

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

GESSICA LINHARES MELO

**PRÁTICA EDUCATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CUIDANDO DO
PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO**

Dourados/MS

2020

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

GESSICA LINHARES MELO

**PRÁTICA EDUCATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CUIDANDO DO
PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO**

Dissertação no formato de Relatório Técnico Científico ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Dourados/MS

2020

M485p Melo, Gessica Linhares

Prática educativa em unidade de terapia intensiva : cuidando do paciente com lesão por pressão/ Gessica Linhares Melo. – Dourados, MS: UEMS, 2020.
104p.

Dissertação (Mestrado) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi.
Coorientadora: Profa. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe.

1. Enfermagem 2. Unidade de terapia intensiva 3. Lesão por pressão 4. Práticas educativas I. Bergamaschi, Fabiana Perez Rodrigues II. Watanabe, Elaine Aparecida Mye Takamatu III. Título

CDD 23. ed. – 616.028

GESSICA LINHARES MELO

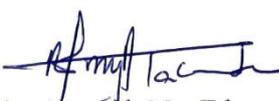
***PRÁTICA EDUCATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CUIDANDO DO
PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO***

Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 06 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a Dr.^a Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi – UEMS
(participação à distância por videoconferência)


Prof.^a Dr.^a Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe - UEMS
(participação à distância por videoconferência)


Prof.^a Dr.^a Fabiane Melo Heinen Ganassin - UEMS
(participação à distância por videoconferência)


Prof.^a Dr.^a Marizete Argolo Teixeira – UESB
(participação à distância por videoconferência)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser meu alicerce, minha fortaleza, meu amigo e meu guia. Aos meus pais, pelo amor incondicional e por dedicarem a vida para educação dos filhos - tudo o que sou devo a vocês. Aos meus irmãos, que mesmo de longe, sempre torceram por mim e pela minha felicidade. Ao meu querido esposo pela companhia de todas as horas, pelo amor, pela admiração e pelas palavras de conforto. E ao meu querido filho de quatro patas, meu parceiro, que esteve ao meu lado em todos os momentos e que sempre me tirava um sorriso quando eu já não sabia mais o que escrever. Obrigada por tudo, amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Este talvez seja o momento mais esperado de qualquer mestrando, o momento de dizer: “Ufa! Está acabando”, mas também é o momento de reviver todos os detalhes desta linda caminhada, que no início foi um desafio, mas que no fim foi transformadora.

Hoje posso dizer que este mestrado me fez crescer e modificou totalmente o meu jeito de ver o mundo. Mas não passei por tudo isso sozinha, e em cada momento deste caminhar, muitas pessoas estiveram comigo, fazendo-me perceber que sim, eu seria capaz. E por isso estou aqui hoje para agradecer a todos que direta ou indiretamente foram essenciais nesta jornada.

Começo agradecendo a Ele, meu Deus todo poderoso, por nunca me deixar fraquejar, e mesmo nos momentos mais difíceis, Ele preencheu o meu coração de coragem.

Agradeço aos meus pais, Genário e Maria Aparecida, pelos valores, pelas orações e pelo amor incondicional, que mesmo de longe sinto todos os dias no meu coração.

Aos meus irmãos, Geysa, Genário Junior e Gisely, pela fraternidade, apoio e admiração.

Ao meu esposo Ricardo pela companhia, pelo amor e por todos os dias lembrar-me que sou capaz, basta mudar o olhar e ver o ponto positivo das coisas – a ti amor, toda a minha gratidão.

Ao meu filho de quatro patas (modeus), que incansavelmente, dia e noite estava ao meu lado enquanto eu escrevia cada parágrafo deste trabalho.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi, pelos ensinamentos e amorosidade na condução de todo este processo, pela voz doce que sempre me passa segurança e principalmente pela mão acolhedora e palavras de acalento no momento que mais precisei.

À minha querida coorientadora Professora Doutora Elaine Aparecida MyeTakamatu Watanabe por contribuir com seus conhecimentos na minha formação.

Aos membros da banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Marizete Argolo Teixeira, Profa. Dr^a. Fabiane Melo Heinen Ganassin, Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira e Prof^a. Dr^a. Vivian Rahmeier Fietz pelas pertinentes contribuições que enriqueceram este estudo.

Aos demais professores do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, pela contribuição neste processo.

Ao educador Paulo Freire, que despertou em mim a admiração pela pedagogia crítica, e que transformou a minha forma de ver o mundo e as pessoas.

E todos os professores que passaram ao longo de minha trajetória. Saibam que chegar até aqui seria impossível sem vocês.

Agradeço também ao Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados HU-UFGD, por possibilitar a realização deste trabalho.

Aos meus queridos colegas de trabalho, que participaram desta pesquisa, e foram essenciais para a realização deste sonho.

À querida Jaqueline Aparecida dos Santos Soken pelos ensinamentos neste processo e pelas contribuições durante um dos encontros educativos.

Às minhas queridas amigas Márcia Sertão e Ana Kelly, por terem me oferecido uma mão amiga quando fraquejei, sou eternamente grata a vocês, e Márcia agradeço também por ter contribuído para a realização dos encontros educativos.

Às amigas Janne Milla e Ravena Vaz pelas trocas de experiências e angústias.

E aos demais amigos que direta ou indiretamente contribuíram neste percurso.

EPIGRAFE

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

Nos últimos anos, em decorrência dos avanços tecnológicos e da melhoria da assistência à saúde que possibilitaram maior sobrevida aos pacientes críticos em Unidades de Terapia Intensiva, a prevalência de lesão por pressão tem crescido significativamente, gerando assim, grandes consequências tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o considerável aumento nos custos do tratamento. Diante desse problema, a prevenção da lesão por pressão apresenta-se como uma importante conduta no cuidado, exigindo a atualização permanente do enfermeiro. Assim, estabelecer espaços de reflexão e educação permanente em saúde dentro do ambiente de trabalho apresenta-se como uma estratégia potente para a prevenção da lesão por pressão. Neste sentido, o objetivo principal deste estudo foi analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino no cuidado do paciente com lesão por pressão. Para tanto buscou-se identificar as necessidades da equipe de enfermagem sobre o cuidado do paciente com lesão por pressão, estabelecer um espaço de reflexão, e construir uma tecnologia cuidativo-educacional que oriente a prática do cuidar do paciente com lesão por pressão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial. Os dados foram coletados por meio de encontros com os enfermeiros do turno vespertino da Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, onde foram trabalhadas ações educativas a partir da metodologia da problematização por meio do Arco de Maguerez. A análise dos dados foi realizada em duas oportunidades, sendo na primeira utilizado o próprio método de análise da Pesquisa Convergente Assistencial que subsidiou a construção da Tecnologia Cuidativo-Educacional, apresentada no relatório técnico. E a segunda fundamentou-se na análise de conteúdo conforme Bardin e nos princípios filosóficos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, para responder o objetivo geral desta pesquisa, apresentado em forma de artigo científico. Foram realizados nove encontros. Entre os principais problemas assistenciais discutidos na observação da realidade e seus pontos-chave (fatores influenciadores) o estadiamento e tratamento das lesões por pressão foram elencados pelos participantes, como os problemas que seriam discutidos no processo educativo por impactar diretamente no cuidado de enfermagem. Os pontos-chave permearam a comunicação interna e a capacitação da equipe. O processo educativo permitiu ao término, a construção de uma tecnologia cuidativo-educacional para auxiliar os enfermeiros nos cuidados

com as lesões por pressão. Pode-se observar que o processo educativo proporcionou oportunidades reflexivas, facilitou o aprendizado e a resolução de problemas, fortaleceu a cultura do diálogo, e desenvolveu o alcance da *práxis* no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva, lesão por pressão, práticas educativas.

ABSTRACT

In recent years, as a result of technological advances and improved health care that have enabled longer survival for critically ill patients in Intensive Care Units, the prevalence of pressure injuries has grown significantly, thus generating great consequences for both patients and their patients family members and the health system itself, with the considerable increase in treatment costs. In view of this problem, the prevention of pressure injuries presents itself as an important conduct in care, requiring the permanent update of nurses. Thus, establishing spaces for reflection and permanent health education within the work environment presents itself as a powerful strategy for the prevention of pressure injuries. In this sense, the main objective of this study was to analyze an educational health practice with nurses from the Intensive Care Unit of a teaching hospital in the care of patients with pressure injuries. To this end, we sought to identify the needs of the nursing team regarding the care of patients with pressure injuries, establish a space for reflection, and build a caring-educational technology that guides the practice of caring for patients with pressure injuries. This is a qualitative research that uses Convergent Care Research as a methodological framework. The data were collected through meetings with nurses in the afternoon shift at the Intensive Care Unit of the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados, where educational actions were worked out based on the problematization methodology through the Arco de Maguerez. Data analysis was performed on two occasions, the first of which used the analysis method of the Convergent Care Research that supported the construction of the Educational-Care Technology, presented in the technical report. And the second was based on content analysis according to Bardin and on the philosophical principles of Paulo Freire's Libertatory Pedagogy, to answer the general objective of this research, presented in the form of a scientific article. Nine meetings were held. Among the main care problems discussed in the observation of reality and its key points (influencing factors) the staging and treatment of pressure injuries were listed by the participants, as the problems that would be discussed in the educational process for directly impacting nursing care. The key points permeated the internal communication and the training of the team. The educational process allowed, at the end, the construction of a care-educational technology to assist nurses in the care of pressure injuries. It can be seen that the educational process provided reflective opportunities, facilitated learning and problem solving, strengthened the culture of dialogue, and developed the scope of praxis in the work environment.

Keywords: Nursing, Intensive Care Unit, pressure injury, educational practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AGE - Ácidos Graxos Essenciais
- AMIB – Associação de medicina Intensiva Brasileira
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAPE - Comissão de Avaliação e Pesquisa
- CCP – Comissão de Cuidados com a Pele
- CEdP – Comissão de Educação Permanente
- CFU - Unidade Formadora de Colônias
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- DAI – Dermatite associada à incontinência
- EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel
- EUA – Estados Unidos da América
- EVARUCI – Escala de Valoración Actual del Riesgo de desarrollar Úlceras Presión en Cuidados Intensivos
- GM – Gabinete do Ministro
- HU-UFGD - Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- IMC – Índice de Massa Corporal
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- LP – Lesão por pressão
- MEASURE – Acrônimo (Measure, exudate, appearance, suffering, undermining, re-evaluation, edge)
- MS – Ministério da Saúde
- NAS – Nursing Activities Score
- NPIAP – National Pressure Injury Advisory Panel
- NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel
- NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAGO – Pronto Atendimento porta aberta em Ginecologia e Obstetrícia
- PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

PDSA – Plan, Do, Stury, Act

PE – Processo de Enfermagem

PES – Práticas Educativas em Saúde

PHMB- Polihexametileno Biguanida

PNPS – Política Nacional de Segurança do Paciente

PPPIA – Pan Pacific Pressure Injury Alliance SUS – Sistema Único de Saúde

PUSH – Pressure Ulcer Scale for Healing

RYB – Red, Yellow, Black

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

SUS – Sistema Único de Saúde

TALP – Tecnologia para Avaliação de Lesão por Pressão

TCE – Tecnologia Cuidativo-Educacional

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TIME – Acrônimo (Tissue, Inflammation/infection, Moisture, Edge)

TIMERS – Acrônimo (Tissue, Inflammation/infection, Moisture, Edge, Regeneration, Social factors)

TISS 28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28

UAPS – Unidade de Atendimento Psicossocial

UPP – Úlcera por pressão

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema Pedagógico do Arco de Maguerez, por Charles Maguerez	34
Figura 2. Arco de Maguerez adaptado de Bordenave	35
Figura 3. Adaptação da PCA e Arco de Maguerez	36
Figura 4. Representação do conceito de Tecnologias Cuidativo-Educacionais	40
Figura 5. Demonstrativo das perguntas realizadas na Dinâmica do Chocolate	50
Figura 6. Demonstrativo das perguntas realizadas na Dinâmica do Chocolate	50
Figura 7. Perguntas enviadas pelos participantes ao Google Forms	57
Figura 8. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional que foi sugerido às modificações	59
Figura 9. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional após as discussões do grupo	59
Figura 10. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional que foi sugerido modificações	60
Figura 11. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional após as discussões do grupo	60
Figura 12. Informações que foram adicionadas à tecnologia cuidativo-educacional	61
Figura 13. Tecnologia para avaliação de lesão por pressão – TALP	64
Figura 14. Capa da TEC desenvolvida	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição das etapas do Arco de Maguerz, da PCA, e atividades desenvolvidas	51
Quadro 2. Relação dos problemas e pontos-chave levantados durante os encontros de observação da realidade	54

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1. Encontro educativo de teorização	48
Fotografia 2. Uma das maquetes utilizadas no encontro educativo de teorização	48
Fotografia 3. Mural denominado de Espelho da Realidade	56

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	20
2. OBJETIVOS	24
2.1. Objetivo Geral	24
2.2. Objetivos Específicos	24
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1. O Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva – UTI	25
3.2. Regulamentação da atuação do enfermeiro em UTI e na execução de cuidados aos pacientes com feridas	26
3.3. Lesão por pressão	27
3.4. Práticas Educativas em Saúde	29
3.5. Aproximação entre a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e o Arco de Maguerez	31
3.6. Tecnologia Cuidativo-Educacional – TCE	37
4. PERCURSO METODOLÓGICO	41
5. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	45
5.1. Primeira etapa: Observação da realidade	45
5.2. Segunda etapa: Pontos-chave	46
5.3. Terceira etapa: Teorização	47
5.4. Quarta etapa: Hipóteses de Solução	50
5.5. Quinta etapa: Aplicação à realidade	51
6. RESULTADOS	53
6.1. Descrição dos participantes	53
6.2. Problemas identificados a partir do desenvolvimento da PCA com o auxílio do Arco de Maguerez	53
6.3. Teorizando os Problemas e Pontos-chave	56
6.4. Hipótese de solução: Construção da Tecnologia Cuidativo-educacional	58
6.5. Aplicação na realidade: Aplicação da tecnologia-cuidativo educacional	61

7. APRESENTAÇÃO DA TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL DESENVOLVIDA	63
7.1. Tecnologia para avaliação de lesão por pressão – TALP	63
7.2. Manual Educativo de construção e aplicação da TALP	66
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
9. REFERÊNCIAS	70
10. ARTIGO O CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO COM LESÃO POR PRESSÃO: ANÁLISE DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA	76
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
APÊNDICE B: CARACTERIZAÇÃO DO PESQUISADO	97
APÊNDICE C: ESPELHO DA REALIDADE	98
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	99
ANEXOS B: AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA CAPE	102
ANEXO C: CONSTITUIÇÃO E COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE LESÃO POR PRESSÃO	103

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As lesões por pressão (LPs) são agravos dermatológicos importantes, localizadas na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultantes de uma pressão prolongada ou de uma combinação entre a pressão, fricção e cisalhamento, além de fatores intrínsecos e extrínsecos do paciente como o microclima, nutrição, perfusão e comorbidades (NPUAP, 2016).

Estes agravos, quando não tratados de maneira adequada, podem trazer grandes danos aos pacientes como: o surgimento de lesões mais graves; perda de função da região acometida; dor; dificuldades no processo de recuperação; internações prolongadas, além de sepse e mortalidade. Constituindo assim, um sério problema de saúde, que traz implicações tanto para os pacientes e seus familiares, como para o próprio sistema de saúde, com o considerável aumento nos custos do tratamento (BRASIL, 2013).

A National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP (2016), recentemente denominada de National Pressure Injury Advisory Panel – NPIAP, preconiza que as lesões por pressão sejam classificadas em quatro estágios (1 a 4), de acordo com a perda tecidual visível, e ainda classifica outras condições adicionais: a lesão por pressão tissular profunda, a lesão por pressão não classificável e a lesão por pressão relacionada a dispositivo médico (sondas, cabos de monitorização, drenos, cânulas e cateteres).

No âmbito da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por ser um setor do hospital que acomoda os pacientes mais críticos - devido ao rebaixamento do nível de consciência, deficiências imunológicas, motoras, nutricionais, condições mórbidas e crônicas e uso de certas drogas, como catecolaminas, sedativos, hipotensores e corticoides - o risco de desenvolvimento de alterações orgânicas e lesões por pressão é ainda maior (SEWCHUK; PADULA; OSBORNE, 2008).

Apesar de todo o aparato médico e da modernização do cuidado nas UTIs, diversos estudos epidemiológicos comprovam a ascensão significativa de incidência e prevalência de LP. Nos Estados Unidos, a taxa de prevalência de LP em hospitais varia de 14 a 17% e de incidência de 7 a 9% (WHITTINGTON; BRIONES, 2004). Já no Brasil, um estudo desenvolvido em 22 UTIs de 15 hospitais de Belo Horizonte, evidenciou 35,2% de surgimento de pelo menos uma LP por paciente (GOMES et al., 2010). Outro estudo realizado na UTI de um Hospital Público do Distrito Federal evidenciou uma taxa de incidência de 37,03% e taxa

de prevalência de 57,89% de LP (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010). E outro estudo, realizado também em um Hospital Público acreditado no estado do Ceará evidenciou uma incidência de 10,47% de LP (TEIXEIRA et al., 2017).

Considerando a amplitude do problema das LP, a prevenção é indicada como o melhor caminho para diminuir este evento. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, no qual um dos objetivos é a redução de LP. O surgimento destas lesões em um paciente crítico é sinônimo de um indicador negativo de qualidade, neste sentido, a equipe de enfermagem deve discutir sobre as condições dos cuidados prestados, visto que é da enfermagem a maior atribuição e responsabilidade (BERNARDES, 2016).

O enfermeiro exerce um papel fundamental no cuidado do paciente com LP, sendo o profissional responsável pela prescrição e implementação dos cuidados e por acompanhar a evolução destas feridas. Mas, este cuidado requer um conhecimento muito além da prática do curativo, exige também deste profissional um conhecimento científico sobre a estrutura, fisiologia, processo de cicatrização da pele, cuidados e coberturas disponíveis no mercado apropriados para cada tipo de lesão. Além do olhar holístico e ético, em não tratar apenas a ferida em si, mas o ser humano em sua totalidade. Ou seja, o enfermeiro que dispõe destes conhecimentos e desta sensibilidade, tem autonomia dentro dos limites de sua competência para cuidar destes pacientes (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENTA, 2008; AGRA et al., 2013; BUSANELLO et al., 2014).

Em se tratando da UTI adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), em meados de fevereiro do ano de 2017 foi iniciado um projeto piloto de qualificação que tem como finalidade a inserção de enfermeiros para assistência integral aos pacientes internados na UTI adulto. Essa iniciativa teve como objetivo o desenvolvimento e o aprimoramento do conhecimento técnico e científico, produzidos quanto ao tratamento de pacientes em estado crítico, além de proporcionar uma visão holística do cuidado e raciocínio clínico da equipe de enfermagem.

Desde então, alguns rol de cuidados foram sendo introduzidos na assistência e denominados como *bundles* de cuidados, dentre eles o *bundle* de prevenção de lesões por pressão, que contemplam cuidados como:

- A prescrição de enfermagem e sua implementação- como a mudança de decúbito a cada duas horas, proteção das proeminências ósseas e hidratação da pele;

- A avaliação diária de risco para desenvolvimento de lesões por pressão através da Escala de Braden;

- E o dia D de avaliação, onde é realizada uma verificação minuciosa do prontuário do paciente desde a sua admissão, para observação das práticas preventivas diárias da enfermagem e mensuração de indicadores.

É perceptível através dos gráficos de incidência mensal que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Comissão de Cuidados com a Pele da instituição disponibilizam no *hall* da UTI, uma redução expressiva de lesões por pressão, principalmente aquelas em estágios 3 e 4 originadas no setor, desde a inserção do projeto piloto de qualificação. De maneira que conforme indicadores do mês de maio de 2019, a incidência de LP foi de 5,88%.

No entanto, devido o perfil dos pacientes que são admitidos - muitos com doenças crônicas, em uso de drogas vasoativas com altas vazões e advindos de internações prolongadas em outras instituições - um grande número desses, são recepcionados com LP em estágios avançados e com difícil tratamento, o que tem permitido ainda taxas de prevalência de LP consideradas elevadas na UTI da instituição, 24% no mês de maio de 2019. Residindo a dificuldade no tratamento, mesmo com a inserção do projeto de qualificação, que se dá além dos custos envolvidos em tal processo curativo (como os materiais empregados no tratamento, as horas de trabalho e a mão de obra especializada), mas também na fragilidade e na padronização precária de procedimentos por parte da equipe de enfermagem sobre os cuidados dos pacientes com estas lesões.

Vê-se na adoção de rotinas orientadas, construída de maneira coletiva, a partir de critérios técnicos e científicos, segundo a metodologia de trabalho norteadora dessa pesquisa, um dos pontos chaves na mitigação dos custos e dos cuidados envolvidos no tratamento das LP.

Diante da importância dessa temática e dos impactos sociais e econômicos que ela causa, observa-se a necessidade de transformar a realidade do cuidado prestado e de desenvolvimento de práticas educativas voltadas para a equipe de enfermagem a respeito dos cuidados aos pacientes com lesão por pressão. Corroborando com os pressupostos de Paulo Freire que defende a importância de se teorizar a prática, para melhor entendê-la e transformá-la, utilizando métodos de pesquisa que parte da leitura da realidade e a construção coletiva.

Imbuído desse espírito, esse estudo buscou identificar as principais necessidades da equipe de enfermagem da UTI adulto do HU-UFGD, estabelecer um espaço de reflexão com o

objetivo de desenvolver um processo educativo sobre o cuidado do paciente com LP, e elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional sobre o cuidado destes pacientes, a fim de melhorar e otimizar, sob bases padronizadas de forma técnica e científica, a assistência prestada, de forma a reduzir custos e melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

O desenvolvimento desse trabalho está apresentado nesse relatório técnico a partir destas considerações iniciais, seguindo a apresentação dos objetivos, a fundamentação teórica que subsidiou o mesmo, tanto no que diz respeito ao cuidado com o paciente com LP, quanto no desenvolvimento da prática educativa, bem como o referencial metodológico. Em seguida, apresenta-se o percurso metodológico, os resultados e discussões que respondem os objetivos específicos, e as considerações finais. Cabe destacar ainda, que desse estudo originou-se um artigo, respondendo ao objetivo geral, apresentado ao final desse relatório.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva – UTI de um hospital de ensino no cuidado do paciente com lesão por pressão.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as necessidades da equipe de enfermagem da UTI de um hospital de ensino sobre o cuidado do paciente com lesão por pressão;
- Estabelecer um espaço de reflexão sobre a prevenção e o cuidado do paciente com lesão por pressão na UTI;
- Elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional que oriente a prática do cuidado do paciente com lesão por pressão.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. O Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva - UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a unidade hospitalar que se destina à internação de pacientes graves, que dependem de monitorização, atenção profissional especializada e contínua, materiais específicos, terapias e tecnologias para o diagnóstico (AMIB, 2009).

