadas:

- Cochrane: 2 Trials
- CINAHL: 94
- Scopus: 52

- Web of Science: 9
-

7 RELATO DO PROCESSO DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

É consensual na literatura da área de Ciências da Saúde que o relato do processo de busca deve conter, no mínimo, os seguintes elementos:

- Lista dos bancos de dados pesquisados;
- Especificação da data mais antiga de busca ou período a partir do qual os estudos foram buscados;
- Lista de qualquer restrição de idioma, tipo de publicação, sexo, grupo etário, etc.;
- Lista das fontes complementares de pesquisa (indivíduos e organizações contatadas; literatura cinzenta, teses e dissertações, busca manual, anais de congressos, lista de referências, etc.);
- Indicação da estratégia completa de busca para cada base de dados nos apêndices;
- Indicação do número total de referências recuperadas por cada estratégia de busca deve ser incluída na seção de Resultados.

APÊNDICE A – Publicações selecionadas

Quadro 15 – Publicações selecionadas

	Primeiro autor	Ano	Titulo	Local	Abordagem	Tipo de Estudo
1.	Gerrish, K.	1999	Promoting evidence-based practice: managing change in the assessment of pressure damage risk	Inglaterra	Não mencionada	Pesquisa-ação
2.	Wilson, J.	1999	Clinical governance and the potential implications for tissue viability	Não mencionado	Não mencionada	Não mencionado
3.	Dowsett, C.	2001	Clinical governance and pressure ulcer management	Londres	Não mencionada	Não mencionado
4.	Morison, B.	2001	How to raise awareness of pressure sore prevention	Inglaterra	Não mencionada	Não mencionado
5.	Cooper, P.	2002	Best practice statement. Best practice statement for the prevention of pressure ulcers	Escócia	Não mencionada	Não mencionado
6.	Stephens, F.	2002	Organizational perspective: a pressure ulcer risk assessment and prevention audit: an RCN pilot	Inglaterra	Não mencionada	Não mencionado
7.	Berlowitz, D.	2003	Quality improvement implementation in the nursing home	Inglaterra	Não mencionada	Análise transversal
8.	Moura, C. E. M.	2005	Úlceras de pressão: prevenção e tratamento	Brasil	Não mencionada	Não mencionado
9.	Rosen, J.	2006	Ability, incentives, and management feedback: organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home	EUA	Não mencionada	Estudo prospectivo
10.	Stephen-Haynes, J.	2006	Implementing the NICE pressure ulcer guideline	Reino Unido	Não mencionada	Não mencionado
11.	Vollman, K. M.	2006	Ventilator-associated pneumonia and pressure ulcer prevention as targets for quality improvement in the ICU	EUA	Não mencionada	Não mencionado
12.	Dobbs, N. A.	2007	Continuous automated pressure ulcer monitoring	EUA	Não mencionada	Não mencionado
13.	Menogon, B.D.	2007	Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Brasil	Não mencionada	Não mencionado
14.	Brennecke,A.	2008	Administrative support as a key intervention to decrease the number of hospital acquired pressure ulcers	EUA	Qualitativa	Não mencionado

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 15 – Publicações selecionadas