Este modelo de assistência iniciou-se durante a guerra da Criméia no século XIX, com Florence Nightingale, que selecionou pessoas com estado geral mais crítico, favorecendo o cuidado imediato (LINO; SILVA, 2001). Surgiu ainda pela necessidade de aprimoramento e disponibilização de recursos humanos e materiais para o acolhimento a pacientes críticos, mas tidos ainda como recuperáveis e da necessidade de observação constante (VILLA; ROSSI, 2002).

Dessa forma, a UTI é um dos setores mais complexos em uma unidade hospitalar, devido à condição clínica e gravidade dos pacientes internados e a complexidade dos procedimentos realizados. Requerendo assim, uma equipe multiprofissional qualificada, habilidosa na tomada de decisões e na implementação destas em tempo hábil, para a qualquer momento atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes (LASELVA; JUNIOR; SPOLAORE, 2006).

Um dos integrantes indispensáveis desta equipe multiprofissional é o enfermeiro, que desempenha um papel importantíssimo na assistência ao paciente, sendo necessárias autonomia e autoconfiança para o gerenciamento das atividades na UTI e conhecimento científico para conduzir um atendimento seguro ao paciente (PINHO; SANTOS, 2007).

O papel do enfermeiro na UTI adulto é complexo e, como tal, permite diversos fatores para se desenvolver o cuidado. A condição grave dos pacientes, a diversidade de tecnologias no setor, a dinâmica entre os profissionais, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, demandam do enfermeiro, conhecimento em diversas áreas, potencializando a assistência e ampliando os processos de trabalho e cuidado (MASSAROLI et al., 2015).

No que tange aos cuidados de pacientes graves com lesões por pressão, o conhecimento científico é fundamental e a utilização de práticas educativas que auxiliem o cuidado destes profissionais, se faz cada vez mais importante.

3.2. Regulamentação da atuação do enfermeiro em UTI e na execução de cuidados aos pacientes com feridas

O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei Federal 7.498 de 25 de junho de 1986 e pelo decreto 94.406 de 09 de junho de 1987, que regulamenta a citada lei. Segundo estas regulamentações, são atividades privativas do enfermeiro: a consulta e prescrição de enfermagem; os cuidados diretos aos pacientes críticos com risco de vida; os cuidados de maior complexidade técnica que necessitam de conhecimento científico; e capacidade de tomar decisões (BRASIL, 1986; 1987).

Para que estas atividades aconteçam, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem como um fator indispensável na sistematização do cuidado de enfermagem, que de acordo com Horta (2004), são ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visam à assistência ao ser humano em todas as suas fases, a fim de promover a qualidade no cuidado prestado.

A resolução COFEN 358 de 2009 expõe que o processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado, sistemático e organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: coleta de dados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação.

A implementação é a quarta etapa do processo de enfermagem, e é nesta fase que se realiza a prescrição de enfermagem, uma função privativa do enfermeiro, ao qual a assistência será direcionada e coordenada, baseada nas etapas anteriores (COFEN, 2009).

A prescrição do cuidado de enfermagem é essencial para a adequada assistência aos pacientes, sendo necessária na unidade de terapia intensiva e em todos os setores de um hospital, levando em consideração as características e necessidades de cada paciente. E dentre os múltiplos cuidados prescritos pelo enfermeiro, os cuidados para a prevenção e/ou tratamento de lesões por pressão são cuidados extremamente importantes dentro das UTIs (MAGNUS, 2015; COFEN, 2018).

Conforme a Resolução do COFEN nº 567 de 29 de janeiro de 2018, que regulamenta a atuação do enfermeiro no cuidado aos pacientes com feridas, compete ao enfermeiro avaliar, prescrever e realizar cuidados a todos os tipos de feridas, além de coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado destas. Ainda de acordo com a referida resolução, são algumas das competências específicas do enfermeiro:

Prevenir e cuidar de pessoas com feridas, dentro do contexto do processo de enfermagem, respeitando as normatizações do COFEN e os princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente – PNSP do Sistema Único de Saúde;

1. Prescrever medicações e coberturas estabelecidas em Programas do Ministério da Saúde ou Protocolos Institucionais, para serem empregados no cuidado e prevenção das pessoas com feridas;

2. Realizar curativos em qualquer tipo de lesão, independente do grau de complexidade e comprometimento tecidual;

3. Realizar desbridamento autolítico, enzimático, instrumental conservador e mecânico;

4. Desenvolver e executar um plano intervencionista para o paciente com risco de desenvolver LP;

5. Realizar avaliação da condição nutricional do paciente, através do IMC (Índice de Massa Corporal) e se preciso utilizar indicadores nutricionais;

6. Participar de programas de educação permanente para aprimoramento e incorporação e associação de novas técnicas terapêuticas;

7. Utilizar novas técnicas e tecnologias nos cuidados de feridas, como terapia por pressão negativa, laser, LED (*Light Emitting Diode*), eletroterapia, mediante capacitação;

8. Prescrever e executar a mudança de decúbito;

9. Pesquisar e participar de pesquisas relacionadas a produtos, medicações e tecnologias necessárias para a prevenção e tratamento de feridas, respeitando os princípios éticos e legais da profissão;

10. Empregar materiais, medicamentos e equipamentos permitidos ou que estejam em processo de autorização pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA na prevenção e cuidado de feridas.

11. Realizar acompanhamento da evolução da ferida através de fotos, desde que esteja autorizado de maneira formal pelo paciente ou responsável, por meio de relatório institucional, respeitando os regulamentos éticos e legais do uso das imagens;

12. Realizar coleta de amostra da ferida para exame microbiológico e diagnóstico etiológico de infecção.

3.3. Lesão por pressão

As lesões por pressão são agravos localizados na pele e/ou tecidos moles subjacentes, resultantes da compressão de tecidos, geralmente sob uma proeminência óssea, como o sacro,

e os trocânteres, ou sob dispositivos médicos ou outro artefato, durante um tempo prolongado e em combinação com o cisalhamento. Esta compressão compromete o fornecimento de sangue ao tecido, levando à insuficiência vascular, anóxia tecidual e morte das células. Outros fatores que facilitam o surgimento de LP são as comorbidades e condições fisiopatológicas do paciente, o microclima, a nutrição e a má perfusão (CALIRI et al., 2016).

Domansky e Borges (2014), ainda acrescentam que nos indivíduos impossibilitados de se movimentar, a pressão excessiva faz com que os capilares se degradem. Em consequência, o fluxo de sangue e de nutrientes é obstruído, podendo levar à isquemia local e, possivelmente, à necrose celular, desencadeando a formação da LP.

Além dos fatores supracitados, nas UTIs são vários os fatores que estão relacionados à incidência de LP, primeiro devido ao perfil dos pacientes que muitas vezes são inconscientes, vítimas de lesões cerebrais, estão em coma ou fazendo uso de sedação, entre outros; e segundo, devido aos efeitos causadores como a imobilidade física no leito, redução da sensibilidade, obesidade, desnutrição, idade avançada, hipotensão, incontinência, anasarca, sepse, exposição da pele à fricção, cisalhamento e umidade (DOMANSKY; BORGES, 2014).

O surgimento de uma LP dá indícios de deficiência na qualidade do cuidado e é considerado internacionalmente como um evento adverso por colaborar com o aumento da morbimortalidade, dos custos e do tempo de internação (CALIRI et al., 2016). Em decorrência disso, os cuidados para a prevenção e redução das LP estão inclusos na *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente), criada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de organizar os conceitos sobre segurança do paciente e sugerir normas para diminuir os riscos e os eventos adversos; e estão inclusos também no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estabelecido pela Portaria MS/GM nº 529/2013, que tem como objetivo, colaborar para a qualificação do cuidado em saúde, e a segurança do paciente (DOMANSKY; BORGES, 2014).

É importante ressaltar, que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cita a terminologia prevenção de úlceras por pressão (UPP) entre os seus seis eixos, mas a NPUAP, organização norte-americana sem fins lucrativos, destinada à prevenção, classificação e tratamento de LP, modificou em 2016 a terminologia Úlcera por Pressão (UPP) para Lesão por Pressão (LP), pois expõe com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas. Este documento foi validado por membros da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE (CALIRI et al., 2016).

E no mesmo ano a SOBEST adaptou para o Brasil o consenso da NPUAP sobre a classificação das LP.

3.4. Práticas Educativas em Saúde

As Práticas Educativas em Saúde – PES são uma série de ações sociais, culturais, retentoras de racionalidade e valores históricos, que envolvem trabalhos junto a famílias, grupos, pacientes e trabalhadores da saúde, bem como a educação inicial nos cursos de nível médio e superior, e a educação continuada como os cursos de pós-graduação e cursos de aprimoramento (BAGNATO; RENOVATO, 2006).

A definição de “práticas” assemelha-se à *práxis*, ou seja, são ações ou condutas que transformam o indivíduo e cria instituições humanas. Portanto as PES não se limitam apenas à transmissão de informações e a questões de bases somente técnicas, mas abrangem intencionalidades educativas, confluências de diferentes culturas, de realidades sociais e econômicas, com significações distintas sobre a saúde e de ser e estar saudável (BAGNATO; RENOVATO, 2006).

A implementação dessas PES não se limitam somente aos ambientes escolares ou a espaços dos serviços de saúde, elas perpassam também a outros territórios, e atingem a nossa cotidianidade, difundindo discursos de intencionalidade educativa, através de outros elementos pedagógicos, como por exemplo, as pedagogias culturais que são informações configuradas em artefatos (TV, filmes, jornais, revistas, internet, brinquedos, catálogos, propagandas) e que funcionam como meios de representações e processos identitários que difundem modelos de educação em saúde, pautados em determinado tempo e espaço (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Na enfermagem, a educação em saúde e as PES são de fundamental importância para que a assistência de enfermagem seja exercida com qualidade e eficiência na preservação da segurança do paciente, uma vez que estimulam debates e propostas que possibilitam a melhoria dos serviços e a transformação institucional e individual (AZEVEDO, 2016).

Este enunciado é visível através de estudos que comprovam a importância desses fatores como determinantes para o comprometimento e contínuo processo de aprendizagem dos profissionais de saúde com os serviços prestados, como demonstrados a seguir:

Um estudo realizado no Rio de Janeiro com a equipe de enfermagem da clínica médica de um Hospital Universitário investigou a influência de uma ação educativa junto à equipe de

enfermagem na prevenção e cuidados da LP. A pesquisa ocorreu em três etapas: observações sistematizadas antes da ação educativa, realização da ação educativa, e observações sistematizadas depois da ação educativa. Os resultados demonstraram que as ações educativas conseguiram sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à prevenção das LP de forma qualificada. E concluiu que esse tipo de ferida merece uma atenção especial, por ser um agravo importante que dificulta a recuperação dos pacientes. E ainda acrescentam proferindo que as práticas educativas em saúde são um meio de sensibilizar e motivar a transformação das práticas e condutas da equipe, e que para que haja mudança de comportamentos, é importante o desenvolvimento de práticas de educação continuada e permanente, capazes de manter a equipe de enfermagem em constante aprimoramento (SANT'ANNA, 2012).

Outra pesquisa realizada em um hospital de ensino na Paraíba, com a equipe de enfermagem, objetivou avaliar as ações dos profissionais de enfermagem antes e após utilização de protocolo de prevenção de LP na Unidade de Terapia Intensiva. Foram observadas as ações de enfermagem durante 38 banhos no leito antes do protocolo e 44 depois. Observou-se uma maior frequência de ações preventivas após uso do protocolo, demonstrando a importância desta tecnologia educativa na adoção das recomendações baseadas em evidências científicas pelos profissionais (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Em outro estudo realizado com estudantes de graduação em enfermagem de uma Universidade Pública do interior de São Paulo, o objetivo foi descrever a construção de um cenário simulado de alta fidelidade, destinada à aprendizagem dos graduandos de enfermagem sobre os cuidados a paciente com LP. Como resultado foi observado que a simulação clínica proporcionou experiências práticas aos participantes e promoveu a ampliação da estrutura cognitiva dos sujeitos envolvidos. A estratégia também permitiu a interação dos alunos no processo de ensino-aprendizagem, o aperfeiçoamento das habilidades e resolução dos problemas (MAZZO et al., 2017).

Outra pesquisa realizada em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, com 49 enfermeiros, objetivou avaliar a repercussão de uma intervenção educativa na construção do conhecimento de enfermeiros sobre o cuidado da LP. Como estratégia de coleta de dados, foi utilizado o Teste de Conhecimento de *Pieper*, antes e após uma intervenção educativa sobre prevenção e tratamento das LP. Os resultados demonstraram que 80,54% dos enfermeiros acertaram as questões na fase anterior a capacitação e 86,64% na fase após a capacitação. Esse resultado demonstrou que os enfermeiros têm um conhecimento prévio satisfatório no que se

diz respeito a prevenção e avaliação das LP, mas foi observado que havia uma carência no domínio classificação ou estadiamento das lesões, evidenciando a necessidade de um enfoque maior de intervenções educativas voltadas para este assunto. O estudo concluiu que a melhor forma de construção do conhecimento e de busca de soluções está voltada para a problematização das situações do processo de trabalho de forma coletiva (SOARES et al., 2014).

No âmbito internacional, um estudo realizado na Colômbia, com enfermeiros especialistas, foi avaliada a concordância entre a observação da evolução da LP por meio de fotografias digitais e teve como conclusão que a utilização de tecnologias com enfoque cuidadoso e educativo permitem meios importantes para o acompanhamento da evolução das lesões e auxiliam na resolução de problemas existentes, e no processo do cuidar (CORTÉS et al., 2018).

Desta maneira, munida do conceito e da importância das PES, a proposta a qual esta pesquisa se dispõe desvincula-se do modelo de aprendizagem verticalizada e de educação bancária, propondo uma geração de oportunidades reflexivas, através da construção de conhecimentos libertários, formados de maneira coletiva, possibilitando a qualificação e empoderamento dos enfermeiros, no sentido de transformar suas práticas de cuidados aos pacientes com lesão por pressão.

3.5. Aproximação entre a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e o Arco de Maguerez

A ideia embrionária desta pesquisa visa à resolução de problemas assistenciais relacionados ao cuidado do paciente com LP, através de uma construção coletiva entre os atores deste cuidado. Esta proposta se embasa epistemologicamente na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, uma vez que a condução de uma mudança da práxis está pautada no diálogo crítico e libertador dos envolvidos.

Perante esta prerrogativa, o interesse da pesquisadora em trabalhar a PCA juntamente com o Arco de Maguerez, surgiu ao perceber que estes dois métodos se completam por possibilitar a construção do conhecimento por meio do diálogo; por viabilizar a inovação da prática assistencial através da observação da realidade vivida; e por oportunizar a relação entre a teoria e a prática.

Para chegar a este entendimento é necessário primeiramente conhecer as particularidades da PCA e do Arco de Magueres, por este motivo, será realizado aqui uma breve introdução destes e suas demais particularidades serão apresentadas no percurso metodológico desta pesquisa.

A PCA é um tipo de pesquisa que viabiliza a redução ou a solução de problemas cotidianos da saúde, restabelecendo as práticas assistenciais e exigindo comprometimento do profissional na inserção da pesquisa em suas atividades diárias (PAIM et al., 2008).

Entre os fundamentos da PCA, está a manutenção de uma relação próxima do pesquisador com a prática assistencial, com o objetivo de alcançar possibilidades para esclarecer ou reduzir problemas, favorecer mudanças e/ou inserir novidades no âmbito da prática em que acontece a investigação. O tema da pesquisa deve assim, partir da necessidade da prática, envolvendo os profissionais e/ou os usuários (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse sentido, o pesquisador se responsabiliza pela construção de um novo conhecimento para o aprimoramento das práticas assistenciais no contexto estudado. Assim, a pesquisa deve ser implementada no mesmo ambiente físico e ao mesmo tempo da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Este tipo de pesquisa admite a inclusão das ações assistenciais de saúde ao processo de pesquisa e vice-versa; tanto a pesquisa como a prática contemplam especificações importantes que devem ser analisadas durante o procedimento de investigação; e admite o uso de diferentes métodos e técnicas de coleta e análise de dados (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Esse delineamento apresenta 4 fases sendo a concepção, instrumentação, perscrutação e análise. A concepção refere-se à delimitação do tema da pesquisa, a determinação dos objetivos, a revisão da literatura e a construção de conceitos e hipóteses, ou seja, o marco teórico do estudo. A instrumentação é a fase de elaboração da metodologia que será trabalhada. Nesta etapa é determinado o local, o público, a técnica para obtenção e análise de dados da pesquisa. Na perscrutação ocorre a coleta e registro dos dados, esta fase tem como objetivo buscar estudos, evidências científicas, perscrutar os dados, seus conceitos, sentidos e a partir disso, aperfeiçoar o cuidado prestado pela enfermagem e mudar a prática. Por fim, a análise que se divide em quatro processos (apreensão, síntese, teorização e transferência) e consiste no processo de apreensão e interpretação dos dados favorecendo o processo de síntese; em desvendar as concepções e valores contidos nos dados levantados durante a síntese,

desenvolvendo assim a teorização; e ainda a construção de significados às descobertas, culminando na transferência (TRENTINI; PAIN; SILVA, 2014).

Já o Arco de Maguerez é um esquema pedagógico para o ensino, formulado no final da década de 60 no século XX, por Charles Maguerez, durante suas experiências de alfabetização de adultos, as quais foram desde funcionários de indústria armamentícia até mineradores de carvão e agricultores. Diplomado na França, pelo Instituto Nacional de Estudos do Trabalho e da Orientação Profissional, desenvolveu uma carreira de engenheiro consultor de formação em muitos países, entre esses o Brasil, por meio da criação de uma extensão do sistema de treinamento da Coordenadoria de Assistência Técnica Integral, em São Paulo, e o estabelecimento de um sistema de assistência às pequenas e médias empresas em Pernambuco, no final da década de 60, início de 70 (BERBEL, 2012).

Ainda segundo Berbel (2012), é importante destacar que as experiências de alfabetização de Charles Maguerez, ocorreram em países em desenvolvimento, no período pós-guerra, durante a ascensão da revolução industrial e necessidade de capacitação dos trabalhadores, sobretudo para a tecnicidade que surgia. Nesse contexto, avaliando as falhas na alfabetização de adultos que viam ocorrendo, estabeleceu três hipóteses que foram base para seu método de ensino, sendo elas:

- A aquisição e consolidação do conhecimento, bem como a motivação constante, são alcançadas pela ligação estreita entre o conteúdo de ensino e o meio real, em uma maneira mais ativa possível, voltando-se assim para o interesse do aluno;
- O ensinamento global integrado à aquisição da língua, da leitura e escrita, à aprendizagem de imagens e de desenhos, favorece a transformação dos esquemas de pensamento corroborando para a promoção profissional;
- O ensinamento global realizado por um instrutor do mesmo meio que seus alunos, com nível de instrução superior favorece a comunicação mais efetiva, maximizada entre o aluno e o instrutor.

A partir dessas hipóteses, bem como de algumas preocupações educacionais, como o estabelecimento de um elo entre o tema e as preocupações do grupo, a participação ativa do mesmo, uma linha pedagógica para o desenvolvimento do trabalho, amplo conhecimento das características da realidade a qual se destina a assistência, e outras, deu-se a construção do esquema pedagógico, que foi definido como o Esquema do Arco de Maguerez (BERBEL, 2012).



Figura 1. Esquema Pedagógico do Arco de Maguerez, por Charles Maguerez (1970), *apud* Berbel, 2012.

No final da década de 70, e início dos anos de 1980, deu-se a propagação do Arco de Maguerez, sobretudo no Brasil, entretanto, em sua segunda versão, proposta por Juan Diaz Bordenave e Adair Martins Pereira (BERBEL, 2012). Nessa versão, agora utilizada na tentativa de corroborar com o professor frente à necessidade de ensinar sem massificar ou coisificar o aluno, traz a necessidade da inquietação no aluno e apresentam a educação problematizadora em seu bojo, a partir de pressupostos como:

- Uma pessoa só pode conhecer bem algo que transforma, transformando-se no processo;
- A solução de problemas passa pela necessidade da participação ativa e do diálogo
- Constante entre os envolvidos, seja aluno e professores, instrutores e o seu público;
- Essa aprendizagem torna-se uma consequência natural do desafio de uma situação problema;
- A aprendizagem ainda ocorre a partir da pesquisa do aluno sobre a visão geral do problema (sincrética) à visão analítica, chegando à compreensão, de onde nascem as hipóteses de solução que levam a seleção de soluções viáveis e na atividade transformadora da realidade.

Segundo Berbel (2012), os pressupostos acima, sobretudo o último, apresentam o processo dialético com a indicação da síncrese, análise e síntese, uma vez que as duas primeiras fases do arco se referem à tese, a terceira à hipótese e as duas últimas à síntese.

Proposto ainda em cinco etapas, a linha propulsora do Arco de Maguerez na segunda versão concentra-se ainda na realidade como ponto de saída e de chegada conforme observa-se na figura abaixo.



Figura 2. Arco de Maguerez adaptado de Bordenave. Fonte: Berbel, 2012.

Descrevendo as etapas, tem-se na primeira etapa a observação da realidade e definição do problema. É o ponto de partida de um processo de aquisição de dados que se dá através da observação da realidade pelos participantes, a fim de transformá-la mediante os estudos. A segunda etapa é resultante da primeira, onde os participantes elegem os pontos-chave que poderão ser expressos sem forma de questionamentos, afirmações sobre o problema ou matérias a serem averiguadas e refletem sobre suas possíveis causas. A terceira etapa é o momento de teorizar, ou seja, desenvolver explicações fundamentadas para os questionamentos levantados. As informações obtidas são registradas, tratadas, analisadas e discutidas, com o intuito de entender o problema. Essas três primeiras etapas servem de pilar para a transformação da realidade. A quarta etapa é o momento de levantar as hipóteses para a solução e transformação dos problemas. E por fim, a última etapa do Arco de Maguerez é a aplicação à realidade, que é o momento de colocar em prática todo o constructo de situações associados à resolução ou transformação dos problemas observados (COLOMBO; BERBEL, 2007; BERBEL, 2012).

O Arco de Maguerez tem sido utilizado como uma importante ferramenta no ensino problematizador para a formação inicial e continuada de profissionais em todo o país, sobretudo na área da saúde e especificamente na enfermagem. Neusi Berbel, professora e pesquisadora da Universidade Estadual de Londrina, destaca-se na utilização do Arco de Maguerez no país, desde 1992, tanto pela prática do ensino em licenciaturas, em programas de pós-graduação, como em pesquisas por meio de iniciação científica, trabalho de conclusão de curso e dissertações (BERBEL, 2012).

Nesse sentido, com base no exposto acima, a escolha do arco, inicialmente como ferramenta de coleta de dados, nesse estudo, se deu a partir do reconhecimento de uma congruência deste com os pressupostos da PCA e com os objetivos do estudo, possibilitando a transformação na prática assistencial diária dos enfermeiros da UTI Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

No entanto, percebeu-se no decorrer do estudo que esta ferramenta possibilitou um caminhar mais contínuo com a PCA, corroborando não apenas com a perscrutação, mas com a análise e a mudança das práticas, conforme apontam a descrição das etapas e dos encontros educativos.

É importante destacar que há um caminho íngreme entre os princípios destas duas propostas metodológicas, e que o pesquisador precisa ponderar cada critério para a sua efetivação. A PCA sustenta o princípio da imersibilidade do pesquisador dentro do ambiente da prática assistencial, já o Arco de Magueréz defende o protagonismo dos sujeitos e a mediação ou orientação do pesquisador. Ou seja, a convergência entre a PCA e o Arco de Magueréz resulta na construção do conhecimento cognitivo e de sujeitos ativos na mudança de suas práticas a partir de um percurso de ir e vir entre a pesquisa e a prática assistencial, podendo haver a sobreposição de suas etapas, porém é necessário respeitar o rigor metodológico imposto por cada um destes métodos.

A Figura 3 apresenta uma adaptação às fases do Arco de Magueréz e as fases propostas pela PCA. Nela pode-se observar todo o percurso de ir e vir entre a pesquisa e a prática assistencial, com a perspectiva de tentar solucionar um problema assistencial.

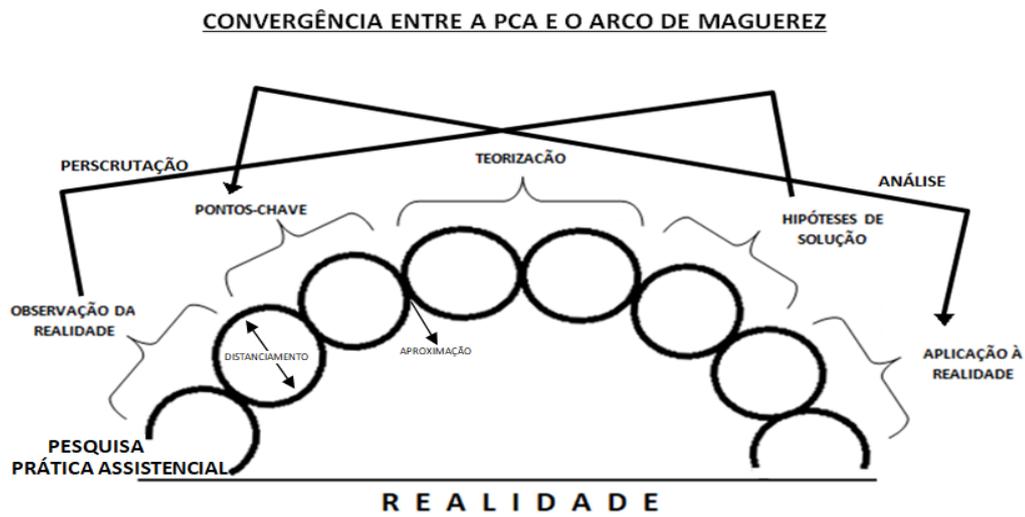


Figura 3. Adaptação da PCA e Arco de Magueréz. Fonte: pesquisadora.

É possível notar as sobreposições das etapas da PCA a partir das suas fases de Perscrutação e Análise com as cinco etapas propostas pelo Arco de Magueréz. Esta pesquisa foi desenvolvida dentro desta lógica de sobreposições e em cada etapa desenvolvida foi possível observar em qual momento deste percurso a pesquisa encontra-se. A descrição de cada etapa encontra-se dentro do percurso metodológico desta pesquisa.

3.6. Tecnologia Cuidativo-Educacional - TCE

O termo Tecnologia Cuidativo-Educacional, apresenta-se como um termo novo, ainda em construção, utilizado até o momento apenas na enfermagem, provavelmente porque foi pensado e criado a partir de estudos que se voltaram para tecnologias educacionais em saúde e para o cuidado em enfermagem. Surge a partir da lógica destas tecnologias, apoiado em referenciais das ciências humanas, da filosofia e do entrelaçamento entre tecnologia e a *práxis*, buscando resignificar o saber científico e cotidiano do cuidar em enfermagem, envolvendo o processo de cuidar/educar, educar/cuidar (SALBEGO et al., 2017).

Tem-se provavelmente como marcos importantes para a construção do conceito da Tecnologia Cuidativo-Educacional, as discussões e reflexões sobre tecnologias do cuidar e tecnologias educacionais na enfermagem, que no Brasil datam do final do século XX, a partir de pesquisas desenvolvidas por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), da criação do Grupo de pesquisa, Estudos e Pesquisas em Inventos e Adaptações Tecnológicas de Enfermagem desta universidade, do Grupo de Pesquisa Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia, certificado pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) em 2007, bem como pela formação da Rede de Estudos sobre Tecnologias Educacionais (RETE) em 2016 (TEIXEIRA, 2017).

Além desses, não menos importante, mas como parte de todo esse universo está o Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES) da Universidade Federal de Santa Maria, coordenado por Elizabeta Albertina Nietzsche, que desde 2000 com sua pesquisa de Doutorado intitulada: “*Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?*” revolucionou o conceito de tecnologias em saúde na enfermagem e contribuiu para o conceito de Tecnologia Cuidativo-Educacional.

Assim, a partir desses marcos, considerando o entrelaçamento entre a *práxis* e a tecnologia na construção do conceito de TCE, entende-se a primeira como uma atividade consciente, orientada por dimensões objetivas e subjetivas, que implica em transformação

social, enquanto transformação da natureza, de criação de objetos e de tecnologias, bem como de transformação individual, aceitando a transformação do homem em si (SALBEGO et al., 2017). Já a tecnologia apresenta origem etimológica a partir do termo “*techné*” que significa saber fazer, e “*logia*” que vem de “*logos*” – razão do saber fazer; podendo ainda ser desenvolvida como um produto ou processo (RODRIGUES, 2001).

Quando desenvolvida como produto pode ser representada por uma máquina ou um equipamento que opera uma determinada função, principalmente na área da saúde, que pode ser caracterizada por qualquer ferramenta médica, que auxilia na elucidação de um diagnóstico. Por outro lado, o termo tecnologia também pode ser entendido como sinônimo de organização lógica de uma determinada atividade, de modo que possa ser observada, compreendida e transmitida de forma coordenada, caracterizando-se como um processo (RODRIGUES, 2001; SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

Muitos são os conceitos e entendimentos sobre tecnologia, entretanto nesse estudo, procurou-se, independente da definição geral e ao mesmo tempo diversa deste termo, apresentá-la a partir da reflexão de sua relação com o contexto histórico e cultural do indivíduo que dela se ocupa ou necessita, já discutido por Nietzsche et al., (2012).

Nesse sentido, para dar suporte a essa reflexão, buscou-se entender a tecnologia como resultante de processos concretizados, a partir de vivências e pesquisas com o intuito de desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos na construção ou não de artefatos materiais, com objetivo de provocar intervenção sobre uma determinada prática. Todo esse caminho de construção deve ser avaliado e controlado de maneira sistemática e com rigor metodológico (NIETSCHE et al., 2005; SALBEGO et al., 2017).

Nessa lógica de entendimento, uma tecnologia pode manifestar-se como a “apreensão e aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que proporcionem aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-se os sujeitos de seu próprio processo de existência” (SALBEGO et al., 2017, p.36).

Em se tratando de tecnologia na enfermagem, Nietzsche (2000) apresenta classificações específicas, sendo: *tecnologias do cuidado*, que compreendem todos os saberes científicos e aplicados do fazer da enfermagem representados pelos procedimentos e técnicas; *tecnologias de concepção*, representadas pelo planejamento orientador do trabalho do enfermeiro e sua equipe; *tecnologias interpretativas de situações de clientes*, compreendidas por instrumentos e ou ferramentas que permitam a identificação de problemas/alterações com pacientes, famílias

e ou coletividades; *tecnologias de administração*, composta por todas as formas organizacionais do serviço de enfermagem; *tecnologias educacionais*, caracterizada por estratégias e metodologias que busquem contribuir para a formação em níveis de consciência entre os sujeitos; *tecnologias de processos de comunicação*, representadas por ferramentas que permitem e estruturam o relacionamento entre os atores envolvidos no cuidado e por fim, as *tecnologias de modos de conduta*, representadas pelo processo de construção e desenvolvimento de protocolos comportamentais de profissionais e clientela.

Caminhando aqui para o entendimento da TCE, parte-se das classificações acima, fazendo uso das tecnologias educacionais inicialmente, que para pesquisadores dos Grupos de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES) da Universidade Federal de Santa Maria, pode ser entendida como:

Um corpo de conhecimentos enriquecido pela ação do homem e não se trata apenas da construção e do uso de artefatos ou equipamentos. No processo tecnológico revela-se o fazer e o saber usar o conhecimento e equipamentos em todas as situações do cotidiano, sejam críticas, rotineiras ou não. Consiste em um conjunto de conhecimentos científicos que possibilite o planejamento, a execução, o controle e acompanhamento do processo educacional formal e ou informal (NIETSCHE, 2003).

As tecnologias educacionais apresentam-se como uma estratégia facilitadora do processo de aprendizagem, pois sua proposta visa à inclusão de diferentes metodologias a fim de tornar o processo educativo mais interativo, interessante e emancipatório (SILVA; CARVALHO; QUEIROZ, 2015).

Na enfermagem, as tecnologias educacionais são essenciais para desenvolver o conhecimento necessário para o aperfeiçoamento das práticas do enfermeiro e garantir uma melhor assistência de enfermagem ao ser humano (STUDART et al., 2011). Na assistência ao paciente, qualificam o perfil proativo do enfermeiro, fazendo com que este faça escolhas assertivas e resolutivas melhorando a qualidade do cuidado prestado aos pacientes (PISSAIA et al., 2017).

A partir das diversas vertentes das tecnologias na enfermagem, sobretudo as tecnologias do cuidado e educacionais, a TCE surge como um conceito amplo que busca inserir um novo modo de conceber produtos e processos tecnológicos no cuidar e na produção de conhecimento, a partir do cuidar e ensinar, ensinar e cuidar. Assim, descrita inicialmente por Salbego (2016), em sua dissertação de mestrado intitulada: “Tecnologias Cuidativo-Educacionais: a *práxis* de enfermeiros em um Hospital Universitário”, conceitua-se como:

Um conjunto de saberes/conhecimentos científicos, resultantes de processos concretizados que sustentam a operacionalização do processo de cuidar e educar o outro (usuário/paciente, acompanhante e profissional de enfermagem) de modo direto e indireto na *práxis* do enfermeiro, a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, dentro de uma perspectiva que envolva uma consciência crítica, reflexiva, criadora, transformadora e multidimensional entre os envolvidos e o meio em que estão inseridos (SABELGO, 2016, p.116).

No desenvolvimento de uma TCE o cuidar transcende o desenvolvimento da técnica e do procedimento e alcança atitudes que buscam a dignidade humana. E, o educar, apresenta-se como um processo contínuo, possibilitando o aperfeiçoamento das relações humanas, para o empoderamento dos indivíduos envolvidos. Assim, para desenvolver e ou aplicar uma TCE é preciso entender que o conhecimento da enfermagem se orienta para um sujeito real ou potencial imerso em suas dimensões: social, familiar, profissional e outras (SALBEGO et al., 2017; 2018).



Figura 4. Representação do conceito de Tecnologias Cuidativo-Educacionais (SABELGO, 2018).

Frente aos conceitos expostos, nesse estudo desenvolveu-se uma tecnologia cuidativo-educacional fundamentada em Salbego (2016) por entender que as TCE permeiam todo o fazer da enfermagem e são indispensáveis para fortalecimento da *práxis* profissional, sendo instrumentos promotores de melhoria da qualidade de vida dos pacientes e redução dos custos advindos dos problemas assistenciais, como no caso apresentado aqui, as lesões por pressão.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa interventiva que tem como delineamento a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Onde a sua etapa de **concepção** efetivou-se através da observação da pesquisadora sobre o número elevado de pacientes admitidos na UTI adulto com LP em estado avançado e com difícil tratamento, corroborando com o aumento das taxas de prevalência de LP no setor, com os custos elevados referentes ao processo curativo e a dificuldade no tratamento relacionado à fragilidade do cuidado devido à precária sistematização de procedimentos por parte da equipe de enfermeiros. Delimitando-se assim, o tema da pesquisa, como o cuidado do paciente com LP na UTI, a partir da hipótese de que a implementação de rotinas orientadas e construídas de maneira coletiva, através de práticas educativas embasadas por critérios técnicos e científicos, são pontos importantes na redução dos custos e na transformação da realidade dos cuidados prestados aos pacientes com LP.

Assim, partindo para a próxima etapa, **a instrumentação**, definiram-se como sujeitos da pesquisa, os enfermeiros do turno vespertino da Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, localizado na Rua Ivo Alves da Rocha, 558, Altos do Indaiá, no município de Dourados, Mato Grosso do Sul.

O Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) é um órgão suplementar da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), 100% SUS, associado aos Ministérios da Saúde e Educação e atualmente é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Apresenta um perfil de atendimento de média complexidade, e na alta complexidade é referência em algumas especialidades, atendendo uma macrorregião de 34 municípios, que abrange aproximadamente 800 mil pessoas, além de realizar atendimento à população do Paraguai que faz fronteira com o Mato Grosso do Sul e ser referência à população indígena (CINTRA et al., 2013).

Este hospital disponibiliza a população múltiplas especialidades clínicas cirúrgicas e serviços ambulatoriais, como: nefrologia, infectologia, cirurgia geral, radiologia, ginecologia, obstetrícia, psiquiatria, entre outros, além de serviços de apoio e diagnóstico terapêutico. São 136 leitos de internação hospitalar, 15 leitos de unidade de cuidados intermediários, 14 leitos de UTI adulto (sendo 6 leitos na UTI-A e 8 leitos na UTI-B), 10 leitos de UTI pediátrico, 10 leitos de UTI neonatal, 6 leitos de Unidade de Atenção Psicossocial (UAPS) e Pronto Atendimento porta aberta em Ginecologia e Obstetrícia (PAGO) (CINTRA et al., 2013).

Os 14 leitos de UTI adulto são ocupados, predominantemente, por pacientes com enfermidades crônico-degenerativas e, portanto, que têm internações duradouras e que recebem cuidados intensivos de uma ampla equipe multiprofissional como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, psicólogos e farmacêuticos.

A categoria de maior número de profissionais dentro da UTI Adulto é a de enfermeiros, aproximadamente 45 profissionais, que trabalham no projeto de qualificação e que se dividem em quatro equipes: uma equipe da manhã, uma equipe da tarde e duas equipes da noite que se revezam em noites pares e ímpares. Cada equipe contém um enfermeiro referencial, e ainda há um enfermeiro responsável técnico da UTI, os demais prestam assistência direta aos pacientes críticos, implementam o Processo de Enfermagem (PE), prescrevem e realizam os cuidados aos pacientes com LP.

Os participantes desta pesquisa foram os enfermeiros do turno vespertino, considerando que a pesquisadora está inserida na equipe da tarde, sobretudo que a PCA estabelece a aproximação e convergência entre pesquisa e assistência estabelecendo que o estudo seja realizado no mesmo ambiente físico e ao mesmo tempo da prática. Na apresentação dos resultados, os participantes foram identificados com os nomes dos deuses da mitologia grega, para preservar o anonimato.

Como critério de inclusão foi estabelecido: ser enfermeiro assistencial do turno vespertino na UTI adulto do HU-UFGD e participar de pelo menos um encontro proposto pelo estudo. E como critérios de exclusão, os enfermeiros que estavam em férias e licença no período de realização dos encontros.

Cabe destacar que o turno da tarde era no período de coleta de dados, composto por 11 enfermeiros, 5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Destes, uma enfermeira exercia a função de referencial, atuando na coordenação das ações de enfermagem, escala mensal de trabalho e de férias, realizando relatórios e reuniões, gestão de conflitos, encaminhando demandas aos gestores e auxiliando os demais colegas de profissão na assistência ao paciente, não assumindo integralmente o cuidado, apenas em casos excepcionais, como por exemplo, na falta de recursos humanos.

Os demais enfermeiros assumiam integralmente os cuidados aos pacientes, prestavam cuidados como administração de medicamentos, mudança de decúbito, aspiração de vias aéreas, banho no leito, sondagem nasoenteral, sondagem vesical, auxilia o médico durante procedimentos de punção de acesso venoso central, intubação orotraqueal, realizando ainda,

evolução de enfermagem, prescrição de enfermagem e demais funções privativas do enfermeiro.

Ainda na fase de instrumentação definiu-se que a coleta de dados seria realizada concomitante com o desenvolvimento das estratégias educativas entre os enfermeiros. Neste sentido, considerando que a PCA permite a integração de vários métodos, este estudo propôs como estratégia utilizar o Arco de Maguerez, por entender que há uma aproximação entre a PCA e o Arco de Maguerez, sobretudo na observação da realidade, na construção coletiva e no protagonismo dos envolvidos.

Após a etapa da instrumentação, seguiu-se para a etapa da **perscrutação**, onde foi realizada a ação propriamente dita, ou seja, a coleta de dados, a busca das fontes científicas e o início da dança desenhada pela PCA, permitindo a simultaneidade entre a pesquisa e assistência, porém não permitindo a dominância de uma sobre a outra.

A última etapa da PCA, a **análise**, estabeleceu-se concomitante com a fase de perscrutação da PCA e com as fases do Arco de Maguerez, por serem as fases de coleta de dados e análise propriamente dita, ou seja, possibilitaram a familiarização e organização das informações obtidas e interpretação dos dados coletados de maneira simultânea e gradativa de acordo com o caminhar da pesquisa (TRENTINI; PAIN; SILVA, 2014). Ou seja, foi o momento em que foram analisadas as falas e elencado os subsídios para a construção da Tecnologia Cuidativo-Educacional, como se apresenta abaixo:

- **Apreensão:** concomitante com a perscrutação, deu-se início também a fase de apreensão da análise dos dados pela PCA, a partir da observação e consequente apreensão da realidade. Nesta fase a pesquisadora encontrava-se imersa na prática assistencial, tornando desde então, pesquisa e assistência complementares.

- **Síntese:** momento de reunir os elementos que favoreceram o acontecimento dos problemas, ou seja, foi o momento que a equipe levantou os pontos-chave e começou a teorizar e buscar o conhecimento científico sobre eles. Esta etapa foi realizada concomitantemente com a perscrutação e também com a fase de levantamento dos pontos-chave do Arco de Maguerez.

- **Teorização:** A partir do levantamento dos pontos-chave que favoreceram o acontecimento dos problemas (síntese), foi realizada a busca das unidades de significado entre o grupo de construtos, com o objetivo de favorecer a teorização para a análise. Este momento ocorreu concomitantemente com os encontros de teorização do arco de Maguerez.

- **Transferência:** foi o momento em que o conhecimento do grupo se tornou maduro a ponto de se estabelecer caminhos para resolução dos problemas levantados. Este momento foi concomitante à fase de Hipóteses de Soluções do Arco de Maguerez, onde o grupo, empoderado de conhecimento, idealizou e construiu a tecnologia cuidativo-educacional para auxiliar na assistência ao paciente com LP.

Dessa forma as etapas de perscrutação e análise foram desenvolvidas dentro das etapas do Arco de Maguerez, como será apresentado abaixo no desenvolvimento deste estudo. E nestas fases, utilizou-se um gravador de áudio e um diário de campo, no intuito de realizar anotações sobre todos os fatos ocorridos durante os encontros educativos, como por exemplo, registrar como aconteceu a troca de experiências, como foi à interação do grupo, quais eram as feições e gestos dos participantes, e as características do ambiente. E ao final de cada encontro foi realizada a avaliação formativa, por meio de rodas de conversas e exposição do aprendizado do dia.

Em suma, as etapas propostas foram realizadas em nove encontros, onde oito deles ocorreram na própria UTI, vezes na sala de reuniões, vezes no próprio ambiente assistencial, e uma etapa ocorreu no auditório do hospital.

Para o tratamento dos dados coletados que subsidiaram a análise da prática educativa, foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin (2011) e como referencial teórico foi utilizado princípios filosóficos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, que busca a transformação da realidade e empoderamento profissional. Apresentados em um artigo científico.

O presente estudo seguiu as Diretrizes da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que traz as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, bem como a liberdade do indivíduo em participar ou não da pesquisa, a qual foi respeitada mediante o aceite da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) que abordou todos os direitos do mesmo na pesquisa. A pesquisa foi assim provada pelo parecer número 3.069.693 (ANEXO A).

Este estudo também respeitou a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 564/2017 que trata sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

5. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

5.1. Primeira etapa: Observação da realidade

Essa etapa considerando o desenvolvimento do estudo a partir da PCA iniciou-se com a observação direcionada da pesquisadora, sobre o cenário do estudo e com foco no cuidado do paciente com LP. Após este momento, foi realizado o primeiro encontro com os participantes do estudo, o momento no qual se deu a observação da realidade a partir do Arco de Maguerez, oportunidade em que a pesquisadora continua observando. Esse encontro ocorreu em data e hora previamente agendados, estando presentes sete participantes, sendo cinco homens e duas mulheres, que foram dispostos ao redor de uma mesa para uma roda de chá na sala de reuniões da UTI, durante o período de descanso do plantão.

O início da atividade deu-se com a leitura e assinatura do TCLE; o preenchimento do formulário de caracterização dos participantes (APÊNDICE B), que teve como objetivo a autoavaliação dos participantes a respeito dos conhecimentos obtidos sobre os cuidados ao paciente com LP; e uma breve apresentação a respeito da pesquisa, dando ênfase na metodologia e nos encontros educativos.

Nesse encontro, foi apresentado aos enfermeiros a proposta da pesquisa, com seus objetivos e os caminhos a serem percorridos durante os processos educativos. Após este momento, iniciou-se a roda de chá, onde foi disponibilizada para cada participante, uma xícara com água quente, e um sachê de chá de ervas, além de um pequeno pedaço de papel em branco. Em ato contínuo, enquanto os participantes preparavam seus chás, foi solicitado a eles que refletissem e escrevessem nos respectivos pedaços de papel, uma ou mais dúvidas sobre o tema lesão por pressão. Em seguida, cada enfermeiro, individualmente, foi convidado a ler a sua pergunta em voz alta perante aos demais participantes, ao mesmo tempo em que continuava a saborear o seu chá.

Após este momento, foi instigado o início de uma discussão entre o grupo, priorizando sempre o diálogo, proposição esta que é emanada por Paulo Freire (1980), ao qual expõe que o “pensar a prática” permite que o indivíduo se aproprie da realidade e a perceba como um desafio que deve ser enfrentado e transformado.

O diálogo do grupo foi tão instigante, que se estendeu para um segundo encontro, em outro dia, e foi realizado dentro da Unidade de Terapia Intensiva, com cinco enfermeiros, sendo

dois homens e três mulheres, no momento de intervalo assistencial onde ocorria a visita familiar.

O objetivo destes dois encontros, referentes à etapa de observação da realidade, foi de realizar um levantamento dos principais problemas, dúvidas, incertezas e inseguranças relacionadas ao cuidado do paciente com lesão por pressão, contemplando o primeiro e segundo objetivo específico desta pesquisa. Assim como propiciar um meio criativo, dinâmico e favorável ao diálogo, pois a intenção foi fortalecer a produção do conhecimento, além de subsidiar a etapa seguinte do processo educativo.

Ao término de cada encontro foi solicitado uma avaliação individual de cada participante sobre o método, o tema, e o encontro realizado.

5.2. Segunda etapa: Pontos-chave

A segunda etapa, denominada de Pontos-chave pelo Arco de Magueréz, perpassa as fases de perscrutação e início da fase de análise da PCA, sendo subsidiada com base nos problemas levantados nos dois primeiros encontros de observação da realidade. Esse terceiro encontro ocorreu em data e hora previamente agendadas com os participantes do estudo, estando presentes seis participantes, sendo quatro homens e duas mulheres, que foram dispostos sentados em círculo, na sala de reuniões da UTI.

Na oportunidade a pesquisadora resgatou aos participantes as discussões levantadas nos dois primeiros encontros de observação da realidade e expôs em um mural os problemas que foram por eles elencados.

Para a realização da dinâmica, a pesquisadora distribuiu para cada participante, uma folha com um caso clínico de uma paciente com LP que foi internada na UTI adulto junto a uma tabela com os problemas levantados nos encontros anteriores, denominado de Espelho da Realidade (APÊNDICE C) e realizou as seguintes perguntas: quais são os pontos-chave ou nós críticos que estão favorecendo o surgimento destes problemas, e que nós como equipe poderíamos tentar resolver?

Diante do questionamento foi concedido um tempo de 10 minutos para que cada participante pudesse especificar os pontos-chave de cada problema. Após este momento a pesquisadora solicitou a argumentação das escolhas por cada participante, elencando as fragilidades encontradas com possíveis acometimentos aos pacientes, de forma a problematizar o assunto e a instigar um debate sobre o caso.

Os pontos-chave apresentados foram transcritos com pinceis de cor azul ou vermelho em um papel em branco pela pesquisadora, e agrupados, um a um, ao seu devido problema no mural chamado espelho da realidade, para melhor visualização de todos.

Após a finalização do preenchimento do mural, a pesquisadora solicitou aos participantes que juntos escolhessem dois pontos-chave que eles julgassem como importantes para um aprofundamento teórico coletivo e que fossem a base para a criação de uma tecnologia cuidativo-educacional que oriente a prática do cuidado do paciente com LP.

Posteriormente foi realizado uma avaliação individual do encontro, e a pesquisadora solicitou que cada participante buscasse fazer um aprofundamento teórico na literatura científica sobre as medidas de estadiamento e tratamento das LP, no intuito de ampliar o conhecimento e empoderá-los para a discussão na etapa seguinte.

5.3. Terceira etapa: Teorização

Esta etapa de Teorização do Arco de Magueres continua mantendo a relação com fases de perscrutação e análise da PCA e foi o momento do estudo propriamente dito. Nesta etapa foram desenvolvidos três encontros distintos, isso devido à necessidade de discussões mais aprofundadas e de estudo denso. Sendo no momento inicial trabalhado as medidas de estadiamento e avaliação das LP, e nos demais as medidas de tratamento.

O primeiro encontro dessa etapa foi realizado em um sábado no auditório do HU-UFGD, durante a folga de trabalho. O motivo da escolha da data e do local se deu devido à necessidade de um tempo maior para concentração e discussão entre a equipe. Esta escolha foi acertada anteriormente com todos os participantes, que expressaram que este momento poderia ser prejudicado caso fosse realizado dentro da Unidade de Terapia Intensiva, devido às demandas do setor.

Compareceram neste encontro sete participantes, sendo quatro homens e três mulheres, que foram dispostos sentados em círculo.

O início do encontro se deu com uma nova apresentação da pesquisadora, sobre os objetivos da pesquisa. O intuito foi relembrar a proposta da pesquisa aos participantes e despertar o foco das discussões. Posteriormente, com o auxílio de um *Data Show*, foram explanadas as medidas de avaliação e estadiamento das LP, tomando sempre o cuidado de manter a participação de todos. Para isto, antes da apresentação de cada medida com base na

literatura, era investigado primeiramente o conhecimento inicial dos participantes a respeito do assunto. O objetivo desta estratégia foi à ancoragem e a construção de novos conhecimentos.

Após este momento, e com o objetivo de avaliar a compreensão dos participantes, a pesquisadora apresentou algumas maquetes de LP para que estes fizessem a avaliação e classificação destas feridas (Fotografia 1 e 2).

Em seguida, a pesquisadora realizou uma pausa para um *coffee break* e no retorno abriu uma roda de conversa para um debate sobre os estudos pesquisados por cada participante.



Fotografia 1. Encontro educativo de teorização. Fonte: pesquisadora.



Fotografia 2. Uma das maquetes utilizadas no encontro educativo de teorização. Fonte: pesquisadora.

O objetivo desta primeira fase da etapa de teorização foi sanar as dúvidas sobre a classificação e avaliação das LP, conhecer alguns instrumentos que auxiliam na avaliação e tratamento das lesões e desenvolver uma maturidade teórica dos envolvidos, de modo que estes profissionais se tornem empoderados a discutir a temática proposta, com bases sólidas para construção de soluções dos problemas.

Porém, algumas dúvidas levantadas não foram bem esclarecidas durante as discussões do grupo, sendo proposto então pelos próprios participantes, o auxílio de uma terceira pessoa que fosse especialista no assunto, para que todas as dúvidas fossem sanadas e as discussões pudessem ser encaminhadas sem barreiras no conhecimento alcançado.

Deste modo, foi convidada a enfermeira estomaterapeuta e presidente da Comissão de Cuidados com a Pele do HU-UFGD, para um encontro de elucidação de dúvidas, o qual ocorreu em uma sexta-feira durante o plantão do turno vespertino na copa da UTI adulto, e participaram deste encontro sete participantes, quatro homens e três mulheres, além da pesquisadora e a enfermeira convidada.

Para nortear as discussões, a pesquisadora construiu um formulário através do Google Forms conforme o link: <https://docs.google.com/forms/d/1iPZXfeyDZ7Jra->

[DtU9fG2bPmkWEAe IMt6vkQ-UsrU8/prefille](#), o qual foi disponibilizado três dias antes aos participantes, para que estes registrassem as suas dúvidas, e durante o encontro este instrumento auxiliou no andamento das discussões.

Por fim, o terceiro encontro da fase de Teorização foi pautado na discussão sobre as medidas de tratamento das LP. Este encontro aconteceu em data e hora previamente agendadas com os participantes do estudo, estando presentes oito participantes, cinco homens e três mulheres, além da pesquisadora.

Todos foram dispostos sentados em círculo dentro do posto de enfermagem da UTI no período de tranquilidade do plantão. O encontro ocorreu por aproximadamente uma hora e meia. Na oportunidade a pesquisadora realizou a “Dinâmica do Chocolate”, esta ideia veio como estratégia de aproximar a data comemorativa do dia, que era a Páscoa, e a discussão que seria realizada.

Nesta dinâmica, a pesquisadora distribuiu bombons de chocolate de diferentes tipos para cada participante, e após este momento, orientou os participantes que cada tipo de chocolate seria símbolo de referência a algumas perguntas relacionadas à avaliação, estadiamento e tratamento de LP. À medida que a pesquisadora apresentava as perguntas nos *slides*, surgiam às imagens dos chocolates ao lado, e o participante que havia escolhido seria o responsável pela tentativa de solucionar a pergunta (Figuras 5 e 6).

Após cada pergunta, a pesquisadora problematizava o assunto com o grupo e quando a pergunta se referia as coberturas utilizadas no tratamento das LP, a pesquisadora apresentava a cobertura material e comentava sobre a sua composição, indicações, contraindicações, mecanismo de ação, modo de usar, cuidados de conservação e troca, para que todos conhecessem. Algumas coberturas apresentadas ao grupo foram conseguidas por meio da Comissão de Cuidados com a pele do HU-UFGD, sendo: Ácidos Graxos Essenciais (AGE), Alginato de Cálcio, Carvão Ativado, Colagenase, Hidrocolóide placa, Hidrofibra de carboximetilcelulose sódica com 1,2% de prata iônica, Hidrogel, Papaína – 2, 4, 6, 8, 10 e 12%, Polihexanida solução, Solução Fisiológica 0,9%, Sulfadiazina de Prata 1% associada ao nitrato de cério (Dermacerium).

O objetivo desta estratégia foi realizar um diagnóstico do grau de conhecimento dos participantes sobre as medidas de tratamento de LP; verificar se as discussões dos encontros anteriores sobre a avaliação e estadiamento de LP realmente foram significativas para a

agregação de conhecimento dos participantes; e apresentar e provocar um raciocínio crítico sobre as principais coberturas utilizadas no tratamento das LP.

Ao final foi solicitada uma avaliação individual de cada participante sobre o encontro realizado.



Em relação ao tratamento de lesões de pele, a cobertura indicada para feridas cavitárias, fétidas, com exsudação intensa, infecção e tecido necrótico é:

- A) placa de hidrocoloide
- B) carvão ativado e prata
- C) ácidos graxos essenciais
- D) sulfadiazina de prata e nitrato de cério

Figura 5. Demonstrativo das perguntas realizadas na Dinâmica do Chocolate. Fonte: pesquisadora.



2. (HUAC – UFCG/AOCP/EBSERH/2017) Paciente de 63 anos, internado há 15 dias na clínica médica, apresenta-se emagrecido e com mobilidade prejudicada. Após exame físico, o Enfermeiro identifica, na região do calcâneo direito, perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme e bolha intacta preenchida com exsudato seroso. O tecido adiposo e os tecidos profundos não são visíveis. O Enfermeiro classifica essa lesão como

- a) lesão por pressão estágio 1.
- b) lesão por pressão estágio 2.
- c) lesão por pressão estágio 3.
- d) lesão por pressão estágio 4.
- e) lesão por pressão não classificável.

Figura 6. Demonstrativo das perguntas realizadas na Dinâmica do Chocolate. Fonte: pesquisadora.

5.4. Quarta etapa: Hipóteses de Solução

Esta etapa provavelmente foi a mais discutida pelo grupo, visto que em todas as fases anteriores, as tentativas de resolução dos problemas eram sempre abordadas pelos participantes. E à medida que o grupo desenvolvia o conhecimento a respeito dos cuidados com as LP, mais estratégias de soluções eram traçadas. A perscrutação e análise da PCA mostraram-se melhores delineadas, pois denotou o compilado de todas as discussões.

Nesta fase foram realizados dois encontros, onde o primeiro aconteceu na UTI, com oito participantes, cinco homens e três mulheres, além da pesquisadora, em um momento tranquilo do plantão e sem agendamento prévio. Na oportunidade a pesquisadora apresentou a tecnologia cuidativo-educacional construída e solicitou a avaliação crítica dos participantes. O segundo encontro também foi realizado na UTI, agora com cinco participantes, quatro homens e uma mulher, além da pesquisadora, onde foi apresentada novamente a tecnologia cuidativo-educacional, agora atualizada conforme as sugestões colhidas no encontro anterior. Ao final dos dois encontros os participantes realizaram uma avaliação individual.

Toda a descrição da tecnologia cuidativo-educacional, seu processo de construção e avaliação será descrita em um tópico especificamente voltado para este assunto.

5.5. Quinta etapa: Aplicação à realidade

A quinta etapa do Arco de Magueréz foi o momento de aplicação na realidade, momento que ainda continuavam as fases de perscrutação e análise pela PCA. Este momento foi realizado dentro da UTI, onde ocorreu uma orientação inicial sobre o uso da tecnologia pela pesquisadora, e implementado pelos participantes após a assistência a uma paciente com LP estágio 4. Esta etapa foi realizada com cinco participantes, três homens e duas mulheres, além da pesquisadora, sem agendamento prévio. Na oportunidade foram observados alguns itens para avaliação da efetividade da tecnologia cuidativo-educacional, como:

- Clareza das informações
- Comunicabilidade entre as informações para resolução do problema
- A contemplação de todos os itens necessários para avaliação do risco para desenvolvimento de LP em um paciente crítico
- A contemplação de todos os itens necessários para avaliação de uma LP
- Contemplação de efetividade de todas as coberturas disponíveis na instituição, conforme as estruturas encontradas durante a avaliação da ferida;

E após a aplicação e avaliação da tecnologia cuidativo-educacional, foi solicitado o *feedback* dos participantes.

Por fim, o quadro abaixo sumariza os encontros realizados, apresentando a congruência entre as etapas do Arco de Magueréz e a PCA, bem como as atividades desenvolvidas.

Quadro 1: Descrição das etapas do Arco de Magueréz, da PCA, e atividades desenvolvidas

ENCONTROS DO GRUPO	ETAPA DO ARCO DE MAGUERÉZ	FASE DA PCA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA
1º Encontro	1ª etapa: Observação da Realidade	Perscrutação e Análise (Apreensão)	Realização da roda do chá com o objetivo de verificar os principais problemas, dúvidas, incertezas e inseguranças relacionadas ao cuidado do paciente com LP.
2º Encontro	1ª etapa: Observação da Realidade	Perscrutação e Análise (Apreensão)	Seleção dos principais problemas relacionados ao cuidado do paciente com LP.
3º Encontro	2ª etapa: Pontos-chave	Perscrutação e Análise (Síntese)	Realizada uma dinâmica denominada de Espelho da Realidade (APÊNDICE C), onde a pesquisadora apresentou um caso clínico e solicitou ao grupo que elencassem os pontos-chave de cada problema.

4º Encontro	3ª etapa: Teorização e indícios de Hipóteses de solução	Perscrutação e Análise (Teorização e indícios da fase de transferência)	Estudo sobre a avaliação e estadiamento das LP e discussão de artigos científicos.
5º Encontro	3ª etapa: Teorização	Perscrutação e Análise (Teorização)	Encontro com a enfermeira estomaterapeuta, para retirada de dúvidas e linearização do conhecimento do grupo.
6º Encontro	3ª etapa: Teorização e indícios de Hipóteses de solução	Perscrutação e Análise (Teorização e indícios da fase de transferência)	Estudo das medidas de tratamento e principais coberturas de feridas disponíveis no hospital.
7º Encontro	4ª etapa: Hipóteses de solução	Perscrutação e Análise (Transferência)	Apresentação aos participantes da tecnologia cuidativo-educacional, que foi resultante das discussões.
8º Encontro	4ª etapa: Hipóteses de solução	Perscrutação e Análise (Transferência)	Segunda apresentação da tecnologia cuidativo-educacional, para avaliação e novas sugestões.
9º Encontro	5ª etapa: Aplicação à realidade	Perscrutação e Análise (Transferência)	Implementação da tecnologia cuidativo-educacional após a assistência de enfermagem à uma paciente com LP estágio 4.

Fonte: pesquisadora.

6. RESULTADOS

Esse estudo teve como principal objetivo analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da UTI Adulto no cuidado do paciente com lesão por pressão. Para tanto, inicialmente buscou-se identificar as necessidades da equipe de enfermagem da UTI do HU-UFGD, bem como estabelecer um espaço de reflexão por meio da prática educativa.

Dessa forma, os resultados estão apresentados em três momentos. Inicialmente são caracterizados os participantes e descritos os dados decorrentes das discussões dos temas técnicos e científicos que permearam a PCA no que tange a convergência entre a pesquisa, a assistência, e o desenvolvimento do Arco de Maguerez. Em seguida, está descrito como foi construído a tecnologia cuidativo-educacional, e por fim, os dados da análise da prática educativa, a qual está apresentada a partir de um artigo científico.

6.1. Descrição dos participantes

No total foram realizados nove encontros, no qual participaram onze enfermeiros do turno vespertino da UTI Adulto do HU-UFGD, não necessariamente todos compareceram em todos os encontros, mas cada um deu relevantes contribuições para este estudo.

Entre os participantes, seis eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com faixa etária entre 28 a 43 anos. A média de tempo de formação foi de nove anos, sendo a mínima 4 e a máxima 18 anos. Quanto ao nível de escolaridade, oito possuem pós-graduação *Lato Sensu* e três estão cursando mestrado.

Quando questionados sobre onde obtiveram maior bagagem de conhecimento sobre o cuidado com LP, cinco responderam que obtiveram na prática de trabalho e seis responderam que foi durante a graduação, sendo que um dos participantes, marcou duas alternativas e falou que também obteve esse conhecimento através de cursos extracurriculares.

Em relação ao nível de conhecimento sobre o tema, um respondeu ser suficiente, cinco responderam ser mediano, e cinco responderam ser insuficiente.

6.2. Problemas identificados a partir do desenvolvimento da PCA com o auxílio do Arco de Maguerez

Os encontros desenvolvidos na etapa de perscrutação da PCA por meio da observação da realidade do Arco de Maguerez permitiram inicialmente identificar as dúvidas dos

profissionais quanto ao cuidado e prevenção da LP no paciente em terapia intensiva, as quais permearam a dificuldade na classificação das lesões; quando realizar o desbridamento enzimático; quando associar as coberturas; e o uso de drogas vasoativas como fator que favorece a LP. Abaixo seguem algumas falas dos participantes que evidenciaram essas dúvidas.

“O que eu vejo de vez em quando, é dúvida da equipe com relação à classificação das lesões e úlceras de pressão, tanto que o pessoal coloca que é grau, é classificada por tal coisa, ah! ... essa é lesão por dispositivo... eu vejo bastante dúvida da equipe se é estágio, se é grau, e a equipe toda da UTI têm essas dúvidas... A outra dúvida é na hora de utilizar o curativo enzimático, eu vejo muita dúvida... se vai usar papaína, se vai usar safgel, eu vejo bastante dúvida...” (HÉRMES)

“Eu compartilho da mesma dúvida do colega, só que de uma forma diferente até... a dúvida que coloquei é como cuidar de cada lesão de estágios diferentes... Como cuidar das lesões versus o estadiamento... grau 1, grau 2... É exatamente o que o colega falou... Quando realmente usar uma papaína a colagenase... se usa mais de uma cobertura ou não...” (ZÉUS)

“Pacientes em uso de drogas vasoativas em alta vazão favorece o desenvolvimento de lesão por pressão? Que é uma coisa que a gente ver muito aqui, que são pacientes com altas doses e aqueles pacientes não é só um fato de mudança de decúbito pela gravidade, mas tem a questão da vasoconstrição que favorece o aparecimento de lesão. ” (ÉOS)

“Qual a cobertura ideal para cada ferida, uma vez que não há padronização na UTI sobre a cobertura? E sobre também a classificação da lesão, exemplo, é como ela falou, às vezes começa com o safgel, aí o outro plantão muda para um creme de barreira ou uma nistatina, e no final das contas a gente não sabe o que padronizar. ” (APOLO)

A partir das dúvidas evidenciadas nas discussões iniciais do primeiro encontro da realidade, os participantes levantaram no segundo e terceiro encontros, alguns problemas, bem como os pontos-chave que de uma maneira ou outra favorecem o aparecimento dos problemas.

Quadro 2. Relação dos problemas e pontos-chave levantados durante os encontros de observação da realidade

- **1º Problema:** falhas no desenvolvimento das medidas de prevenção das LP;

Pontos-chave: ausência de notificação do surgimento das lesões; comunicação com o serviço de nutrição na prevenção e no tratamento das diarreias relacionadas a nutrição enteral.

- **2º Problema:** organização do processo de trabalho da enfermagem;

Pontos-chave: escalas de trabalho; admissão de paciente; atividades adicionais realizadas pela enfermagem.

- **3º Problema:** pouco acesso aos tipos de coberturas existentes no hospital e a inabilidade de manuseio destas;

Pontos-chave: criação junto à comissão de cuidados com a pele de fluxos para a UTI; melhorar o acesso aos dispositivos adequados; capacitação da equipe no uso adequado das coberturas.

- **4º Problema:** Dificuldade para avaliar e classificar a LP;

Pontos-chave: necessidade de fortalecimento da comunicação com a comissão de cuidados com a pele; criação de fluxos; e treinamento da equipe.

- **5º Problema:** Carência de conhecimento sobre as principais coberturas e o tratamento mais adequado cada tipo de LP.

Pontos-chave: atualização e treinamento da equipe; estabelecimento de vínculos multidisciplinar para condutas e discussões no tratamento das lesões; e desenvolvimento do PDSA (metodologia institucionalizada na UTI do HU-UFGD que auxilia na realização de testes e implementação de mudanças no ambiente de trabalho, possibilitando menor probabilidade de erros e ações de melhorias).

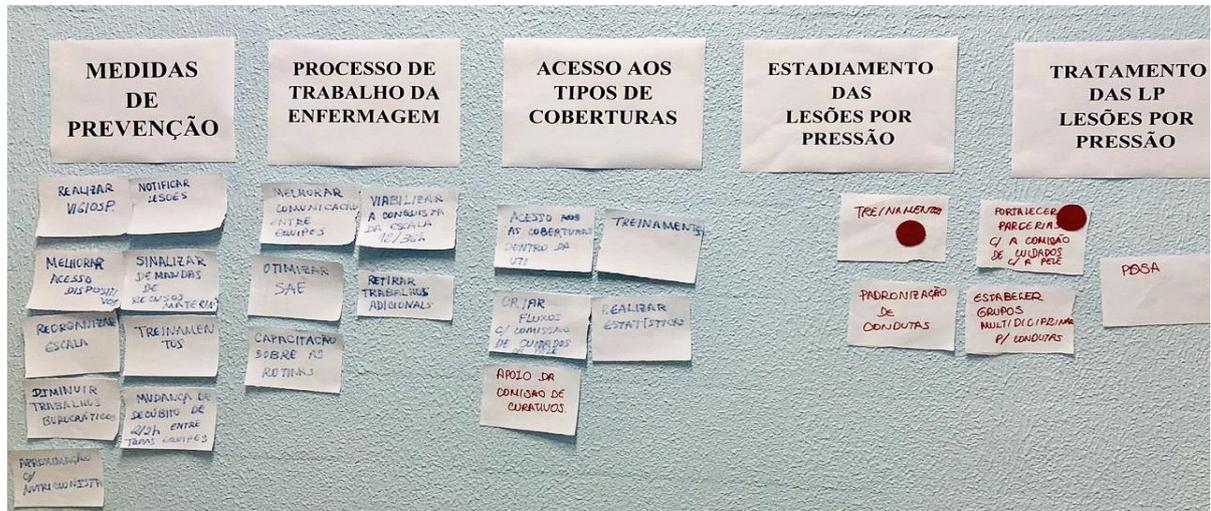
Fonte: pesquisadora.

Após a observação dos problemas e pontos-chave, os participantes refletiram sobre os problemas que apresentavam relação direta com o fazer da equipe e que estaria no alcance de transformação, para que fossem trabalhados nas próximas etapas da pesquisa. Nesse sentido, foram escolhidos o quarto e o quinto problema, com seus respectivos pontos-chave, que se voltam para o desenvolvimento de treinamentos da equipe de enfermeiros sobre estadiamento e tratamento das LP e o desenvolvimento de meios para fortalecer a parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele da Instituição. Como verificado na fala a seguir onde todos concordaram:

“Olha só! Eu acho que é aqui em estadiamento e tratamento, porque assim, se a gente envolve treinamento a gente vai ter que aprender a avaliar e aí quando a gente for tratar a gente vai ter que saber as coberturas... e aquela parte que a gente viu que nas medidas de prevenção e processo de trabalho que vão ser coisas que vão partir mais de processos individuais nossos, então assim, qual a nossa maior dificuldade hoje? Porque ali a gente já sabe como prevenir e quais os nossos entraves, e a gente sabe que a gente não consegue estadiar, que a gente não consegue dar sequência, então vamos focar nesses dois (treinamento

sobre estadiamento e tratamento das LP), porque esses dois já vão abarcar os tipos de cobertura e aí pronto. E o outro seria a parceria com a comissão de cuidados com a pele, quer dizer, é uma opinião minha, porque assim, se a gente tiver um treinamento e essa parceria, a gente vai desmanchar um bocadinho de coisa.” (ATENA)

A Fotografia 3 demonstra o mural confeccionado durante o encontro, denominado como Espelho da Realidade, que trouxe os problemas levantados nos encontros anteriores, e seus devidos pontos-chave, sendo os itens escolhidos pelos participantes, marcados com pontos vermelhos, evidenciando o que foi descrito até o momento.



Fotografia 3. Mural denominado de Espelho da Realidade. Fonte: pesquisadora.

6.3. Teorizando os Problemas e Pontos-chave

Após a definição dos pontos-chave que seriam trabalhados na pesquisa, deu-se seguimento à etapa de teorização do Arco de Maguerez. Esse momento permitiu o sair da assistência e voltar para a pesquisa, de maneira que a partir da realidade se volta para a teoria, para o conhecimento científico e buscou-se teorizar sobre o que se observou para a mudança da prática. Dessa forma os encontros de teorização possibilitaram além da continuação da perscrutação, mas também o desenvolvimento da análise da PCA em seu processo de síntese e converge com a fase de Teorização do Arco de Maguerez, que é o momento de interpretação dos dados, ou seja, é a busca do entendimento do que representa estes problemas e pontos-chave levantados. Estas fases foram desenvolvidas em três encontros distintos:

No primeiro encontro foi realizado um estudo mais aprofundado sobre as medidas de avaliação e estadiamento das LP e na oportunidade foram apresentados pelos participantes alguns artigos relacionados às tecnologias utilizadas nacional e internacionalmente em Instituições de Saúde para avaliação e estadiamento de feridas.

Os artigos apresentados foram: Feridas complexas e o biofilme: atualização de saberes e práticas para a enfermagem – Cruz et al., (2016); Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* – Morais et al., (2016); Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados – Borghardt et al., (2016); Instrumentos para cuidado de lesão por pressão na pediatria e hebiatria: revisão integrativa da literatura – Ferreira et al., (2018); Reapresentando o instrumento *Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)* para avaliação de úlceras crônicas de perna – Santos; Carvalho (2009); e Elaboração de algoritmo para avaliação e tratamento de ferida – Cunha, Dutra e Salomé (2018)

Foi desenvolvido um estudo coletivo que auxiliou na linearização do conhecimento da equipe e houve também um enfoque especial aos instrumentos que ajudam na avaliação e classificação de feridas como as ferramentas: *PUSH*, *MEASURE*, *RYB*, Algoritmo para avaliação e tratamento de feridas; e as escalas de risco: Escala de Waterlow e Escala de Braden.

Cada participante envolveu-se ativamente nas discussões e também tiveram o seu momento de protagonismo durante a apresentação individual dos seus achados científicos. Foi também o momento em que a pesquisadora estava comprometida com o desenvolvimento do conhecimento técnico e teórico para a promoção de inovações na prática assistencial.

Todavia, algumas dúvidas decorrentes de vivências diárias permaneceram, sendo assim solicitado pelos próprios participantes a intervenção de uma terceira pessoa que fosse perita no assunto, para sanar as dúvidas e assim desvendar alguns entraves para que se pudessem prosseguir com as discussões.

No segundo encontro foi realizado então o esclarecimento das dúvidas que surgiram no decorrer do encontro anterior com o auxílio da estomaterapeuta da instituição. Neste encontro foram selecionadas as seguintes perguntas que foram enviadas ao *Google Forms* (Figura 7):

Quando a lesão é tissular profunda e rompe a pele, como devo classifica-la? Estágio 2 ou mantenho a classificação de tissular profunda?

Quando existe túneis na lesão que me impede de visualizar a profundidade da ferida, como devo classifica-la?

Quando eu tenho uma lesão tissular profunda com a epiderme rompida e tem presença de esfacelo, como devo estagia-la?

Uma lesão por TOT no lábio é considerada lesão por dispositivo médico ou LP em membrana mucosa?

O rompimento da pele na orelha já me caracteriza ser LP estágio 4?

Quando a ferida tem uma parte com escara, que me impede de visualizar apenas um lado da ferida, e outra parte que visualizo músculo, como devo classificar? Estágio 3 ou não classificável?

Como classificar feridas que apresentam varias características? Por exemplo... ferida estagio 2 que apresente escaras em alguns pontos? Classifico como estagio 2 e apenas descrevo que apresenta escaras? Ou entra direto na Nao classificavel?

Quais os produtos e materiais que temos disponiveis no hospital para tratar as feridas?

Figura 7. Perguntas enviadas pelos participantes ao *Google Forms*. Fonte: pesquisadora.

O encontro foi baseado em troca de conhecimento e a enfermeira convidada foi uma figura importante para elucidação das dúvidas dos participantes e na linearização do conhecimento da equipe sobre as formas de avaliação e estadiamento das LP. Foi também um momento de aproximação e fortalecimento da parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele, respondendo a um dos pontos-chave levantados pela equipe. É importante salientar que em todo o momento os participantes foram os protagonistas do norteamento e andamento das discussões, e avaliaram o encontro como fundamental para a continuidade dos estudos.

Já no terceiro encontro da fase de Teorização foi realizada uma discussão densa sobre as coberturas que estão disponíveis na instituição. Primeiramente houve uma avaliação do conhecimento anterior dos participantes com base nas perguntas que eles iam respondendo, e posteriormente se discutia conforme a literatura.

Em seguida, passou-se para o momento de enumeração de hipóteses de soluções aos problemas assistenciais e foi sugerido a construção de um instrumento de acesso rápido e que otimizasse o cuidado dos pacientes com LP:

“Um protocolo de orientação, com fotos, imagens, que tivesse explicando a indicação de cada coisa que pode ser usada, eu acho que resolveria. ” (HÉLIOS)

“Eu já pensei outra coisa, minha cabeça já foi pensando para algo meio como um checklist, uma coisa desse tipo que orientasse a gente em algumas coisas. Por exemplo, usar a ferramenta TIME, alguma coisa para classificação, essas coisas. Igual a gente usa hoje na sondagem vesical de demora também. ” (ÉOS)

“O cartaz com o estadiamento das lesões seria uma ideia boa. A gente pregava nesse vidro aqui mesmo, onde você tem um campo visual muito rápido para você tomar decisão era bom. ” (ARES)

“Poderia ser é um algoritmo né? ” (ÁRTEMIS)

6.4. Hipótese de solução: Construção da Tecnologia Cuidativo-educacional

No primeiro encontro a pesquisadora apresentou a tecnologia cuidativo-educacional denominada de *Tecnologia para avaliação de lesão por pressão - TALP*, que é um algoritmo e foi desenvolvida com base nas discussões do grupo.

Essa tecnologia pautou-se no algoritmo de Carvalho, Salomé e Ferreira, (2017), adaptado a partir da realidade dos pacientes críticos em UTI, nas discussões do grupo, bem como na leitura de outras escalas como a escala de Braden, que avalia o risco para o desenvolvimento de LP; nas escalas de Sunderland, EVARUCI, Mod. Bienstein e Cubbin-

Jackson que são escalas específicas para pacientes críticos; nas ferramentas e escalas TIME, MEASURE, PUSH, RYB que traçam medidas de avaliação de feridas; e nas escalas TISS 28 e NAS que avaliam a gravidade dos pacientes e auxiliam no dimensionamento da equipe de enfermagem.

O objetivo da construção desta tecnologia foi auxiliar os enfermeiros da UTI adulto do HU-UFGD a traçar um perfil de risco de desenvolvimento de LP em pacientes críticos, levando em consideração fatores que foram levantados durante as discussões como importantes de serem avaliados neste tipo de paciente, bem como diminuir as dúvidas quanto à avaliação, classificação e tratamento das LP.

Na oportunidade a pesquisadora solicitou um *feedback* dos participantes, que sugeriram a retirada de algumas informações como a troca da proposição “Avaliação holística do paciente com lesão por pressão” para “Avaliação geral de indicadores de risco” por julgarem se adequar mais ao objetivo da tecnologia; foi acrescido também a seguinte informação “Realizar a soma das pontuações para traçar o escore” por julgarem ficar mais claro para as pessoas que fossem utilizar a tecnologia; e retirar o item “sepsis” dos itens de avaliação de risco, por julgarem não ser um marcador necessário para este instrumento. Segue abaixo as imagens com as seguintes modificações (Figuras 8 e 9).



Figura 8. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional que foi sugerido às modificações. Fonte: pesquisadora.

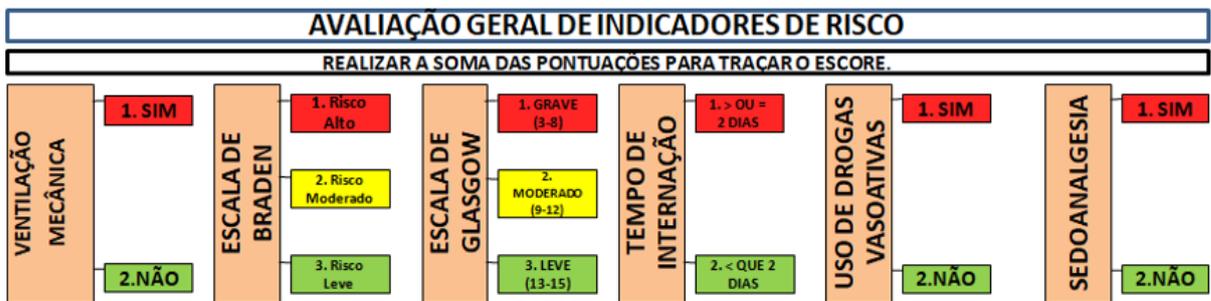


Figura 9. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional após as discussões do grupo. Fonte: pesquisadora.

Ao final do encontro os participantes fizeram uma avaliação da tecnologia e solicitaram a realização de mais um encontro para uma nova apresentação e possíveis modificações.

“Eu acho que é uma ferramenta muito bacana, dá muito trabalho para fazer, mas assim, é só questão de ajustes mesmo, e dá para a gente ir aplicando e vendo como que vai ser, mas eu acho que vai dar certo sim e vai contribuir bastante.” (ÁRTEMIS)

No segundo encontro foi realizada uma nova apresentação da tecnologia, que foi ajustada com base nas sugestões anteriores e foi solicitada uma nova avaliação, sendo sugerido acrescentar a localização e formato da LP no item que continha apenas a mensuração; retirar o item de “avaliação de umidade da ferida”, visto que se tornava um item redundante, devido este item já ser avaliado no item “tipo de tecido”, que já remete se a ferida está úmida ou não; sugeriram também estruturar a ordem de avaliação, de modo que a ferida fosse avaliada de fora para dentro, para facilitar a sua descrição no prontuário do paciente. Então o item de avaliação da ferida foi estruturado da seguinte maneira: geral – sinais de infecção - bordas – tipo de tecido – quantidade de exsudato – e tipo de exsudato; e sugeriram acrescentar informações como o tempo de troca de cada cobertura por julgarem ser uma informação essencial para o tratamento da LP (Figuras 10, 11 e 12).

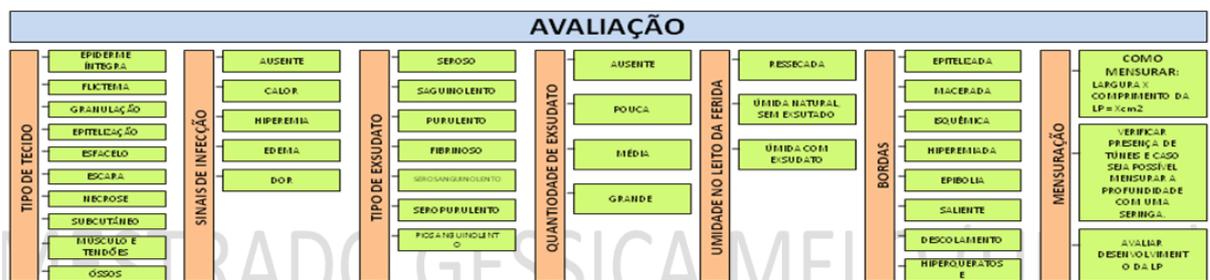


Figura 10. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional que foi sugerido modificações. Fonte:

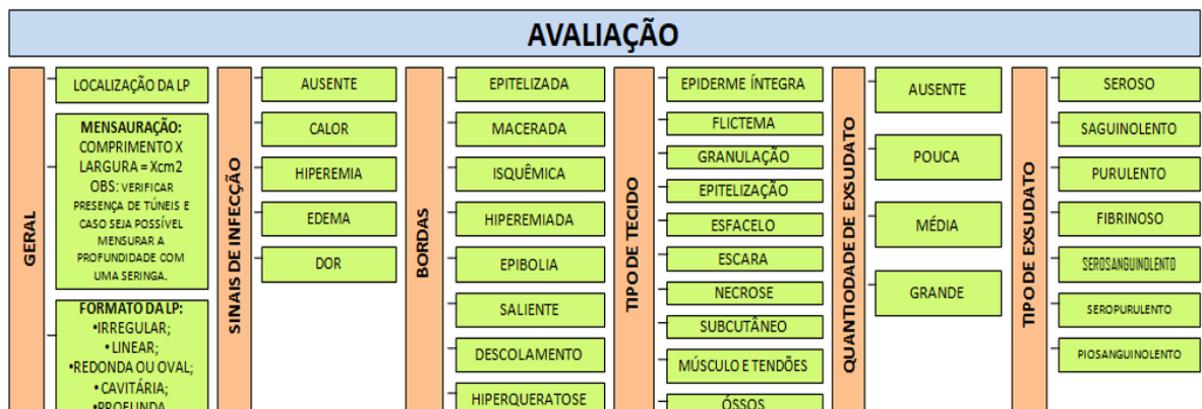


Figura 11. Fragmento da tecnologia cuidativo-educacional após as discussões do grupo. Fonte: pesquisadora.

<p>TROCAS: AGE: Diária – de 12 horas a 24 horas. Deve ter aplicação de cobertura secundária (AGE solução). ALGINATO DE CÁCIO: Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas. Feridas limpas com sangramento: a cada 48 horas ou quando saturado. Dependendo do fabricante pode permanecer até 07 (sete) dias. CARVÃO ATIVADO: O tempo máximo de permanência é de 7 dias, sendo que, para remover o carvão basta levá-lo a partir de um dos cantos. No início, as trocas deverão ser feitas a cada 24 ou 48 horas. COLAGENASE: A cada 24 horas. FILME TRANSP. SEMIPERMEÁVEL: Em áreas de pressão manter por até 7 dias. HIDROCOLOIDE EM PLACA: quando houver extravasamento de gel, se a placa deslocar, ou no máximo em 7 dias.</p>	<p>HIDROFIBRA COM CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA E PRATA IÔNICA: Trocar quando houver saturação do produto (quando a placa fica com aspecto de gel) ou extravasamento de exsudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação. HIDROGEL: Em feridas infectadas – no máximo a cada 24 horas. Necrose – no máximo a cada 72 horas. PAPAÍNA: No máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo secundário, quando na formulação em gel. PHMB: Recomenda-se troca diária quando utilizado sem outras coberturas. No máximo pode ser trocado em até 72 horas. SULFADIAZINA DE PRATA A 1% ASSOCIADA AO NITRATO DE CÉRIO: Recomenda-se a troca a cada 12 horas ou 24 horas a depender do fabricante, podendo haver maior frequência caso haja saturação do curativo</p>
--	--

Figura 12. Informações que foram adicionadas à tecnologia cuidado-educacional. Fonte: pesquisadora.

E por fim, todos avaliaram a tecnologia cuidado-educacional como um instrumento de fácil manipulação e importante para melhorar a realidade do cuidado no setor.

“Eu acho que esta é uma ferramenta que ajuda a promover a uniformização da prática dentro da unidade e ele colabora sim com a prática e com a celeridade do cuidado, porque como a gente citou durante as discussões, é que há uma desunião na realização dos curativos, e também facilita a avaliação da ferida, de modo que quando você tem uma classificação que ela fica unificada, você bate o olho e memoriza, assim como o Braden que a gente já tem uma quase memorização dele né? E com isso aqui eu acho que é bem importante assim, porque o Braden a gente avalia tal, mas já tem uma noção do risco do paciente, mas com esse daqui acho que aprofunda melhor a questão do tratamento. ” (DEMÉTER)

6.5. Aplicação na realidade: Aplicação da tecnologia-cuidado educacional

O primeiro encontro para implementação da tecnologia cuidado-educacional ocorreu após a assistência à uma paciente com uma LP estágio 4, e durante a avaliação da tecnologia foram observados os seguintes itens:

- **Clareza das informações:** Foi observado que os itens se encontravam em uniformidade com o objetivo da tecnologia e que as informações que constavam eram claras ao entendimento de qualquer enfermeiro da UTI adulto.
- **Comunicabilidade entre as informações para resolução do problema:** O percurso e desfechos das informações mostraram-se claros e resolutivos.
- **A contemplação de todos os itens necessários para avaliação de risco para desenvolvimento de LP em um paciente crítico:** A paciente que foi avaliada com o auxílio da tecnologia cuidado-educacional estava traqueostomizada e respirando espontaneamente.

Por este motivo foi observado a necessidade de incluir esta informação como um item de risco para desenvolvimento de LP, visto que é um dispositivo médico que provoca uma pressão na localidade da sua fixação e que reduz a movimentação da paciente no leito. O item que contempla a escala de Glasgow, também obteve alterações após a avaliação desta paciente, pois foi observado que paciente mesmo consciente, fazia períodos de agitação psicomotora, predispondo a fricção e cisalhamento no leito. Os demais itens foram avaliados como importantes e necessários para avaliação de risco dos pacientes para desenvolver LP.

- **A contemplação de todos os itens necessários para avaliação de uma LP:**

Os itens contemplados para avaliação da LP foram considerados pelos participantes como suficientes para classificar a lesão e prescrever o tratamento adequado.

- **Contemplação de efetividade de todas as coberturas disponíveis na Instituição, conforme as estruturas encontradas durante a avaliação da ferida:** Foi verificado pelos participantes que o algoritmo leva ao desfecho adequado para o tratamento da ferida, dando diversas opções de coberturas e que todas as coberturas são disponibilizadas pela instituição.

“O algoritmo te dá uma visão geral de fato da lesão, desde avaliação de risco até o tratamento, te direciona perfeitamente para no momento da dúvida e da padronização do tratamento daquela lesão, vai ser muito válido e importante para a gente, diante das nossas atividades diárias mesmo dentro da UTI. ” (HÉRMES)

7. APRESENTAÇÃO DA TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL DESENVOLVIDA

7.1. Tecnologia para avaliação de lesão por pressão – TALP

Além do processo educativo realizado com os enfermeiros que objetivou a formação de recursos humanos com qualidade técnica para a assistência e intervenção nos cuidados com LP foi desenvolvido um produto fruto das discussões do grupo, e denominada ao final do processo da sua construção como: *Tecnologia para avaliação de lesão por pressão – TALP* (Figura 13).

O objetivo principal da TALP foi auxiliar os enfermeiros no manejo dos cuidados de pacientes que já possuem LP. No entanto ela deve ser utilizada em todos os pacientes críticos internados, os que possuem ou não LP, partindo da lógica de que todos precisam ser avaliados quanto ao risco.

O primeiro fragmento da TALP busca traçar o perfil de todos os pacientes internados na UTI adulto, e avalia o risco para o desenvolvimento de uma LP, com base na avaliação de algumas informações que foram julgadas pelos participantes como importantes para serem observadas nos pacientes críticos, como: a Escala de Glasgow, Escala de Braden, o uso de drogas vasoativas e sedoanalgesia, o tempo de internação e o uso de ventilação mecânica.

Cada item possui uma pontuação, que ao final é computada e traçado um escore, onde o escore de 6 a 9 identifica um paciente com alto risco para desenvolver LP - cor vermelha; o escore de 10 a 12 identifica o paciente com médio risco para desenvolver LP - cor amarela; e o escore de 13 a 14 identifica o paciente com baixo risco para desenvolver LP - cor verde.

Depois de identificado o escore, serão sugeridas estratégias de cuidados de acordo com cada perfil de paciente crítico. A intenção do grupo em traçar o perfil dos pacientes, é além de identificá-los beira-leito com suas cores, para fácil visualização de todos os profissionais sobre o risco de cada paciente, desenvolver estratégias de corresponsabilização do cuidado também da equipe multidisciplinar, como nutricionistas, fisioterapeutas e médicos, e também dos próprios pacientes e/ou acompanhantes, caso estes sejam aptos.

As etapas subsequentes da TALP são destinadas aos pacientes que já possuem LP e norteia o profissional sobre a avaliação das principais estruturas que devem ser visualizadas nas feridas, além do estadiamento, com informações das principais características conforme a NPUAP, e o passo a passo do tratamento de acordo com as estruturas encontradas na avaliação.

Esta etapa além de auxiliar o enfermeiro no cuidado da LP auxilia na descrição da ferida no prontuário do paciente e do material utilizado para o tratamento, para fins de faturamento.

TECNOLOGIA PARA AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO - TALP

AVALIAÇÃO GERAL DE INDICADORES DE RISCO

REALIZAR A SOMA DAS PONTUAÇÕES PARA TRAÇAR O ESCORE.

VENTILAÇÃO MECÂNICA OU TQT EM AR AMBIENTE	1. SIM	ESCALA DE BRADEN	1. Risco Alto ou muito alto 2. Risco Moderado 3. Risco Leve ou sem risco	ESCALA DE GLASGOW	1. GRAVE (3-8) 2. MODERADO (9-12) 3. LEVE (13-15) <small>Obs.: Paciente agitado no leito, considerar nota 1.</small>	TEMPO DE INTERNAÇÃO	1. > OU = 2 DIAS 2. < QUE 2 DIAS	USO DE DROGAS VASOATIVAS	1. SIM	SEDOANALGESIA	1. SIM
	2. NÃO						2. NÃO		2. NÃO		2. NÃO

ALTO RISCO (ESCORE: 6 - 9)

- Realizar avaliação diária da necessidade de sedoanalgesia, aporte ventilatório, uso de drogas vasoativas (DVA), presença de infecção e otimização de antibioticoterapia juntamente com a equipe multidisciplinar;
- Sempre que necessário realizar o desmame das DVA, sedoanalgesia e do aporte ventilatório;
- Atentar-se para o estado nutricional do paciente e sempre que necessário solicitar a reavaliação nutricional com o nutricionista da instituição;
- Inspeccionar a pele em áreas de proeminências ósseas e em áreas com dispositivo médico 2x ao dia, ou preferencialmente a cada mudança de decúbito;
- Reavaliar diariamente o risco de surgimento de LP;
- Realizar prescrição de cuidados específicos para prevenir e/ou tratar LP;
- Realizar manejo da umidade, hidratar a pele (2x/dia) e minimizar pressão com coxins conforme prescrição de enfermagem;
- Não posicionar o paciente lateralizado em 90°, devido aumento de pressão na região trocântérica;
- Seguir orientação de reposicionamento conforme sugestão do relógio de mudança de decúbito beira leito;
- Não posicionar o indivíduo sobre uma LP existente;
- Não elevar a cabeceira do leito acima de 30°, exceto em casos contraindicados, devido condição clínica.

MÉDIO RISCO (ESCORE: 10 – 12)

- Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados;
- Incentivar a movimentação no leito sempre que possível, se não houver contraindicação;
- Orientar e estimular os pacientes ou familiares, o procedimento de alívio da pressão, ou outras manobras de alívio, conforme capacidade do paciente.
- Reduzir o tempo no qual o paciente permanece sentado, para no máximo uma hora por período, devido ao elevada pressão nas regiões isquáticas na posição sentada.

BAIXO RISCO (ESCORE: 13 - 14)

- Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto e médio risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados;
- Quando o indivíduo estiver sentado na cadeira providenciar apoios aos braços e pés, com o objetivo de minimizar a pressão e evitar deslizamento do paciente na cadeira.

CASO O PACIENTE JÁ TENHA LP CONTINUE O ALGORÍTIMO

AVALIAÇÃO

GERAL	LOCALIZAÇÃO DA LP	AUSENTE	SINAIS DE INFECÇÃO	CALOR	BORDAS	EPITELIZADA	TIPO DE TECIDO	EPIDERME ÍNTEGRA	QUANTIDADE DE EXSUDATO	AUSENTE	TIPO DE EXSUDATO	SEROZO
	MENSURAÇÃO: COMPRIMENTO X LARGURA = Xcm ² <small>OBS: VERIFICAR PRESENÇA DE TÚBERIS E CASO SEJA POSSÍVEL MENSURAR A PROFUNDIDADE COM UMA SERINGA.</small>	HIPEREMIA		MACERADA		FICTEMA		POUCA		SAGINOLENTO		
	FORMATO DA LP: • IRREGULAR; • LINEAR; • REDONDA OU OVAL; • CAVITÁRIA; • PROFUNDA.	EDEMA		ISQUÊMICA	HIPEREMIADA	ESCARA	MÉDIA	PURULENTO		FIBRINOSO		SEROSANGUINENTO
		DOR		HIPEREMIA	EPIBOLIA	NECROSE	GRANDE	SEROPURULENTO		SEROPURULENTO		PIOSANGUINENTO
				DESCOLAMENTO	SALIENTE	SUBCUTÂNEO						
				HIPERQUERATOSE	DESCOLAMENTO	MÚSCULO E TENDÕES						
					HIPERQUERATOSE	ÓSSOS						

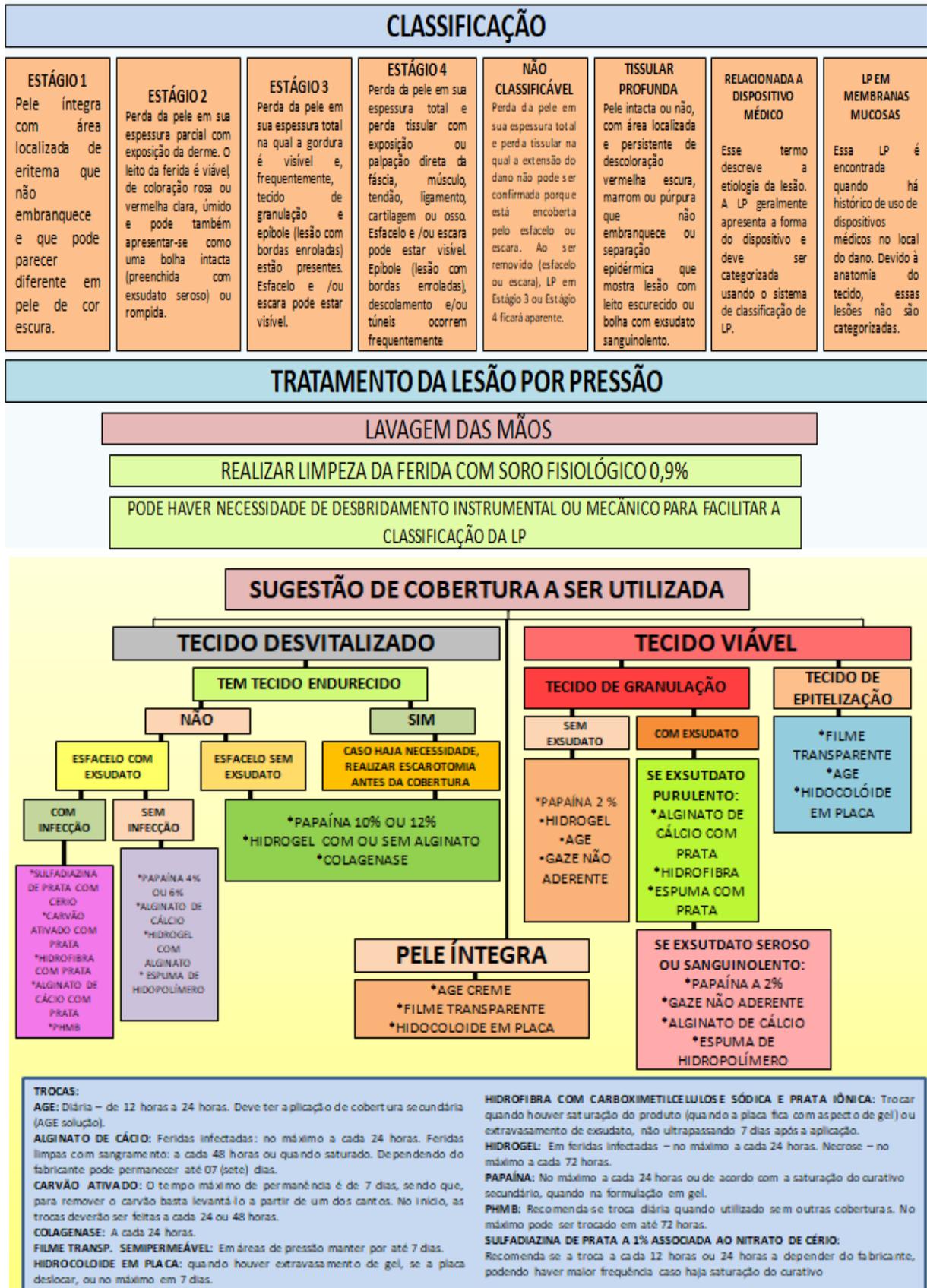


Figura 13. Tecnologia para avaliação de lesão por pressão – TALP. Fonte: pesquisadora.

7.2. Manual Educativo de construção e aplicação da TALP

Para maior compreensão dos profissionais que irão fazer uso da TALP, foi desenvolvido um manual educativo (Figura 14) que apresenta todo o seu percurso de construção e aplicação.

Este manual educativo trata-se também de uma TCE e a sua escolha se deu por este ser considerado uma tecnologia leve-dura, que comporta a disposição de saberes estruturados com base na observação da realidade e da reflexão crítica de profissionais de saúde, e por este possibilitar os subsídios para a apresentação e aplicação do conhecimento que foi desenvolvido (MERHY, 2003).

O manual educativo foi construído com base no processo educativo realizado nesta pesquisa e nos pressupostos teóricos sobre tecnologias do cuidado, tecnologias em enfermagem a partir dos construtos de Elizabete Teixeira (2017), Elizabeta Albertina Nietzsche (2000, 2005, 2012) bem como no conceito de TCE proposto por Salbego (2016, 2018), os quais afirmam de maneira geral, que as TCE se qualificam pela possibilidade de relacionar ações educativas e cuidativas emergentes da *práxis* dos enfermeiros, em formas de processos e produtos, distinguindo a concepção de mera tecnologia assistencial.

Isso porque, o desenvolvimento da TALP e do manual educativo para a aplicação desta, resultou de um processo educativo concreto dos profissionais enfermeiros da UTI adulto, a partir da experiência de cuidado do paciente com lesão por pressão, amparado por esta pesquisa, a qual pautou-se em um processo crítico reflexivo e transformador, identificando assim, todos os pressupostos do conceito de TCE por Salbego (2016).

O manual educativo foi estruturado em quatro sessões, onde na primeira sessão faz-se uma apresentação do manual educativo e seus objetivos; a segunda sessão apresenta a TALP de maneira detalhada e com base na fundamentação teórica; a terceira sessão apresenta os subsídios para a aplicação da TALP; e a quarta sessão apresenta as referências bibliográficas utilizadas.

Para a construção e estruturação desta TCE, priorizou-se o rigor científico, linguagem clara e pertinente à equipe de enfermagem da UTI adulto. E toda a elaboração da diagramação gráfica e ilustrações objetivaram a aproximação com a realidade dos profissionais.

A marca d'água que aparece em quase todas as folhas do manual educativo, foi desenvolvida no site *Canva*, e faz referência a construção coletiva. A diagramação da capa, e a folha de rosto, também foram construídas no mesmo *site*.

A personagem enfermeira foi desenvolvida com base na mesma vestimenta dos profissionais da UTI adulto, objetivando a aproximação com a realidade dos profissionais. E foi desenhada de maneira manual, com uso de uma caneta nanquim para sua finalização. Sendo após digitalizada e melhorada através de pintura digital no programa *Adobe Photoshop 12.0*.



Figura 14. Capa da TEC desenvolvida. Fonte: Pesquisadora

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa inicialmente foi um desafio, pois propor uma intervenção educativa em saúde e a adoção de espaços de reflexão para resolução de problemas dentro do ambiente de trabalho não é algo fácil de ser realizado, primeiro porque envolveu pessoas em suas várias dimensões e complexidades; segundo porque anterior ao desenvolvimento do estudo, não havia o diálogo coletivo para resolução de problemas na unidade, as intervenções eram na sua maioria verticalizadas; e terceiro porque foi observado que existiam estudos que trabalhavam com a PCA e o Arco de Maguerez, porém estes não exibiam o rigor metodológico e convergência de ambas para a condução de um processo educativo em saúde dentro de um ambiente assistencial.

Neste sentir, este estudo delineou-se no rigor metodológico, para deixar o leitor ciente de cada fase que ia perpassando, dentro da sua convergência entre a PCA e o Arco de Maguerez, e no processo educativo que foi sendo construído, com buscas ao fortalecimento do diálogo e resolução de problemas.

Destaca-se a relevância deste estudo que reforçou as ações que já eram bastante definidas na unidade, como a de prevenção de lesão por pressão, e principalmente que buscou a todo o momento envolver os participantes como agentes ativos de mudanças, sendo perceptível no decorrer das discussões que este objetivo foi sendo internalizado por eles, através da uniformização do cuidado, da construção de uma tecnologia que traz de maneira clara e objetiva a avaliação e tratamento das lesões por pressão, e da cultura do diálogo e reflexão da realidade. Proporcionando assim em todos, um constante processo de ação-reflexão-ação, que perpassou os muros da pesquisa, e que se perpetua até o momento dentro da unidade.

Além do processo educativo, da TALP e do Manual Educativo de construção e aplicação da TALP, permaneceu em todos o desejo de manter as discussões em caráter permanente sobre o assunto e de multiplicar para as demais equipes da UTI, com o intuito de perpetuar as melhorias e iniciativas voltadas à segurança do paciente no setor, surgindo assim do próprio grupo a necessidade de se desenvolver um grupo de trabalho sobre LP.

O grupo foi construído e nomeado de Grupo de Trabalho sobre Lesão por Pressão (ANEXO C – Portaria nº 090 de 05 de março de 2020), que foi constituído por representantes da equipe multiprofissional de todos os turnos de trabalho da UTI, e destina-se como um órgão de apoio ao Núcleo de Segurança do Paciente da Instituição. Dentre as atribuições deste grupo

de trabalho, estão: acompanhar e realizar análise crítica dos indicadores, e desenvolver estratégias de manutenção e melhorias; apoiar as ações estabelecidas no Plano de Segurança do Paciente da instituição; desenvolver um ambiente colaborativo; desenvolver metodologias de melhorias e sugerir mudanças; multiplicar as ações de melhorias à toda equipe assistencial; e auxiliar na promoção de capacitações com os profissionais da instituição e demais interessados.

Por tanto, com a realização desta pesquisa, foi perceptível a melhoria de ações que já eram bastante definidas na unidade, como a de prevenção de lesão por pressão e principalmente

9. REFERÊNCIAS

- AGRA, G. et al. Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 95-104, 2013.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA-AMIB. **Regulamento técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.
- AZEVEDO, S. R. S. **Práticas educativas em saúde sobre administração de medicamentos potencialmente perigosos para profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado Ensino em Saúde), UEMS, Dourados, 2016.
- BAGNATO, M. H. S.; RENOVATO, R. D. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: RODRIGUES, R. M.; DEITOS, R. A. organizadores. **Estado, desenvolvimento, democracia e políticas sociais**. Cascavel (PR): UNIOESTE/GPPS, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização com o Arco de Magueres: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.
- BERNARDES, R.. M.; CALIRI, M. H. L. Pressure ulcer prevalence in emergency hospitals: a cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 236-244, 2016. ISSN 1676-4285.
- BORGHARDT, A. T. et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 3, p. 460-467, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300460&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 jan. 2018.
- BRASIL. Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 09 jun. 1987. Seção 1, p.8853-8855.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, 26 jun. 1986. Seção 1, p.9273.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 mar. 2019.

- BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão** [Internet]. 2013. Disponível em: file:///C:/Users/rubson.junior/Downloads/protoc_ulceraPressao.pdf. Acesso em: 23 set. 2017.
- BUSANELLO, J. et al. Fisiologia e prática de enfermagem no cuidado de portadores de feridas. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 254- 261, 2014
- CALIRI M. H. L et al. **Classificação das lesões por pressão - consenso NPUAP 2016: adaptada culturalmente para o Brasil**. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo; 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 19 mai. 2018.
- CARVALHO, M. R. F.; SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Construção e validação de algoritmo para tratamento da lesão por pressão. **Rev. enfermagem UFPE online**. Recife, v.11(Supl. 10):4171-83, out. 2017.
- CINTRA, R. F. et al. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 18, n.10, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a29.pdf>. Acesso em: 01 de jun. 2018.
- COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul. /dez. 2007
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 25 set. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 233, p. 157, ISSN 1677-7042. Acesso em: 20 jan. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 567, de 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 26, p. 112, ISSN 1677-7042. Acesso em: 6 fev.2018.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466 de 2012. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 12, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2018.
- CORTÉS, O. L. et al. Digital Photography: a Tool for Nursing on the Assessment of Pressure Lesions. **Invest Educ Enferm**. v. 36, n. 2, 2018.
- CRUZ, R. A. O. et al. Feridas complexas e o biofilme: atualização de saberes e práticas para enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v.10, n.3, 2016. Disponível em:

<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/3084/2093>. Acesso em: 04 jan. 2018.

CUNHA, J. B.; DUTRA, R. A. A., SALOMÉ, G. M. Elaboração de algoritmo para avaliação e tratamento de ferida. **ESTIMA**, São Paulo, v16, e2018, 2018.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

FERREIRA, M. K. M. et al. Instrumentos para cuidado de lesão por pressão na pediatria e hebiatria: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3034, 2018.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 4. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GOMES, F. S. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2010;44(4):1070-6.

HORTA, A. W. **Processo de enfermagem. Teoria das necessidades humanas básicas**. 15ª reimpressão, editora pedagógica e universitária LTDA: São Paulo, 2004.

LASELVA, C. R.; JUNIOR, D. F. M.; SPOLAORE, E. H. G. Segurança do paciente em UTI: o enfermeiro e a prevenção de iatrogenias. In: KNOBEL, E. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006, p.59-66.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, v.41, n.4, p. 25-29, out. 2001.

MAGNUS, L. M. **Mudança de decúbito para pacientes em cuidados intensivos neurológicos e neurocirúrgicos: Guia De Boas Práticas De Enfermagem**. Dissertação (mestrado) - UFSC, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2015.

MASSAROLI, R. et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, jun. 2015.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L.V; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.12, n.4, p.719-726, out/nov. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8481>. Acesso em: 23 set. 2017.

MAZZO, et al. Ensino de prevenção e tratamento de lesões por pressão usando simulação. **Escola Anna Nery** [online], vol.22, n.1, 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100701. Acesso em: 27 jun. 2018.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL- NPUAP. **Announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.NPUAP.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-NPUAP-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 23 set. 2017.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia Emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermeiros?** Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

NIETSCHE, E. A. As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS. In: **Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Relatório Final**. Santa Maria (RS): UFSM/CNPq, 2003.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-352, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 de maio de 2020.

_____. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista Enfermagem da UFSM**, v.2, n.1, p.182-189, jan/abr. 2012.

PAIM, L. et al. Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação em cenários da Enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.13, n.3, p.380-386, jul/set. 2008,;

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro na UTI. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.15, n.2, mar/abr. 2007.

PISSAIA, L. F. et al. Tecnologia educacional no processo de formação de enfermeiros. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v.18, n.3, p.185-189, jul./set. 2017 ISSN: 2177-4005.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a construção de sujeitos ativos. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.3, p. 554-562, 2010.

RODRIGUES, A. M. M. Por uma Filosofia da Tecnologia. IN: GRINSPUN, M. P. S. Z. (org), **Educação Tecnológica: desafios e perspectivas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SALBERGO, C. **Tecnologias Cuidativo-Educacionais: A práxis de enfermeiros em um Hospital Universitário. Dissertação** (mestrado) – UFSM. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em enfermagem. Santa Maria-RS, 2016.

_____. et al. Tecnologias Cuidativo-Educacionais em Desenvolvimento. In: TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo Educacionais**. Porto Alegre: Moriá, p.31-47, 2017.

_____. et al. Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da *práxis* de enfermeiros em contexto hospitalar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p.

2666-2674, 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202666&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

[71672018001202666&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202666&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 08 fev. 2020.

SANT'ANNA, P. P. M. **Prevenção da úlcera de pressão: resultados da ação educativa junto à equipe de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em enfermagem), UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, V. L. C. G.; CARVALHO, V. F. Reapresentando o instrumento Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para avaliação de úlceras crônicas de perna. **ESTIMA**. v.7, n.2, 2009. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/256>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: UECE, 1ª ed. 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook%20-%20Tecnologia%20em%20Saude%20-%20EBOOK.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018

SEWCHUK, D.; PADULA, C.; OSBORNE, B. Prevention and early detection of pressure ulcers in patients undergoing cardiac surgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v. 35, n.1, p. 66-75, 2008.

SILVA, C. T. S.; CARVALHO, J. M.; QUEIROZ, F.L.C. Tecnologias voltadas para educação em saúde: O que temos para a saúde dos idosos? **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, 2015.

SOARES, R. S. A. et al. Intervenção educativa como processo de construção do conhecimento no cuidado da úlcera por pressão. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v.8, n.6, p.1658-65, 2014.

STUDART R. M. B. et al. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.3, p. 494-500, mai/jun, 2011.

TEIXEIRA, A. K. S. et al. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Revista Estima**, v.15 n.3, p. 152-160, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/545/pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

TRENTINI, M. BELTRAME, V. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 2, p. 156-160, 2006. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6861/4873>. Acesso em: 24 jun. 2018.

TRENTINI, M.; PAIN, L; SILVA, D. M. G. V. O Método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.26, n. 4, e. 1450017, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1450017.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

TRENTINI, M.; PAIN, L; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moirá, 3^a ed. 2014. ISBN: 978-85-99238-15-8.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1277/127749356001/>. Acesso em: 26 jun. 2018.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.10, n.2, Ribeirão Preto, mar/abr. 2002.

WHITTINGTON, K. T.; BRIONES, R. B. B. A. National Prevalence and Incidence Study: 6-Year Sequential Acute Care Data. **Advances in Skin & Wound Care**, Philadelphia, PA, v. 17, n. 9, p. 490-494, 2004.

10. ARTIGO

O CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO COM LESÃO POR PRESSÃO: ANÁLISE DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA

RESUMO

Este artigo objetiva analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva – UTI adulto de um hospital de ensino, no cuidado do paciente com lesão por pressão. Trata-se de uma pesquisa interventiva, onde os dados foram coletados através de encontros educativos a partir da metodologia da problematização por meio do Arco de Magueréz. A análise dos dados fundamentou-se na análise de conteúdo conforme Bardin e fundamentados nos princípios filosóficos da Construção Compartilhada do Conhecimento de Paulo Freire. O processo educativo permitiu oportunidades reflexivas, facilitou o aprendizado e a resolução de problemas, fortaleceu a cultura do diálogo, e desenvolveu o alcance do empoderamento e da *práxis* dos enfermeiros.

Palavras-Chave: Educação em Saúde; Lesão por Pressão; Enfermagem.

ABSTRACT

This article aims to analyze an educational health practice with nurses from the Intensive Care Unit – adult ICU of a teaching hospital, in the care of patients with pressure injuries. This is an interventional research, where data were collected through educational meetings based on the problematization methodology through the Arco in Magueréz. Data analysis was based on content analysis according to Bardin and based on the philosophical principles of Paulo Freire's Shared Knowledge Construction. The educational process allowed for reflective opportunities, facilitated learning and problem solving, strengthened the culture of dialogue, and developed the reach of nurses' empowerment and praxis.

Key words: Health Education; Pressure Injury; Nursing.

INTRODUÇÃO

Uma prática educativa que promova saúde deve inicialmente ser transformadora para a pessoa que a realiza e para o outro, ou seja, ela só se torna concreta e estimulante quando passa a fazer sentido para os envolvidos. Este foi o desejo da pesquisa de mestrado que resultou neste artigo, quando propôs estabelecer um espaço para a reflexão de enfermeiros sobre a prevenção e o cuidado do paciente crítico com risco de desenvolver ou que já possui uma lesão por pressão (LP).

A definição de “práticas” assemelha-se a *práxis*, ou seja, são ações ou condutas que transformam o indivíduo e cria instituições humanas. Portanto, as Práticas Educativas em Saúde - PES são uma série de ações sociais, culturais, retentoras de racionalidade e valores históricos e não se limitam apenas à transmissão de informações e a questões de bases somente técnicas, mas abrangem intencionalidades educativas, confluências de diferentes culturas, de realidades sociais e econômicas, com significações distintas sobre a saúde e de ser e estar saudável (Bagnato e Renovato, 2006).

Na enfermagem, a educação em saúde e as PES são atividades importantes para que o desempenho da assistência de enfermagem seja realizado com qualidade e eficiência na preservação da segurança do paciente, uma vez que estimulam debates e propostas que possibilitam a melhoria dos serviços (Azevedo, 2016).

Nesse sentido, uma problemática comum em instituições hospitalares, que exige habilidade nos cuidados da enfermagem, é a lesão por pressão, que se apresenta como um agravo dermatológico importante, localizado na pele e/ou nos tecidos subjacentes, originadas por uma pressão tissular prolongada principalmente sobre proeminências ósseas, decorrente de uma internação hospitalar, que por algum motivo, não foram proporcionados os cuidados adequados de prevenção (Brasil, 2013).

Estes agravos, quando não tratados de maneira apropriada, podem trazer danos aos pacientes, aos seus familiares, aos profissionais, e ao próprio sistema de saúde, com o importante aumento nos custos do tratamento, constituindo assim, um sério problema de saúde (Brasil, 2013).

O enfermeiro desempenha uma função essencial no cuidado do paciente com lesão por pressão, pois é o profissional que prescreve e muitas vezes que implementa os cuidados, e acompanha a evolução destas feridas. Ainda, estes cuidados requerem um conhecimento muito além da prática do curativo, exige também deste profissional o conhecimento científico e holístico sobre o tema, além do raciocínio crítico, ético e intervencionista (Agra et al., 2013; Busanello et al., 2014).

Diante da importância dessa temática, dos impactos sociais e econômicos que ela causa, e da necessidade local de se desenvolver espaços de reflexão relacionados a este tema, foi construído um processo educativo com os enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva adulto de um Hospital de Ensino no interior do Mato Grosso do Sul, sobre o cuidado do paciente crítico com risco de desenvolver ou que já possui uma lesão por pressão (LP).

Dessa forma o objetivo deste artigo foi analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva – UTI adulto de um hospital de ensino no cuidado do paciente com lesão por pressão.

MÉTODO

O presente artigo é fruto de uma dissertação de mestrado realizada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Ensino em Saúde, mestrado profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Trata-se de uma pesquisa de intervenção educativa, a qual desenvolveu-se a partir da aplicação do Arco de Maguerez e da análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), tendo a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire como referencial teórico de análise.

A amostra foi de conveniência, onde os sujeitos da pesquisa foram 11 enfermeiros do turno vespertino, que foram neste artigo identificados com os nomes dos deuses da mitologia grega, para preservar o anonimato. A coleta de dados foi realizada concomitante com o desenvolvimento das estratégias educativas.

O Arco de Maguerez é um esquema pedagógico para o ensino, criado na década de 60 por Charles Maguerez, e passou por modificações com Juan Diaz Bordenave e Adair Martins Pereira na década de 70 e com Neusi Berbel em 1992, este último sendo utilizado até hoje como uma ferramenta importante no ensino problematizador para a formação inicial e continuada de profissionais em todo o país, sobretudo na área da saúde e especificamente na enfermagem (Berbel, 2012).

Na primeira etapa foi realizada a observação da realidade e definição do problema. Na segunda os participantes elegeram os pontos-chave que foram levantados a partir do questionamento do problema. A terceira foi o momento de teorizar, ou seja, foram desenvolvidas explicações fundamentadas para os questionamentos levantados. A quarta foi o momento de levantar as hipóteses para a solução e transformação dos problemas. E por fim, a última etapa do processo foi realizada a aplicação na realidade, momento que foi posto em prática todo o constructo de situações associados à resolução ou transformação dos problemas que foram observados (Berbel, 1998; Colombo, Berbel 2007).

Nesse estudo, as etapas propostas foram realizadas em nove encontros (Quadro 1), onde oito deles ocorreram na própria Unidade de Terapia Intensiva, na sala de reuniões, e em alguns

momentos no próprio ambiente assistencial, e uma etapa ocorreu no auditório do hospital. Cada encontro teve uma duração média de 1 hora, as dinâmicas propostas foram pensadas pela pesquisadora, buscando responder aos objetivos da problematização. A gravação de áudio e o preenchimento de diário de campo foram realizados por uma terceira pessoa que não estava participando da discussão.

Ao final de cada encontro foi solicitado a cada enfermeiro a avaliação formativa do momento, e ao final de todo o percurso educativo, a avaliação do grupo sobre as atividades realizadas.

Quadro 1: Descrição das atividades da intervenção educativa a partir das etapas do Arco de Magueréz.

ENCONTROS DO GRUPO	ETAPA DO ARCO DE MAGUERÉZ	ESTRATÉGIA DESENVOLVIDA
1º Encontro	1ª etapa: Observação da Realidade	- Dinâmica denominada “Roda de Chá” para identificação das principais dificuldades assistenciais, individuais e coletivas, sobre o tema LP.
2º Encontro	1ª etapa: Observação da Realidade	- Continuidade do primeiro encontro e enumeração dos principais problemas relacionados ao tema LP.
3º Encontro	2ª etapa: Pontos-chave	- Dinâmica denominada de “Espelho da Realidade”. Por meio de caso clínico de uma paciente com LP ao lado de uma tabela com os problemas levantados nos encontros anteriores, sugeriu-se aos participantes que elencassem os pontos-chave que favorecem o surgimento daqueles problemas.
4º Encontro	3ª etapa: Teorização e indícios de Hipóteses de solução	- Momento de estudo propriamente dito sobre os problemas escolhidos pelos participantes (com foco no estadiamento das LP);
5º Encontro	3ª etapa: Teorização	- Encontro com a enfermeira estomaterapeuta, para retirada das dúvidas que surgiram no encontro anterior.

6º Encontro	3ª etapa: Teorização e indícios de Hipóteses de solução	- Estudo das medidas de tratamento e principais coberturas de feridas disponíveis no hospital
7º Encontro	4ª etapa: Hipóteses de solução	- Apresentação aos participantes da tecnologia cuidativo-educacional, que foi resultante das discussões.
8º Encontro	4ª etapa: Hipóteses de solução	- Segunda apresentação da tecnologia cuidativo-educacional, para avaliação e novas sugestões.
9º Encontro	5ª etapa: Aplicação à realidade	- Implementação da tecnologia cuidativo-educacional após a assistência de enfermagem à uma paciente com LP estágio 4 que estava internada na UTI adulto.

Após desenvolvimento dos encontros, as gravações foram transcritas e analisadas juntamente com o diário de campo, seguindo os critérios da análise de conteúdo a partir do contato inicial por meio da leitura flutuante, de maneira a garantir a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Em seguida a análise permitiu a codificação e categorização dos dados (Bardin, 2011).

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que traz as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética com Seres Humanos – CESH da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, mediante o parecer 3.069.693.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram dos encontros onze enfermeiros do turno vespertino. Entre os participantes, seis eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com faixa etária entre 28 a 43 anos. A média de tempo de formação profissional foi de nove anos, sendo a mínima quatro anos e a máxima 18 anos. Quanto o nível de escolaridade, oito possuíam pós-graduação *Lato Sensu* e três estavam cursando mestrado.

A partir da análise das falas e do diário de campo deu-se a construção das seguintes categorias: “*O conhecimento como base fundamental para o empoderamento profissional e a transformação da práxis*” e “*Prática educativa realizada: constructos e análise epistemológica*”.

O conhecimento como a base fundamental para o empoderamento profissional e transformação da *práxis*

Falar de conhecimento, como base para a mudança das práticas profissionais através de um pensamento crítico da realidade, remete primeiramente ao raciocínio da importância do diálogo como meio para a sua construção. Esse diálogo foi construído através da troca de experiências vividas; do conhecimento teórico adquirido durante a formação; do cotidiano do profissional; e de fatores sociais e culturais aos quais estes profissionais estão inseridos.

O diálogo é uma necessidade humana e é o cerne para a construção de novos saberes, podendo emergir a partir da comunicação crítica e da partilha respeitosa de mundos diferentes, pois “*ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão*” (Freire, 2019).

Neste sentido, esta categoria mostra a necessidade dessa construção de novos saberes, percebida por meio do diálogo crítico dos atores envolvidos no processo educativo em seus diferentes olhares, e da associação entre teoria e prática, como visto na fala a seguir:

“...quantos tratamentos deixam de ser realizados da forma efetiva por falta de conhecimento... A gente está perdendo a oportunidade de dar um tratamento de excelência para o paciente, por falta de conhecimento, isso é frustrante.... Quando o colega me falou que ele foi à farmácia e ele foi me dizendo as coisas que tinham lá, eu fiquei boquiaberta, eu nunca fui lá para ver, mas eu ouvi falar. Então imagine, você ter o produto e você não utilizar por falta de comunicação e de conhecimento... então para mim o cerne de tudo é o conhecimento, é o conhecimento das coberturas que o nosso não está atualizado, é o conhecimento de fluxos e o conhecimento na sua forma mais ampla...” (ATENA)

A necessidade percebida aqui, não se trata apenas do conhecimento teórico para a efetivação de condutas, mas também do conhecimento prático, que perpassa o fazer técnico, a

capacidade de decisão, bem como a consciência de uma dimensão organizacional e institucional ao qual este profissional está inserido.

Ou seja, são referidos dois tipos de prática: que está relacionada ao cuidado ao paciente, e a relacionada às rotinas organizacionais, operacionais e administrativas de um hospital. Essa dupla abordagem da prática se torna interessante por requerer uma visualização diferenciada no seu manejo teórico, aonde a primeira vem da teoria aprendida durante o processo de formação do profissional, e já a segunda é decorrente do conhecimento das rotinas de trabalho, da estrutura e dos fluxos da instituição que muitas vezes são fragmentados e que acarretam na interrupção do cuidado e do acesso aos meios e recursos disponíveis (Henrique, 2013).

No entendimento freiriano não existem saberes que se sobressaem a outros, existem saberes distintos, não hierarquizados. Por este motivo, todos os saberes são importantes e quando servem de base para reflexões problematizadoras, contribuem para a construção de um novo saber. Portanto, *“a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la”* (Freire, 2019).

Nesse pensar a prática, a valorização das experiências e do saber popular, que nasce das vivências diárias, também se refletiu como promotores do conhecimento, como exposto nas falas a seguir:

“...todo mundo conhece esse símbolo aqui não conhece? (mostrando uma figura da sinalização de trânsito - PARE), ele é universal, não é? Ele é conhecido do mundo inteiro, como vários outros... então porque a gente conhece esse símbolo desde pequenininho? ... porque a gente convive com ele todos os dias, utiliza... bem assim é o que a colega está falando... e isso é conhecimento! É trazer isso para a gente, quando você bate o olho, é isso.... Em relação às coberturas e em buscar alternativas de tratamento, também é válido saber que não existe só um tipo de tratamento, de cuidado, de cobertura para um mesmo grau daquela lesão, existem várias opções.... Então assim, só para reforçar e finalizar: conhecimento exaustivo é a base de tudo...” (ZEUS)

Freire defende que o saber imediato, fruto das experiências cotidianas das pessoas, são bases importantes para a construção do conhecimento científico, onde ele nomeia como “saber de experiência feito”, mas adverte que este deve ser um ponto de partida que deve ser sempre

lapidado de forma crítica, e não violado. Para ele, o conhecimento científico não é superior aos sujeitos, por isso deve ser valorizado o cotidiano e as tramas do dia a dia (Paulo Freire, 1996).

“...uma coisa é a ciência... uma coisa é o que a gente faz hoje na UTI [práticas baseadas em experiências cotidianas], ou por falta de atualização, ou conhecimento, sei lá de que, sem julgamentos, é assim... a gente não tem conhecimento total do que são as lesões de pele e de como é o processo completo para cuidar delas...” (ZEUS)

Estas reflexões geradas com base na realidade do processo de trabalho em sua forma mais ampla podem ser transformadas, na visão de alguns participantes, através de um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS):

“...às vezes eu acho que falta é um treinamento, porque o conhecimento da equipe não está homogêneo. Nem lembro quando tive um treinamento de feridas... não lembro mais nada... está com uns quatro anos quase...” (ÉOS)

“...o que eu acho é que cada um vem de uma formação diferente, por exemplo, eu me formei em Pernambuco, vocês em outros lugares... então nunca vai haver isonomia nessa questão de conhecimento que a gente vem da faculdade. Mas se houvesse um treinamento, como o que a gente fez de sonda vesical, e de outras coisas... eu acho que seria melhor para a gente alinhar e falar a mesma língua. Por que acaba que tem divergências entre as equipes...” (ÁRTEMIS)

As falas postas têm como proposta o aprender – ensinar – pensar – e agir em conjunto no cotidiano de trabalho, como estratégia de desenvolver a autonomia e empoderamento profissional com responsabilidade. Freire (2019) corrobora quando afirma que *“a teoria sem a prática vira ‘verbalismo’, assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.”*

A Educação Permanente em Saúde (EPS) segundo Brasil (2009), se apresenta como um método capaz de proporcionar e/ou criar estas transformações nas práticas profissionais, principalmente quando são realizadas para aprimorar as ações mais cotidianas.

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança

da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e colocasse em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino. Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação. De Paulo Freire provém a noção de aprendizagem significativa, por exemplo. (CECCIM, 2005)

Ricardo Burg Ceccim é um estudioso brasileiro sobre a Educação Permanente em Saúde, e expõe que esta é uma estratégia que promove o desenvolvimento das práticas profissionais, pois se constitui de espaços de reflexões dentro do ambiente de trabalho, onde os profissionais observam e problematizam a sua realidade com o objetivo de traçar mudanças e melhorias.

Esta estratégia se faz fundamental para o desenvolvimento de qualquer instituição, pois quando realizada de forma harmoniosa e planejada entre o meio e os envolvidos, incorpora valores, homogeneização e permanente atualização dos profissionais, e assim, essa atividade ainda poderá gerar tecnologias que auxiliam a prática cotidiana de trabalho:

“...eu trabalhei em um local em que todo ano tinha treinamento sobre feridas e a nossa UTI conseguiu fazer um protocolo, então a gente tinha um livrinho de bolso na unidade, se tivesse uma dúvida ia lá...” (ÉOS)

“...isso é importante (com relação a construção de tecnologias cuidativo-educacionais) eu já vi em muitos serviços e eu já até participei de uma pesquisa com uma mestranda que estava estudando sobre o cateter totalmente implantável, e no mestrando dela, ela criou um guia...uma cartilha, que foi o produto dela... para o norteamto, uma cartilha, um livrinho de fácil acesso, leitura e entendimento...” (ZEUS)

“...se a gente conseguir construir um protocolo eu acho que vai ter um fluxo... se treinar a equipe e fazer um protocolo...” (HÉRMES)

Nestas falas ficou perceptível também que a EPS precisa ser valorizada e protagonizada em detrimento da visão biomédica e do “fazer por fazer”.

Acerca das tecnologias mencionadas, fica evidente a valorização das tecnologias leves e leve-duras dentro destes espaços reflexivos, onde as leves são justamente estes espaços de trocas de experiência e problematização da realidade, que favorecem a ressignificação dos profissionais; e as leve-duras são os construtos desenvolvidos através dos saberes estruturados e que irão facilitar o desenvolvimento do trabalho assistencial (Merhy e Franco,2002).

Nesse sentido, foi notório que a construção do conhecimento, sobretudo de maneira coletiva, contribui para a libertação e autonomia dos sujeitos, que em Freire (2019), não são conquistadas através de uma doação ou bondade das camadas dominantes, mas sim através da construção da consciência destes, que se faz por meio de uma educação problematizadora, e que pode ser gerada por meio de espaços reflexivos e dialógicos da prática.

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada, em experiências estimuladoras de decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitosas da liberdade.
(Freire, 2019).

Observa-se ainda que, se por um lado o empoderamento e a autonomia profissional foi adquirida por meio da construção do conhecimento, a falta deste, gera o ponto de opressão ou de vulnerabilidade do sujeito que o sente, como observa-se na fala a seguir.

“...o medo do novo impede a gente... olha! quando eu entrei aqui eu sugeri fazer o curativo a vácuo, porque eu vim do centro cirúrgico e eu aprendi a fazer curativo a vácuo. Nós tentamos uma vez, mas ninguém mais quis fazer. Porque? Por falta de segurança, por falta de conhecimento... por medo” (APOLO)

Nesta fala observou-se que a insuficiência de conhecimento gera insegurança e medo no profissional, impossibilitando uma assistência de qualidade. Isso demonstra que por mais que a instituição obtenha insumos, fluxos e recursos materiais e tecnológicos avançados, se o conhecimento humano não estiver delineado, este não gerará uma resposta esperada. Ou seja, o conhecimento mantém interface com a vulnerabilidade e o empoderamento do profissional.

Em suas obras, Freire não trabalha o termo vulnerabilidade, embora o seu sentido e conceito possam ser considerados antônimos aos conceitos de autonomia, empoderamento e conscientização. Mas, de modo geral, trata-se de um termo interdisciplinar aplicável em diversos campos temáticos, que remete ao sentido de fragilidade. Etimologicamente,

vulnerabilidade descreve um agravo físico, emocional ou social, e traz à consciência nossa condição de humanidade (Sevalho, 2018).

Freire considera a inconclusão como algo inerente do ser humano que está em constante transformação, porém reafirma em sua filosofia, que a inconclusão deve ser um dos pontos importantes ao qual o homem deve educar e educar-se:

“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado. A diferença entre o inacabado que não se sabe como tal e o inacabado que histórica e socialmente alcançou a possibilidade de saber-se inacabado. Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo.”(Freire, 2019)

Assim, esta categoria reflete o quanto é importante que os profissionais construam um constante processo de transformação e aprimoramento do conhecimento, pois a inquietação com a realidade e a observação crítica dela, engrandece o individual e o coletivo. Sendo evidente o fato de que nada somos sem conhecimento, da mesma maneira como o nosso organismo biológico precisa de alimento para sobreviver, o ser humano precisa de constante desenvolvimento do seu conhecimento para se libertar e “ser” alguém no mundo, caso contrário apenas existirá, mas não será capaz de transformar o mundo e as pessoas.

Entretanto, é preciso que o conhecimento seja construído de maneira coletiva fundamentado no movimento de ação-reflexão; que a prática do dia a dia, seja pensada à luz da teoria, e que a dialógica e dialética contribua para a transformação da condição de alienação para uma condição de racionalidade (Freire, 2019).

Prática educativa: constructos e análise epistemológica

Como já exposto, a estratégia utilizada para o desenvolvimento dos encontros educativos desta pesquisa foi fundamentada na metodologia da problematização com o Arco de Magueréz, que tem como características a operacionalização dos princípios pedagógicos da pedagogia crítica (Prado, 2012).

Logo, para analisar as práticas educativas realizadas não buscou somente analisar o seu desenrolar e a sua experimentação. O analisar aqui dito, parte do mesmo princípio do que se

espera na metodologia da problematização, visualizar muito além do que foi feito, mas avaliar os processos internos, as transformações e as repercussões que aquela ação trouxe para aquele(s) indivíduo(s) como reforça Berberl (1998).

Nesse sentido, analisou-se a avaliação formativa que foi coletada durante e ao final de cada encontro, e dados do diário de campo que serviram de complemento para melhor entendimento deste processo. Justamente porque a avaliação formativa não mensura a aprendizagem, mas sim avalia os caminhos para se chegar até ela (Villas Boas, 2011).

No desenvolvimento das estratégias de ensino-aprendizagem aplicadas em todo o processo, o grupo fez uma fotografia da realidade, visualizou os principais problemas em diferentes ângulos e elencou os pontos-chave em que eles próprios, autores do cuidado, pudessem ser resolutores, traçando um constante movimento de ação-reflexão.

Esse processo possibilitou a identificação de potencialidade e essencialidade na tentativa de resolução dos problemas levantados, no desenvolvimento do diálogo, e na construção ativa do conhecimento. Pois permitiu a utilização de situações reais e simuladas do cotidiano dos profissionais, opondo-se completamente aos meios do ensino tradicional. Como mostram as falas abaixo:

“...Discussão proveitosa! Gera conhecimento, gera retirada das dúvidas e gera também muita expectativa...” (ZEUS)

“Avalio o encontro como momento importante de discussão e problematização dos questionamentos e entraves presentes na rotina de trabalho, de forma a contribuir para melhorar o desenvolvimento da nossa prática (ATENA).”

Estas falas destacam a importância da problematização para o desenvolvimento cognitivo dos profissionais e conseqüentemente para a melhoria do trabalho e do cuidado ao paciente.

Freire (2019) destaca que estratégias como estas estimulam a ação dos educandos, e o seu autoconhecimento como protagonistas na busca da significação conscientizadora do objeto estudado. Os educandos só aprenderão um determinado tema em sua forma mais completa, se eles vivenciarem, ouvirem, perceberem e identificarem este, portanto o tema precisa ter

significado e necessariamente fazer sentido. Tornando assim um ciclo, quanto mais buscam e querem o entendimento, mais são instigados às descobertas e melhor se pode transformar.