	Primeiro autor	Ano	Titulo	Local	Abordagem		Tipo de Estudo
15.	Dellefield,M. E.	2008	Nursing staff descriptions of clinical supervision and management in Veterans Affairs-affiliated nursing homes		Califórnia	Não mencionada	Entrevista em grupos focais
16.	Gruneir, A.	2008	Nursing home safety: current issues and barriers to improvement		EUA	Não mencionada	Não mencionado
17.	McElhinny, M. L.	2008	Reducing hospital-acquired heel ulcer rates in an acute care facility: an evaluation of a nurse-driven performance improvement project		Califórnia	Não mencionada	Estudo avaliativo descritivo
18.	Fernandes, L.M.	2008	Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão		Brasil	Não mencionada	Estudo descritivo comparativo
19.	Alves, A. R.	2008	A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado		Brasil	Não mencionada	Estudo Exploratório
20.	Serpa, L. F.	2008	Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão		Brasil	Não mencionada	Não mencionado
21.	Bales, I.	2009	Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence		EUA	Não mencionada	Não mencionado
22.	Bales, I.	2009	A new source of funds for pressure ulcer care		EUA	Não mencionada	Não mencionado
23.	Krupp, A.	2009	Pressure ulcer prevention in the intensive care unit: clinical nurse specialist impact on changing unit culture		EUA	Não mencionado	Não mencionado
24.	Medeiros, A. B. F.	2009	Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros		Brasil	Não mencionada	Estudo Descritivo
25.	Miyazaki, M. Y.	2010	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão		Brasil	Quantitativa	Descritivo-exploratório
26.	Ayello, E. A.	2011	Changing systems, changing cultures: reducing pressure ulcers in hospitals		EUA	Não mencionada	Não mencionado
27.	Bosch, M.	2011	Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers		Holanda	Não mencionada	Estudo observacional transversal
28.	Yap, Tracey L.	2011	A Nurse-Led Approach to Preventing Pressure Ulcers		EUA	Não mencionada	Não mencionado
29.	Kiely, C.	2012	Cultural transformation in pressure ulcer prevention and care		Nova York	Não mencionada	Coleta de dados retrospectiva

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 15 – Publicações selecionadas

	Primeiro autor	Ano	Titulo	Local	Abordagem		Tipo de Estudo
30.	Rogenski, N. M. B.	2012	Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção		Brasil	Não mencionada	Estudo prospectivo, descritivo e exploratório
31.	Stein, E. A.	2012	Ações dos enfermeiros na gerência dos cuidados para prevenção de úlceras por pressão em Unidade de Terapia Intensiva		Brasil	Qualitativa	Estudo exploratório-descritivo
32.	Souza, T. S.	2013	Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano		Brasil	Quantitativa	Ensaio clínico controlado, não-randomizado
33.	Rolim, J. A.	2013	Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas		Brasil	Qualitativa	Estudo exploratório
34.	Still, M.D.	2013	The Turn Team: A Novel Strategy for Reducing Pressure Ulcers in the Surgical Intensive Care Unit		EUA	Não mencionada	Não mencionado
35.	Santamaria, N.	2013	The cost-benefit of using of silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial		Austrália	Não mencionada	Estudo controlado randomizado
36.	Santos, M.P.	2013	Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos		Brasil	Qualitativa	Estudo descritivo e exploratório
37.	Paul, R.	2014	Sustaining Pressure Ulcer Best Practices in a High-Volume Cardiac Care Environment		Índia	Não mencionada	Não mencionado
38.	Alexander, L. B.	2014	Identifying nosocomial pressure ulcer trends at Boston medical center		EUA	Não mencionada	Não mencionado
39.	Santamaria N.; Santamaria H.	2014	An estimate of the potential budget impact of using prophylactic dressings to prevent hospital-acquired PUs in Australia		Austrália	Não mencionada	Estudo randomizado
40.	Brindle, C. T.	2015	The VCU Pressure Ulcer Summit		EUA	Não mencionada	Não mencionado
41.	Bueno Yíez, O.	2015	Evaluation and impact on the use of information and communication technology in the clinical management and agreed shared monitoring of pressure ulcers		Não mencionado	Não mencionada	Não mencionado

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 15 – Publicações selecionadas