“... com certeza a troca de conhecimento é bastante enriquecedora, sobretudo diante a prática profissional diária, e poderá ser transformador...” (HERMES)

“... foi muito proveitoso, por lembrar estudos novos que está dentro da nossa realidade de serviço, que continuemos até conseguir os nossos objetivos...” (ÁRTEMIS)

“...esse tipo de momento diminuiu dúvidas e melhora o aprendizado, e consequentemente o desenvolvimento melhor do nosso trabalho...” (APOLO)

Estas falas reforçam a importância da pedagogia crítica para o desenvolvimento do aprendizado sobre lesão por pressão destes profissionais, e demonstram o encantamento destes sobre o caminho singular que estavam trilhando, ou seja, a cada etapa percorrida, mais eles entendiam os seus papéis de agentes ativos de transformação.

Peres Gómez, pedagogo espanhol e estudioso da educação contemporânea, reflete em uma das suas obras, que a escola não pode se restringir apenas ao ensino e a aprendizagem de conteúdos pré-estabelecidos, ela deve oportunizar o desenvolvimento humano para o mundo contemporâneo, aceitando os seus modelos ativos e as suas tecnologias. E para que isso aconteça, o modelo de ensino tradicional precisa ser substituído (Gómes, 2017).

No mundo do trabalho não é diferente, e as estratégias de aprendizagem ativas são fundamentais, por isso a importância da educação permanente em saúde que traz como proposta não apenas o aprendizado de aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença, individual ou coletivo, mas também todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho, pois ambos são indispensáveis para proporcionar atenção integral à saúde (Ceccim, 2005).

Durante os encontros, a cada dinâmica realizada buscava-se desenvolver o objetivo traçado para cada fase, e à medida que as discussões iam acontecendo, e de acordo com a avaliação formativa dos enfermeiros, buscou-se desenvolver novas estratégias para obtenção de dados para os encontros subsequentes, indo de encontro ao que propõe a sequência de passos do método freiriano como evidenciado nas falas abaixo:

“...muito produtivo, porque através destes encontros evidenciamos muitas fragilidades relacionadas ao conhecimento sobre LP e propomos estratégias de construção do aprendizado para os próximos encontros...” (ÁRTEMIS)

“Após a discussão em grupo, foi possível perceber que toda a equipe compartilha de dúvidas semelhantes, isso foi proveitoso, uma vez que podemos construir nosso conhecimento a partir das nossas dúvidas e achar soluções para modificar a nossa realidade... que venham os próximos encontros. ” (APOLO)

Freire (2019) corrobora quando enfatiza que o ato de refletir criticamente sobre a prática realizada é fundamental para aperfeiçoar as práticas subsequentes. E esta reflexão deverá produzir uma ação, para que no próximo momento, esta prática possa ser melhorada e transformada.

Esta afirmação vem de encontro ao que foi observado, pois à medida que se prosseguia o diálogo, as dúvidas dos participantes eram expostas e eram traçadas medidas de solução. Quando estas não se findavam, era o momento do embasamento teórico, através de artigos científicos, livros, internet, ou através da estomaterapeuta da instituição. Durante este caminhar, o grupo demonstrou entusiasmo com a evolução do diálogo e comprometimento com o estudo do tema:

“... estes momentos de discussão possibilitam a aquisição de conhecimento teórico e científico que pode ser aplicado na prática para melhorar a assistência à saúde...” (HERA)

“... acho de fundamental importância estes espaços, pois somente assim podemos mudar a nossa realidade...” (POSEIDON)

“... por ter tido estes encontros com a equipe e falado de uma situação que o enfermeiro é o mais capacitado para cuidar, foi muito proveitoso porque expressou as dúvidas e o conhecimento em que temos. ” (ÁRTEMIS)

No entanto, desenvolver estes espaços de reflexão dentro do ambiente de trabalho foi um desafio, primeiro por ser realizada com profissionais que vieram de uma formação tradicional, com pouca vivência deste tipo de estratégia educativa, e segundo pelo pouco aparato institucional para a realização das dinâmicas, principalmente com relação ao pouco

espaço físico e a organização de um tempo favorável para a realização dos encontros no horário de trabalho, sendo por diversas vezes adiado, devido às demandas exigidas pela assistência.

“...encontro muito bom, com bastante troca de experiência, pena que às vezes com a correria do trabalho, a gente não pode ter mais momentos como estes, seria tão bom para o crescimento da nossa equipe, ter esse processo de discussão permanente...” (ARES)

Mas, foi evidente perceber que o melhor caminho foi desenvolver condições de trabalho e espaços de educação permanente em saúde como este, retirando a cultura do profissional apenas mecanizado.

“... eu gostei muito dessa proposta nova de ensino, muito interessante, com certeza nos ajudará bastante na nossa prática. ” (DEMÉTER)

“... cada dinâmica realizada nos ajudou a solucionar os problemas da nossa prática...” (HERA)

Portanto, a metodologia da problematização com todo o trajeto percorrido pelo Arco de Maguerez, estimulou o *“potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão”* (Berbel, 1998).

Acredita-se que este é o caminho que vai trazer um melhor resultado para o paciente, para a assistência, para os trabalhadores e para os indicadores. Desta maneira a reflexão a ser feita neste momento, é que as escolas, as universidades, e o ambiente de trabalho, precisam desenvolver melhor estas metodologias problematizadoras, para que a resposta futura à sociedade seja digna de humanidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se através da avaliação dos enfermeiros, e da percepção da pesquisadora, que a estratégia utilizada conseguiu alcançar o seu objetivo principal, que foi a educação – conscientização - e humanização sobre o tema gerador, que Freire concebe como sinônimos (Zitkoski e Lemes, 2015). Pois em todos os encontros, foi percebível o progresso e o comprometimento com o diálogo; o respeito mútuo; o espírito crítico sobre os problemas

assistenciais; a desconstrução, ancoragem e ressignificação do tema gerador; a proatividade em buscar melhorias na prática; o fortalecimento da coletividade; e do trabalho em equipe. Este provavelmente foi o maior aprendizado para todos.

Nesse sentir, a presente pesquisa ganha uma relevância, ao propor a adoção destes espaços de reflexão no ambiente de trabalho, no qual através da construção do conhecimento prático, filtrado pela sabedoria advinda do conhecimento teórico, alcança-se a *práxis* e o desenvolvimento do cuidado do paciente com lesão por pressão com ética e comprometimento.

À exemplo do que aconteceu com os participantes desta pesquisa, esse estudo contribuiu para além de um espaço provisório de discussão e reflexão, mas possibilitou a construção de um espaço permanente por meio da formação de um grupo de Trabalho sobre Lesão por Pressão, para justamente manter a cultura do diálogo como base fundamental para o desenvolvimento constante do conhecimento dentro do ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, Glenda. et al. Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 95-104, 2013.

AZEVEDO, Silvia. R. S. Práticas educativas em saúde sobre administração de medicamentos potencialmente perigosos para profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado Ensino em Saúde), UEMS, Dourados, 2016.

BAGNATO, Maria. H. S.; RENOVATO, Rogério.D. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: RODRIGUES, R. M;DEITOS, Roberto. A, organizadores. Estado, desenvolvimento, democracia e políticas sociais. Cascavel (PR): UNIOESTE/GPPS; 2006.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edição 70, 2011.

BERBEL, Neusi. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.2, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão [Internet]. 2013. Disponível em:<file:///C:/Users/rubson.junior/Downloads/protoc_ulceraPressao.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

BUSANELLO, Josefina. et al. Fisiologia e prática de enfermagem no cuidado de portadores de feridas. *Revista Ciência em Extensão*, v. 10, n. 3, p. 254- 261, 2014.

CECCIM, Ricardo. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em: 15 março 2020.

COLOMBO, Andrea. A.; BERBEL, Neusi. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466 de 2012. *Diário Oficial da União*, Seção 1, n. 12, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2018.

FREIRE, Paulo. Prefácio. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 58ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, p.52, 2019.

HENRIQUE, Daniel. B. Modelo de mapeamento de fluxo de valor para implantações de lean em ambientes hospitalares: proposta e aplicação. 2014. Dissertação (Mestrado em Processos e Gestão de Operações) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2013. DOI: 10.11606/D.18.2013.tde-17072014-110628. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18156/tde-17072014-110628/publico/DanielBarberatoHenriqueDEFINITIVO.pdf>. Acesso em: abril de 2020.

GÓMES, Angel. I. P. Educação na era digital: a escola educativa. *Conjectura: Filos. Educ.*, Caxias do Sul, v. 22, n. 2, p. 394-400, maio/ago. 2017

MERHY, Emerson. E.; FRANCO, Túlio. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Revista Saúde em Debate*. v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

PRADO, Marta. L. et al . Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Maio 2020.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):177-88.

VILLAS BOAS, Benigna. M. F. Compreendendo a avaliação formativa. In: VILLAS BOAS, M.B.F. (Org.). Avaliação formativa: práticas inovadoras. Campinas: Papirus, 2011. Coleção Magistério: Formação e trabalho pedagógico. p. 13-42.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho através deste convidar-lhe para fazer parte desta pesquisa. Cabe a você decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como sujeito desta pesquisa. Para melhor esclarecer, participante da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, é o (a) participante individual ou coletivamente, que aceita ser pesquisado em caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte as responsáveis pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como sujeito da pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Você poderá recusar sua participação de imediato ou a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Pesquisa: Prática Educativa Em Unidade De Terapia Intensiva: Cuidando do Paciente com Lesão por Pressão

Instituição/Departamento: UEMS/Mestrado Ensino em Saúde

Pesquisadoras responsáveis: Enf^ª. Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi e Enf^ª. Prof^ª. Dr^ª. Elaine Aparecida MyeTakamatu Watanabe

Pesquisadora mestranda: Enf^ª. Gessica Linhares Melo

Telefone para contato e endereço postal completo: Cidade Universitária de Dourados - Rodovia Itahum, Km 12, s/n - Jardim Aeroporto, Dourados - MS, 79804-970. Telefone: (67) 3902-2640

Uma das grandes preocupações da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva-UTI Adulto é a prevenção de LP, já sendo implementada através da prescrição de enfermagem, da avaliação diária de risco para desenvolvimento de LP através da Escala de Braden e através da realização do dia D de avaliação do paciente.

Ocorre, porém, que devido o perfil dos pacientes admitidos - muitos com doenças crônicas, em uso de drogas vasoativas com altas vazões e advindos de internações prolongadas

em outras instituições- um grande número desses, são recepcionados com LP em estado avançado e com difícil tratamento.

Este estudo justifica-se pela dificuldade no tratamento, que reside além dos custos elevados do processo curativo (econômico-materiais e de horas de enfermagem), também pela fragilidade e carência de padronização de procedimentos por parte da equipe de enfermagem sobre os cuidados aos pacientes com estas lesões. Justifica-se também por contribuir como um estudo científico sobre o assunto.

A presente pesquisa tem como objeto geral a elaboração de uma tecnologia educativa sobre o cuidado do paciente com lesões por pressão. E como objetivos específicos a identificação das necessidades da equipe de enfermagem da UTI Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados sobre o cuidado do paciente com lesão por pressão e desenvolver um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre os cuidados do paciente com lesões por pressão.

Serão realizados três encontros, onde serão trabalhadas ações educativas, resolução de questionário e discussão em grupo.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa é possível que você sinta um certo constrangimento ou timidez em expressar suas opiniões para outras pessoas, bem como desgaste físico e/ou psíquico. Como benefícios esta pesquisa poderá qualificar a assistência prestada aos pacientes com LP, reduzir custos, otimizar a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e reduzir o tempo de internação dos pacientes, melhorando assim sua qualidade de vida.

Os encontros serão registrados com um gravador de áudio e transcrito para análise.

Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Você terá o direito de recusar-se a participar, a continuar na pesquisa e a retirar seu consentimento a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar nenhum ônus ou prejuízo.

Esclarecemos, ainda, que os dados resultados de cada participante são confidenciais e sua identidade será mantida em sigilo durante todas as fases da pesquisa e nas divulgações posteriores. Tais informações serão utilizadas para fins acadêmicos, podendo ser apresentadas em congressos, publicações ou outra forma de divulgação nacional ou internacional.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, as pesquisadoras oferecerão apoio e suporte adequado.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma. Diante do exposto e espontânea vontade, expresso minha concordância de participar deste estudo.

Dourados, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa para a participação na pesquisa.

Enf^a. Prof.^a Dra^a. Fabiana Peres Rodrigues Bergamaschi

Pesquisadora responsável

Enf^a. Prof.^a Dra^a. Elaine Aparecida MyeTakamatu Watanabe

Pesquisadora responsável

Enf^a. Gessica Linhares Melo

Pesquisadora mestranda

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PESQUISADO**CARACTERIZAÇÃO DO PESQUISADO**

1. Iniciais do nome: _____

2. Data de Nascimento _____

3. Sexo: F () M ()

4. Tempo de formação: _____

5. Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

6. Em que momento você considera que obteve um maior conhecimento sobre o cuidado com lesão por pressão?

() Na graduação

() Na Pós- graduação

() Na prática

() Outros Onde? _____

7. Como você considera o nível de conhecimento que você recebeu sobre os cuidados ao paciente com lesão por pressão?

() Suficiente;

() Mediano;

() Insuficiente;

() Outros.

APÊNDICE C

ESPELHO DA REALIDADE

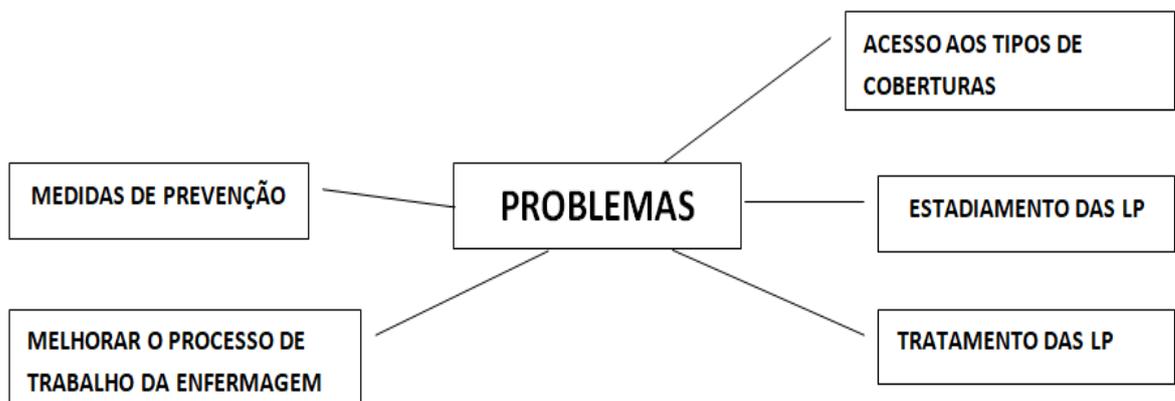
Levantamento dos pontos-chave.

CASO CLÍNICO:

S.A.G.M., sexo feminino, 19 anos, previamente hígida, foi internada na UTI adulto com diagnóstico de Retocolite Ulcerativa e Pancitopenia, que evoluiu para uma colectomia subtotal, ileostomia terminal, pancolite, desnutrição grave e sepse. Permaneceu na UTI durante um período prolongado e durante a internação fez uso de sedoanalgesia, drogas vasoativas, aporte calórico por nutrição enteral e parenteral, ventilação mecânica e antibioticoterapia. Mesmo com as medidas de prevenção extrínsecas desenvolveu LP estágio 3 na região sacral e LP por dispositivos médicos em pavilhão auricular e narina.

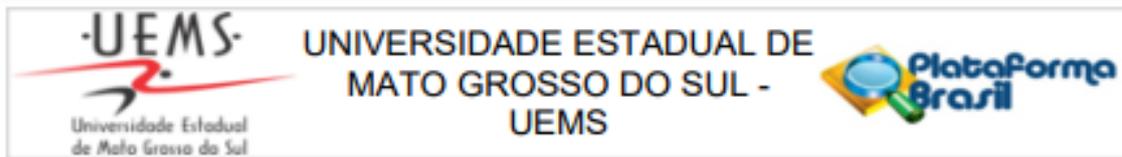
VAMOS REFLETIR

Com base no caso clínico apresentado e nos problemas elencados nas discussões anteriores, quais são os pontos-chave ou nós críticos que estão favorecendo o surgimento destes problemas, e que nós como equipe poderíamos tentar resolver?



PROBLEMAS	PONTOS-CHAVE
MEDIDAS DE PREVENÇÃO	
PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM	
ACESSO AOS TIPOS DE COBERTURAS	
ESTADIAMENTO DAS LP	
TRATAMENTO DAS LP	

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICA EDUCATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CUIDANDO DO PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO

Pesquisador: GESSICA LINHARES MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00372918.8.0000.8030

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.069.693

Apresentação do Projeto:

Pesquisa que objetiva estabelecer um espaço de reflexão sobre a prevenção e o cuidado do paciente com lesão por pressão na UTI; identificar as principais necessidades da equipe de enfermagem; elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional que oriente a prática do cuidado do paciente com lesão por pressão; e analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva – UTI no cuidado do paciente com lesão por pressão.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que terá como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A estratégia para obtenção de dados se dará por encontros com os enfermeiros da UTI do Hospital Universitário de Grande Dourados, onde serão trabalhadas ações educativas a partir da metodologia da problematização por meio do Arco de Maguerez.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar uma prática educativa em saúde com enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva – UTI no cuidado do paciente com lesão por pressão.

Objetivos Secundários:

Identificar as necessidades da equipe de enfermagem da UTI de um hospital de ensino sobre o cuidado do paciente com lesão por pressão;

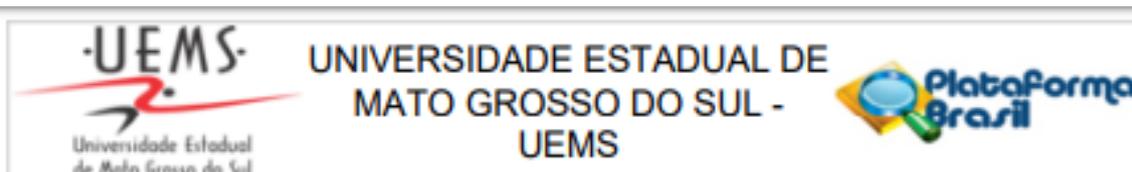
Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970

UF: MS **Município:** DOURADOS

Telefone: (67)3902-2699

E-mail: cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 3.089.693

Estabelecer um espaço de reflexão sobre a prevenção e o cuidado do paciente com lesão por pressão na UTI;

Elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional que oriente a prática do cuidado do paciente com lesão por pressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa é possível que o participante sinta certo constrangimento ou timidez em expressar suas opiniões para outras pessoas, bem como poderá haver desgaste físico e/ou psíquico, caso isto aconteça, as pesquisadoras assumirão a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

Benefícios:

Como benefícios esta pesquisa permitirá um espaço de discussão, reflexão e troca de saberes, favorecendo sua instrumentalização e qualificação profissional e de todos os envolvidos para o cuidado do paciente com lesão por pressão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desfecho Primário:

Esta proposta educativa promoverá a qualificação e empoderamento dos enfermeiros da UTI adulto; a geração de oportunidades reflexivas, através da construção de conhecimentos libertários, formados de maneira coletiva e possibilitará a transformação de suas práticas de cuidados aos pacientes com lesão por pressão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com as diretrizes da Resolução 466/2012 do CNS

Recomendações:

Nenhuma

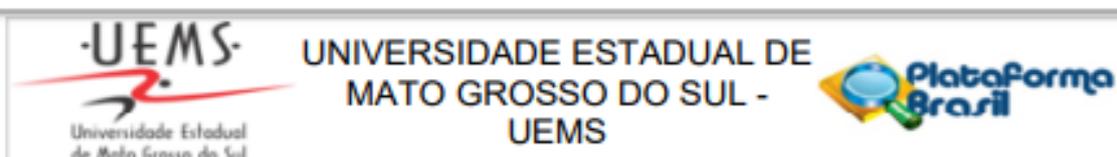
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 79.804-970
 UF: MS Município: DOURADOS
 Telefone: (67)3902-2699 E-mail: cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 3.069.693

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1229684.pdf	29/11/2018 00:52:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gessica.docx	29/11/2018 00:50:44	GESSICA LINHARES MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado.docx	20/11/2018 13:26:19	GESSICA LINHARES MELO	Aceito
Outros	autorizacao.JPG	05/10/2018 01:02:34	GESSICA LINHARES MELO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/10/2018 11:11:11	GESSICA LINHARES MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 10 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Márcia Maria de Medeiros
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 79.804-970
 UF: MS Município: DOURADOS
 Telefone: (67)3902-2699 E-mail: cesh@uems.br

ANEXO C

CONSTITUIR E COMPOR

PORTARIA Nº 090, DE 05 DE MARÇO DE 2020.

O SUPERINTENDENTE PRO TEMPORE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria-SEI n. 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh n. 518, de 09 de janeiro de 2019 e Portaria-SEI n. 433, de 31 de julho de 2019, publicada no Boletim de Serviço da Ebserh n. 633, de 31 de julho de 2019, conforme o Art.49 do Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente que trata da criação de Grupos de Trabalho,

RESOLVE:

Art. 1º CONSTITUIR e COMPOR o Grupo de Trabalho para Prevenção de Lesão por Pressão da Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (GTLP UTI AD) para a implementação do Plano Nacional de Segurança do Paciente dentro desta unidade (PILOTO), com os membros a seguir:

ORDEM	NOME	FUNÇÃO
01.	Géssica Linhares Melo	Enfermeira
02.	Caroline Cordeiro Souto	Enfermeira
03.	Leonardo Oliveira Silva	Enfermeiro Intensivista
04.	Maria Alcione Silva Gomes Roseno	Enfermeira
05.	Mariella Rodrigues da Silva	Enfermeira
06.	Michelle Katiuscia Melo Mota	Enfermeira
07.	Thaismari Escarmanhani Ferreira	Enfermeira
08.	Thiego Ramon Soares	Enfermeiro referencial
09.	Ulisses dos Santos	Enfermeiro
10.	Cristhiane Rossi Gemelli	Nutricionista
11.	Jonathan Alves dos Santos Borges	Técnico de Enfermagem
12.	Nelma Gambarra de Souza	Técnico de Enfermagem

Art. 2º O referido Grupo de Trabalho (GT) tem caráter permanente e será um apoiador do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição;

Art. 3º O GTLP UTI AD terá como norteador o Regimento Interno vigente do NSP, coordenado por Géssica Linhares Melo, para implementação contínua do Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão dentro da UTI-Adulto, unidade PILOTO.

Art. 4º Esta Portaria-SEI entra em vigor na data de sua assinatura.

Alisson Henrique Do Prado Farinelli