	Primeiro autor	Ano	Titulo	Local	Abordagem		Tipo de Estudo
42.	Coyer, F.	2015	Reducing Pressure Injuries in Critically Ill Patients Using a Patient Skin Integrity Care Package (Inspire)		EUA	Não mencionada	Não mencionado
43.	Athwal, D.	2016	'Just Do It': nurse-led change in Nottingham		Inglaterra	Não mencionada	Não mencionado
44.	Fabbruzzo-Cota, C.	2016	A Clinical Nurse Specialist-Led Interprofessional Quality Improvement Project to Reduce Hospital-Acquired Pressure Ulcers		Canadá	Não mencionada	Não mencionado
45.	Hartmann, C. W.	2016	Longitudinal Pressure Ulcer Rates After Adoption of Culture Change in Veterans Health Administration Nursing Homes		EUA	Não mencionada	Estudo longitudinal retrospectivo
46.	Lamão, L. C. L.	2016	Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão		Brasil	Não mencionada	Revisão bibliográfica
47.	Olkoski E.	2016	Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa		Brasil	Quantitativa	Pesquisa exploratória descritiva
48.	Kalowes, P.	2016	Five-Layered Soft Silicone Foam dressing to Prevent Pressure ulcers in the intensive care unit		EUA	Não mencionada	Estudo prospectivo, controlado e randomizado
49.	Hommel, A. G.	2017	Successful factors to prevent pressure ulcers - an interview study		Suécia	Qualitativa	Estudo descritivo
50.	Mac Donald, J.	2017	Pressure ulcer education -- new ways to educate and motivate		Inglaterra	Não mencionada	Não mencionado
51.	Mayer, B. J.	2017	Description of medical-surgical nurses care of patients at risk for pressure ulcers		Califórnia	Quantitativa	Descrição Interpretativa
52.	Reece, R.	2017	Educating and campaigning for pressure ulcer prevention		Inglaterra	Não mencionada	Não mencionado
53.	Soban, L. M.	2017	Organizational strategies to implement hospital pressure ulcer prevention programs: findings from a national survey		EUA	Não mencionada	Pesquisa nacional transversal
54.	Warner, J.	2017	Best Practices for Pressure Ulcer Prevention in the Burn Center		EUA	Não mencionada	Revisão retrospectiva
55.	Xie, J. F.	2017	A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers		China	Não mencionada	Não mencionado

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 15 – Publicações selecionadas

	Primeiro autor	Ano	Titulo	Local	Abordagem		Tipo de Estudo
56.	Angelo, C. S.	2017	Efetividade do protocolo prevenção de lesões de pele em cirurgias urológicas robóticas	Brasil	Quantitativa		Estudo descritivo, retrospectivo
57.	Padula, W. V.	2017	Effectiveness and Value of Prophylactic 5-Layer Foam Sacral Dressings to Prevent Hospital-Acquired Pressure Injuries in Acute Care Hospitals	EUA	Não mencionada		Estudo de Coorte observacional retrospectivo
58.	Black, J. M.	2018	Changing the Perceptions of a Culture of Safety for the Patient and the Caregiver Integrating Improvement Initiatives to Create Sustainable Change	EUA	Não mencionada		Não mencionado
59.	Black, J.	2019	Help-U to Prevent HAPI: A Change Project to Attain Zero HAPIs	Não mencionado	Não mencionada		Não mencionado
60.	Jimnez Garca, J. F.	2019	Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria	Espanha	Não mencionada		Estudo quase experimental com análise descritiva
61.	McCoulough, S.	2019	Changing work routines to prevent pressure ulcers	Irlanda do Norte	Não mencionada		Não mencionado
62.	Yap, T. L.	2019	Pressure Injury Prevention: Outcomes and Challenges to Use of Resident Monitoring Technology in a Nursing Home	EUA	Quantitativa		Estatística descritiva
63.	Castanheira, L. S.	2019	Análise de custo da prevenção e do tratamento de lesão por pressão: revisão sistemática	Brasil	Não mencionada		Revisão sistemática

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE B - Agrupamento por pilar da governança clínica

Quadro 16 – Agrupamento por pilar de governança clínica

Agrupamento	Efetividade clínica	P&D	Transparência	Auditoria clínica	Educação e treinamento	Gestão de riscos
Participação das gerências no processo	EC	PD	T			
Suporte administrativo	EC	PD	T			
Boas práticas de cuidado	EC	PD				
Comunicação	EC					
Levantamento de equipamentos/ produtos de prevenção já existentes na instituição	EC	PD				
Diagnóstico situacional	EC	PD	T			
Implantar Comissão de Feridas	EC			AC	ET	
Avaliação de risco de todos pacientes diariamente e sempre que necessário	EC					GR
Envolvimento multiprofissional	EC	PD				
Auditoria	EC	PD	T	AC		
Profissional Especializado	EC	PD				
Equipamentos e materiais para prevenção	EC	PD				
Educação e Treinamento					ET	
Mudança de comportamento e de cultura	EC				ET	

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE C - Estratégias por gestão

Tabela 17 – Estratégias por gestão

DIRETORIA	Pilar da estratégia de governança
Aprovar Contratação de um Especialista	EC
Aprovar Regimento Interno	P&D
Autorizar Compras de Equipamentos e Novas tecnologias para aplicação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	P&D; GR
Aprovar Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	P&D; GR
Acompanhar a Apresentação do Protocolo para as operadoras	T
Participar das reuniões mensais da Comissão de Feridas	EC
Acompanhar os indicadores relacionados a LP mensalmente	T
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Elaborar atribuições do enfermeiro especialista	EC
Acompanhar eficácia das estratégias implantadas	EC; T
Participar das reuniões da Comissão de Feridas	EC
Acompanhar indicadores relacionados a LP e setores	EC; T
COORDENAÇÃO	
Repassar todo treinamento oferecido para a equipe assistencial	ET
Acompanhar a notificação de todas as LP em parceria com a qualidade e com o especialista	EC; T
Reaplicar o treinamento para toda a equipe que apresentar LP em seu setor	ET
Treinar todo profissional da área assistencial no momento da admissão relacionando mudanças de comportamento e de cultura com foco na prevenção de LP	ET
Acompanhar a eficácia da comunicação entre os plantões relacionados a prevenção e tratamento das LP conforme protocolo	EC; T
ESPECIALISTA	
Elaborar Regimento Interno para criação da Comissão de Feridas	EC; P&D
Realizar o diagnóstico situacional da instituição	EC; T; GR
Participar da Comissão de Feridas	EC
Elaborar Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	EC; P&D; GR
Treinar toda a coordenação de enfermagem assim que aprovado o Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	ET
Realizar reciclagem do treinamento anualmente e sempre que houver alterações no Protocolo	ET
Trabalhar os indicadores de custos relacionados a tratamento de LP podendo compará-los com os custos relacionados a prevenção	EC; T; P&D
Trabalhar os dados dos pacientes com LP no último ano avaliando fatores de risco	EC; T

(Continua...))

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 17 – Estratégias por gestão

DIRETORIA	Pilar da estratégia de governança
Divulgar mensalmente os indicadores relacionados a LP	EC; T
Apresentar as propostas do protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas para as operadoras	EC; GR; P&D
Solicitar a compra de todos os produtos/equipamentos necessários para aplicação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	EC; P&D
Acompanhar a eficácia do Protocolo pela taxa de incidência de LP	EC; T
ASSISTENCIAL	
Aplicar escala de risco em todos pacientes em até 8h após admissão, diariamente e sempre que necessário	EC; GR
Seguir as estratégias de prevenção do Protocolo de acordo com o risco do paciente	EC; GR
Abrir Ficha de Notificação das LP do setor e encaminha para o setor de Qualidade	GR; T
Participar da Reciclagem extra o setor que apresentou LP ou qualquer falha no processo	ET
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	
Realizar a busca de todos pacientes que apresentaram LP no último ano via sistema	GR; T
Realizar o levantamento de custo dos curativos para tratamento de LP no último ano	P&D; GR
Preparar o sistema para coleta de dados mensalmente relacionados a incidência de LP	P&D; T
COMPRAS/FARMÁCIA	
Realizar o levantamento de todos produtos/equipamentos para prevenção e tratamento de feridas padronizados no hospital	P&D; EC
Realizar a compra dos equipamentos e produtos necessários para aplicação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	P&D; EC
Acompanhar o processo validando a qualidade dos materiais e equipamentos utilizados	P&D; EC

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa