

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RIAN SARAIVA DE OLIVEIRA

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR
PRESSÃO (LPP) EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

RIAN SARAIVA DE OLIVEIRA

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO
(LPP) EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Monografia apresentada à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharelado/licenciatura em Enfermagem.
Orientadora: Mestre Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira.

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

RIAN SARAIVA DE OLIVEIRA

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR
PRESSÃO (LPP) EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Monografia apresentada à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharelado/licenciatura em Enfermagem.
Orientadora: Mestre Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira.

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Mestre Maryldes Lucena B. de Oliveira
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
Orientadora

Mestre Bruna Bandeira Oliveira Marinho
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
(1ª Examinadora)

Mestre Andréa Couto Feitosa
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
(2ª Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido saúde, coragem, força e discernimento para superar as dificuldades e momentos inoportunos no percurso desse caminho.

A minha mãe Marisalva Saraiva, por todas as dificuldades vencidas juntamente comigo, por cumprir o papel de mãe e pai ao mesmo tempo com todo amor, dedicação, incentivo, proteção e garra.

A minha irmã Vitória Saraiva, aos meus avós maternos, tios e primos que sempre me apoiaram com toda confiança e otimismo contribuindo assim para que o meu sonho se tornasse realidade.

A todos os meus amigos, os quais não me deixaram ser vencido pelo cansaço e que sem dúvida foram essenciais durante todo esse percurso.

Agradeço a todos os professores, em especial, a minha orientadora Maryldes Lucena, que aceitou o convite de participar desse trabalho com todo empenho, atenção e comprometimento.

Aos membros da banca examinadora Andréa Couto e Bruna Bandeira, pela disponibilidade e por compartilhar junto comigo desse momento indescritível.

Por fim, sou grato a todos que contribuíram e torceram pela realização dessa etapa tão importante da minha vida.

“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível.”

(CHARLES CHAPLIN)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da pele com LPP em estágio I	17
Figura 2 – Representação da pele com LPP em estágio II.....	18
Figura 3 – Representação da pele com LPP em estágio III.....	19
Figura 4 – Representação da pele com LPP em estágio IV	19
Figura 5 – Representação da pele com LPP não classificável	20
Figura 6 – Representação da pele com LPP tissular profunda	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAI	Dermatite Associada à Incontinência
et al	Entre outros
EPUAP	European Presssure Ulcer Advisory Panel
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LPP	Lesão Por Pressão
LPTP	Lesão Por Pressão Tissular Profunda
MS	Ministério da Saúde
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PH	Potencial Hidrogeniônico
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

A lesão por Pressão (LPP) define-se como uma ferida localizada na pele ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, de etiologia isquêmica causada por pressão, cisalhamento ou fricção que pode resultar em necrose tecidual. Diante disso, a enfermagem exerce um papel fundamental nos resultados positivos relacionados a estes pacientes, cabendo ao enfermeiro identificar precocemente estas lesões, tendo em vista que as LPP se classificam em estágios distintos, o qual proporcione assim uma assistência de qualidade para controlar e reduzir os riscos causados, aderindo medidas preventivas. Esse estudo teve como objetivo geral analisar os cuidados de enfermagem visando à prevenção de lesões por pressão em pacientes hospitalizados e como específicos: traçar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, descrever os fatores de risco relacionados à lesão por pressão e identificar os cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa, desenvolvida em uma unidade hospitalar do município de Mauriti – CE, no período de janeiro de 2019 a junho de 2019. A amostra do estudo foi composta por oito profissionais de enfermagem que trabalham no local pesquisado. Os critérios de inclusão foram: profissionais que tenham nível superior em enfermagem e atuar na assistência de enfermagem no hospital. Já os critérios de exclusão foram: profissionais que estivessem ausentes no dia da coleta, de férias ou de licença trabalhista. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturada. A pesquisa respeitou a Resolução N°466/12. Através da análise do perfil sociodemográfico das participantes, foi possível observar que a maioria possui faixa etária de 25 a 34 anos, todas são do sexo feminino, maioria são casadas, de cor parda e com tempo de atuação de mais de três anos. Esta pesquisa possibilitou analisar o conhecimento de enfermagem acerca dos cuidados de prevenção de LPP. Entre os fatores mais citados para o surgimento de LPP foi à idade, imobilidade, desnutrição e a incontinência urinária e/ou fecal. Visto que esses achados podem ser utilizados para direcionar as práticas e enfermagem nos serviços de saúde. Já os principais cuidados de prevenção mencionados foram à mudança de decúbito, hidratação da pele, higiene e a nutrição adequada. Conclui-se que as lesões constituem um sério problema de saúde pública mundial, constituindo em um problema no processo de atenção à saúde que representa uma problemática tanto para o paciente, quanto para a família e instituição.

Palavras-chave: Lesão por Pressão. Enfermagem. Prevenção.

ABSTRACT

Pressure injury (LPP) is defined as a localized wound on the underlying skin or tissue, usually on a bone prominence, of ischemic etiology caused by pressure, shear or friction that can result in tissue necrosis. Therefore, nursing plays a fundamental role in the positive results related to these patients, and it is up to nurses to identify these lesions early, since LPPs are classified in different stages, thus providing quality assistance to control and reduce risks by adhering to preventive measures. The objective of this study was to analyze nursing care aimed at preventing pressure injuries in hospitalized patients and how specific: to describe the sociodemographic profile of the study participants, to describe factors risk related to pressure injury and to identify nursing care in prevention of pressure injuries. This is an exploratory, descriptive and qualitative study, developed in a hospital unit in the municipality of Mauriti, CE, from January 2019 to June 2019. The study sample was composed of eight nursing professionals working in the area researched. The inclusion criteria were: professionals who have a higher level in nursing and act in nursing care in the hospital. The exclusion criteria were: professionals who were absent on the day of collection, vacation or labor leave. The data collection instrument used was a semi-structured interview script. The research complied with Resolution No. 466/12. Through the analysis of the sociodemographic profile of the participants, it was possible to observe that most of them are between 25 and 34 years of age, all of them are female, most of them are married, of brown color and with a working time of more than three years. This research made it possible to analyze nursing knowledge about LPP prevention care. Among the factors most cited for the development of LPP were age, immobility, malnutrition, and urinary and / or fecal incontinence. Since these findings can be used to direct practices and nursing in health services. The main preventive care mentioned was the change of position, hydration of the skin, hygiene and adequate nutrition. It is concluded that the lesions constitute a serious problem of global public health, constituting a problem in the process of health care that represents a problem for both the patient, the family and institution.

Key words: Pressure Injury. Nursing. Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO	15
3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	19
3.3 FATORES DE RISCO DAS LESÕES POR PRESSÃO	20
3.3.1 Fatores extrínsecos.....	21
3.3.2 Fatores intrínsecos	22
3.4 ESCALA DE BRADEN	24
3.5 A ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO	25
4 METODOLOGIA	28
4.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA	28
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	28
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	29
4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	29
4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS PARTICIPANTES	32
5.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LESÃO POR PRESSÃO	33
5.3 CUIDADOS DE PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	46
APÊNDICE A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO	47
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	50
APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ.....	51
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	52
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	53

1 INTRODUÇÃO

De todos os órgãos do corpo humano, a pele é o maior deles e possui funções variadas, tais como proteção, termo regulação e percepção o que a torna mais vulnerável a agressões oriundas de agentes intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as lesões cutâneas, sobretudo as lesões por pressão (ARBOIT et al., 2015).

Lesão Por Pressão (LPP) é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, de etiologia isquêmica. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, morbidades e também pela sua condição (SOBEST, 2016).

As lesões são classificadas de acordo com o comprometimento tecidual em quatro estágios principais: estágio I apresenta-se como eritema não branqueável, alterações na coloração da pele, dor, edema e calor; estágio II é a perda parcial da espessura da pele; estágio III consiste na perda total da espessura da pele; e estágio IV como perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, tendínea e muscular (NPUAP, 2016).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de LPP podem ser classificados em intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos concernem à idade, imobilidade, alteração da sensibilidade, incontinência urinária e anal, alteração do nível de consciência, desnutrição, desidratação e algumas doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade. Já os fatores extrínsecos referem-se à pressão prolongada em determinada região do corpo, o cisalhamento, a fricção e a umidade que alteram o PH e assim enfraquecem a parede celular, aumentando a susceptibilidade da pele a lesões, favorecendo o surgimento de LPP (LIMA, CASTILHO, 2015).

Em abril de 2016, o órgão americano National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) substituiu o termo úlcera por pressão por lesão por pressão. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido fonte de preocupação para os serviços de saúde mundiais, pois ainda se constitui em um problema no processo de atenção à saúde. Sua ocorrência causa vários transtornos físicos e emocionais ao paciente, como desconforto, dor e sofrimento, além de aumentar o risco de complicações, influenciando na morbidade e mortalidade.

As lesões por pressão são mais comumente afetadas na região sacral com incidência variável de 29,5% a 35,8%, o calcâneo em segundo lugar com variação de 19,5% e 27,8%, logo depois ficando em terceiro lugar a região do tronco com incidência variável entre 8,6% e 13,7%. Em outras regiões do corpo como: glúteos, pernas, maléolos, pés, região isquiática, cotovelos, e escapulas, são menos acometidas tendo incidência variável entre 1% e 6% (LUZ et al, 2014).

A segurança do paciente é uma das questões mais críticas e importantes para a saúde que tem sido tema de discussão na atualidade e prioridade de ação mundial, gerando uma mobilização e interesse de aquisição de conhecimentos de novos métodos para analisar risco e prevenção de eventos adversos, como a lesão cutânea, com o objetivo de garantir qualidade na assistência e evitar agravos à saúde dos enfermos (MENDONÇA, CHRISTOVAM, 2016).

Estudos mostraram que é possível e imprescindível a utilização das escalas de predição de risco como forma de avaliar o risco que o paciente possui em desenvolver LPP. A Escala de Braden, por exemplo, que foi desenvolvida com base na fisiopatologia da LPP onde é avaliada por meio de suas seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade e mobilidade que medem determinantes clínicos de exposição intensa e de prolongada pressão; nutrição, fricção e cisalhamento, que mensuram a tolerância do tecido à pressão, possibilitando maior resolutividade nas ações de prevenção (MELO, GONÇALVES, VIEIRA, 2015).

Os diagnósticos das LPP podem ser realizados através de métodos visuais, os quais levam a classificação das mesmas por estágios, como também por meio da biópsia e o exame de cultura como recursos importantes para estabelecer o diagnóstico diferencial, nos casos em que a causa da lesão não esteja suficientemente esclarecida. Essas ações são extremamente importantes para a elaboração de estratégias terapêuticas eficazes (ARAÚJO et al.,2013).

No entanto, a prevenção de lesões por pressão é uma questão que deve ser avaliada rotineiramente. A maioria dos casos podem ser evitados a partir da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar suas estratégias de prevenção conforme as demandas e especificidades do paciente (BRASIL, 2013).

Dentre as recomendações gerais para avaliação de risco estruturado, segundo a NPUAP em 2014, estão: realizar uma avaliação de risco para identificar os indivíduos com risco de desenvolver LPP; repetir essa avaliação se necessário; realizar uma reavaliação se houver qualquer mudança significativa na condição do indivíduo; incluir uma análise

abrangente da pele para verificar quaisquer alterações; documentar todas as avaliações de risco; desenvolver e executar um plano de prevenção de riscos.

O profissional de Enfermagem atuante no meio hospitalar possui como importante função assistir o cliente, desenvolvendo o processo de enfermagem, o qual consiste, sumariamente, em desenvolver os diagnósticos de enfermagem pertinentes ao paciente, as intervenções condizentes, além de proceder à avaliação dos cuidados específicos de enfermagem (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, considera-se importante lembrar as responsabilidades e os deveres do enfermeiro conforme cita o art. 12 da Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de assegurar à pessoa, à família e à coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2015).

A ocorrência de LPP merece atenção diferenciada, visto que, constitui um problema de saúde pública, sobretudo considerando o impacto que tem para o paciente, família e sociedade, sendo apontado com um indicador negativo de qualidade assistencial dos serviços de saúde. As lesões por pressão devem ser consideradas um problema assistencial que envolve toda a equipe multiprofissional de uma unidade hospitalar, em especial, a equipe de enfermagem, que oferece cuidados contínuos aos pacientes 24 horas por dia (SIMÃO, CALIRI, SANTOS, 2013).

O surgimento das LPP ocorre em geral de forma rápida e progressiva. As complicações ao indivíduo são diversas, entre elas destaca-se o tratamento oneroso, reabilitação demorada e principalmente a alteração na qualidade de vida devido ao surgimento de dor e elevação do risco de mortalidade. Diante dessa problemática abrangente, o presente estudo surge da seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em pacientes hospitalizados?

Portanto, o presente estudo se faz relevante, cujo propósito é refletir, analisar e comparar os cuidados de enfermagem acerca das lesões por pressão e com isso contribuir na melhora da qualidade de vida dos pacientes e na qualidade da assistência prestada à pacientes portadores de lesão ou com risco de desenvolvimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os cuidados de enfermagem visando à prevenção de lesões por pressão em pacientes hospitalizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo;
- Descrever os fatores de risco relacionados à lesão por pressão;
- Identificar os cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

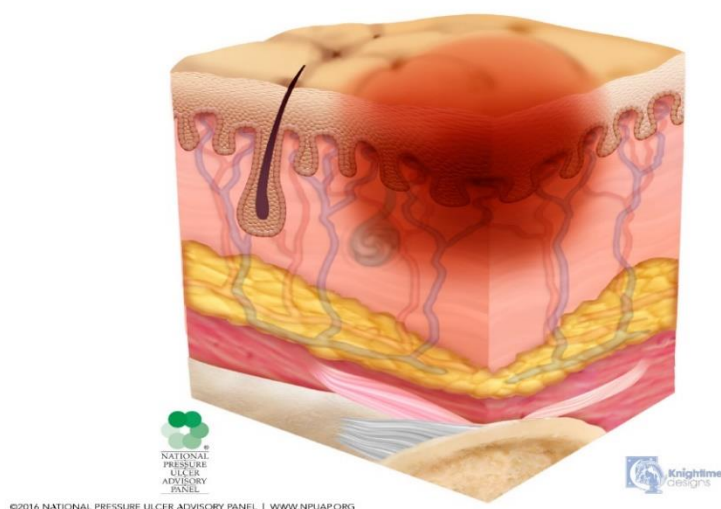
3.1 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Em 2016, na Conferência de consenso realizada em Chicago, EUA, foi redefinido o termo Úlcera por Pressão (UP), para lesão por pressão (LPP), lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionada a dispositivos médicos, em consequência da pressão ou combinação desta com o cisalhamento, considerando-se outros fatores que afetam a tolerância tecidual, como a nutrição, microclima, perfusão, morbidades e as condições do próprio tecido (NPUAP, 2016).

De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016) e a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2016) a classificação internacional adotada atualmente para as lesões por pressão é de estágio. O sistema de classificação atualizado inclui os seguintes estágios:

Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema que não embranquece: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

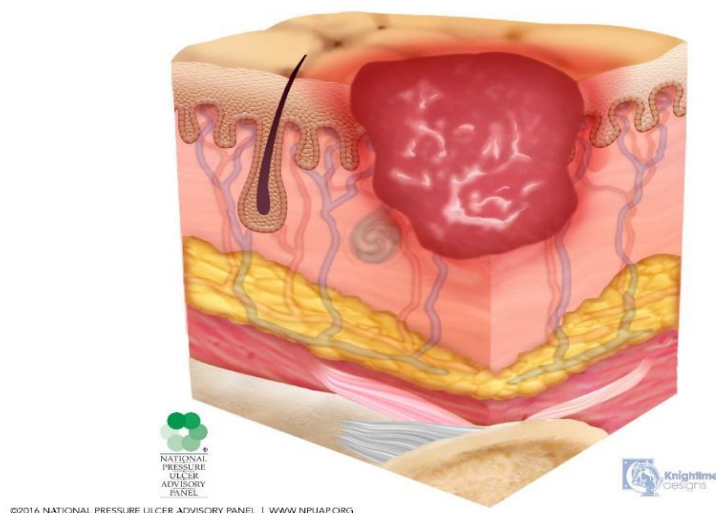
Figura 1 – Representação da pele com LPP em estágio I.



Fonte: NPUAP (2016)

Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme: O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a Dermatite Associada à Incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

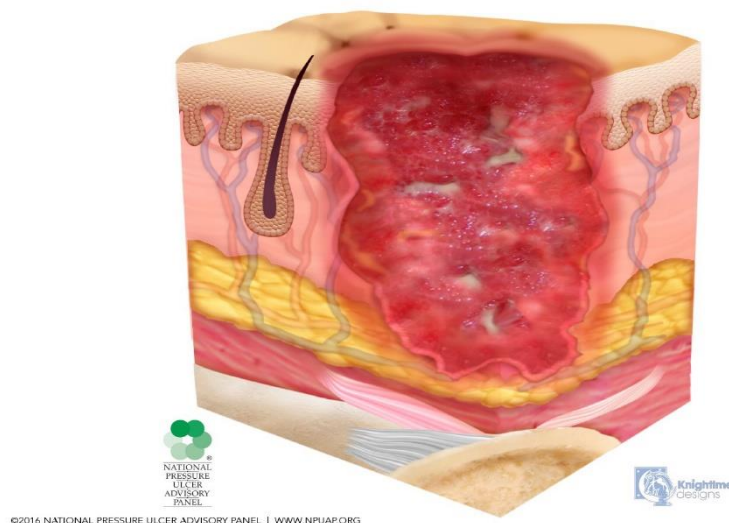
Figura 2 – Representação da pele com LPP em estágio II.



Fonte: NPUAP (2016)

Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda da pele em sua espessura total: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

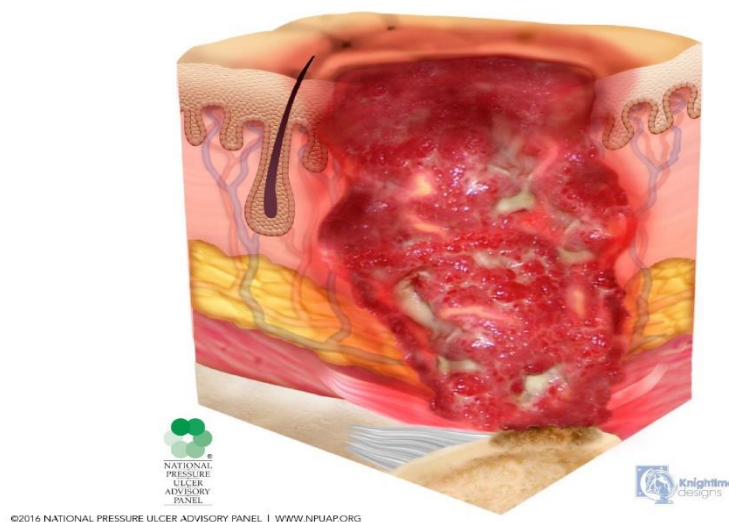
Figura 3 – Representação da pele com LPP em estágio III.



Fonte: NPUAP (2016)

Lesão por pressão Estágio 4 - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

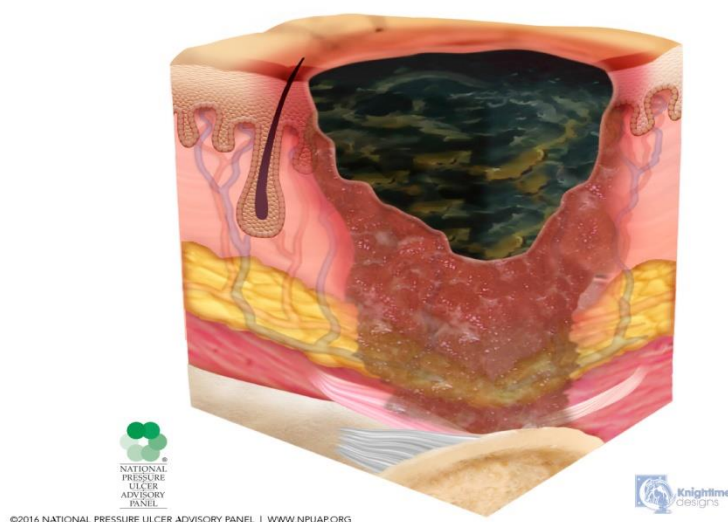
Figura 4– Representação da pele com LPP em estágio IV.



Fonte: NPUAP (2016)

Lesão por Pressão Não Classificável - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), a lesão por pressão em estágio 3 ou estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

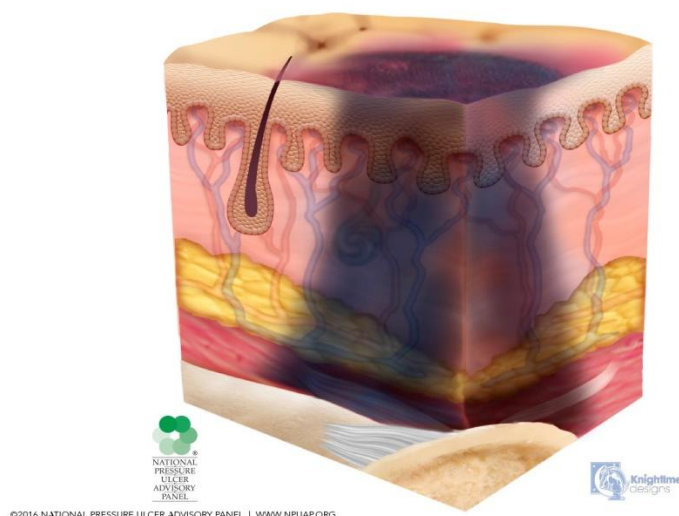
Figura 5– Representação da pele com LPP não classificável.



Fonte: NPUAP (2016)

Lesão por Pressão Tissular Profunda - Coloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou estágio 3 ou estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Figura 6– Representação da pele com LPP tissular profunda.



Fonte: NPUAP (2016)

3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A lesão por pressão corresponde ao terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos hospitais brasileiros. Segundo dados de 2014 do Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), das 8.435 notificações de evento adverso relacionado à assistência à saúde, 1.319 foram notificações de LPP, equivalente a 15% dos registros. Reduzir o risco de LP é uma das seis “Metas Internacionais de Segurança do Paciente” e uma das prioridades do Ministério da Saúde do Brasil para a segurança do paciente (VOCCI, 2017).

A prevalência de lesões por pressão tem aumentado nos últimos anos devido à maior expectativa de vida da população, decorrente de avanços na assistência à saúde, que tornou possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes. Essa mudança de perfil gerou na prática um crescente número de pessoas com lesões cutâneas, principalmente a LPP (BORGES, FERNANDES 2013).

No Brasil, em UTI, as taxas de incidência de lesões por pressão são altas, variam entre 13,95% em São Paulo a 59,5% em Fortaleza, dependendo da especialidade da UTI. Nas clínicas médica, cirúrgica, ortopédica e UTI de três hospitais brasileiros, a taxa de incidência variou entre 25% e 66,6% no Mato Grosso (BARON, PAVAM, FORGIARINI JÚNIOR, 2017).

De acordo com o relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde realizado no período de janeiro a julho de 2014 foram notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) cerca de 3.771 never events (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde), sendo 2.739 (72,6%) decorrentes de lesão por pressão estágio 3 (perda da pele em sua espessura total, na qual o tecido adiposo é visível sem exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso) e 831 (22,0%), resultantes de lesão por pressão estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso). Quanto aos óbitos notificados ao SNVS (766), no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, 34 pacientes foram a óbito devido à lesão por pressão (ANVISA, 2017).

Assim, estudos sobre incidência e prevalência permitem identificar as características e suscetibilidade dos indivíduos em diferentes ambientes de cuidados e diversos países. Tais dados possibilitam a identificação dos riscos, construção e implantação de protocolos de prevenção e tratamento, e subsidiam a qualificação profissional (SILVA et al., 2016).

3.3 FATORES DE RISCO DAS LESÕES POR PRESSÃO

Os fatores de risco são as características associadas com o maior risco de o indivíduo desenvolver doenças, para tal, eles devem ter sofrido exposição a um fator de risco. Ou seja, ser exposto a um fator de risco significa que, antes que uma pessoa fique doente ela entrou em contato ou manifestou algum tipo de fator. No estudo em questão devem-se observar quais riscos os pacientes estiveram expostos antes de adquirir as lesões por pressão (BLACK, 2015).

Risco é a probabilidade de um evento ocorrer durante um período de tempo especificado. A probabilidade mede o grau de certeza de que um evento ocorrerá. A intensidade da exposição ou contato com o fator de risco pode ser caracterizada de diferentes formas, tais como: ter sido exposto, dose atual, maior dose, dose cumulativa total, anos de exposição, entre outros (ROTHMAN, GREENLAND, LASH, 2016).

A pele sendo um órgão do corpo humano pode tornar-se disfuncional e com diferentes graus de compromisso. Alterações relacionadas com a diminuição da perfusão cutânea e hipóxia localizada, relacionadas com o fornecimento de sangue e fatores teciduais locais, comprometem a disponibilidade de oxigênio e a capacidade para o corpo utilizar os nutrientes vitais e outros fatores necessários para manter a sua função normal. Assim, quando a pele

apresenta algum comprometimento passa a existir maior suscetibilidade para o desenvolvimento de lesão por pressão (EVANS, ROTT, REDDY, 2015).

3.3.1 FATORES EXTRÍNSECOS

Os fatores extrínsecos são aqueles derivados do ambiente externo ao paciente. Os mais importantes são: pressão exercida no corpo, forças de cisalhamento, forças de fricção e maceração/umidade excessiva da pele (SANTOS et al., 2016).

A pressão exercida por uma superfície sobre a pele é considerada um fator determinante para o desenvolvimento de LPP. Tem um papel importante na ocorrência das lesões por pressão, quando conjugada com outros fatores, como a intensidade, a duração da pressão e a tolerância dos tecidos (SIMÃO, CALIRI, SANTOS, 2013). A área de superfície do corpo sobre a qual a pressão atua é também um fator a valorizar, por existir menor tolerância de algumas regiões do corpo para suportar períodos prolongados de pressão (SANTOS et al., 2016).

De acordo com os autores supracitados, as forças de fricção, outro dos parâmetros físicos decisivos para o desenvolvimento das LPP ocorre, frequentemente, em consequência de transferências incorretamente executadas. A fricção resulta do atrito entre duas superfícies, situação que provoca diretamente uma lesão na pele por abrasão na epiderme, semelhante a uma queimadura leve.

A intensidade da pressão na pele e no tecido celular subcutâneo comprime os capilares que abastecem os tecidos e, impedindo a sua perfusão, promove a anóxia, levando-os a isquemia e morte. A intensidade necessária para causar danos no tecido celular varia entre os indivíduos tendo por base a anatomia de cada um, nomeadamente a presença ou ausência de estruturas ósseas sob a área de pressão e rigidez do tecido (SIMÃO, CALIRI, SANTOS, 2013).

Para autores supracitados, a duração da pressão é também um fator importante a ser considerado, pois um indivíduo submetido a cargas de pressão pode desenvolver lesões por pressão num período entre 2 a 6 horas.

A umidade contribui para uma alteração mecânica e química (pH) da pele e altera a resistência da epiderme para forças externas, aumentando a susceptibilidade para lesões provocadas por outros fatores, tornando-a mais vulnerável à ocorrência de lesões (SANTOS et al., 2016).

O cisalhamento da pele é causado pela combinação da gravidade, que empurra o corpo para baixo e exerce uma força paralela à pele, e da fricção ou resistência entre o indivíduo e a superfície de suporte. Resulta da consequência das forças oblíquas ao tecido celular subcutâneo. Com isso, contribuem para as forças de cisalhamento o deslocamento do corpo do indivíduo sobre a pele, a angulação e trombose dos vasos na transição dermos-epidérmica, o posicionamento lateral com angulação superior a 30 graus, transferências incorretamente executadas como arrastar o doente em vez de elevá-lo (SANTOS et al., 2016).

Nestes casos, as forças externas da carga aplicada à pele atuam sobre o fluxo de sangue arterial e venoso, causando uma diminuição no fluxo sanguíneo regional com graves implicações para o desenvolvimento de LPP. Esta diminuição do fluxo de sangue pode causar necrose de tecidos e assim conduzir à formação de LPP por diminuição dos níveis de oxigênio e de perfusão sanguínea transcutânea na pele (MANORAMA et al., 2013).

3.3.2 FATORES INTRÍNSECOS

Fatores intrínsecos referem-se às condições sistêmicas e anatômicas do paciente que reduzem a capacidade da pele e suas estruturas em suportar os efeitos da pressão contínua sobre superfície corporal. Os fatores intrínsecos aumentam o risco de desenvolvimento de lesão por pressão são relevantes: a imobilidade do corpo, alterações da sensibilidade, incontinência urinária e/ou fecal, alterações do estado de consciência, idade, gênero, má perfusão/oxigenação tecidual e estado nutricional (SANTOS et al., 2016).

A imobilidade é a limitação da capacidade do indivíduo para se reposicionar o que impossibilita o alívio da pressão nas zonas de proeminência óssea. A relação entre a intensidade e a duração da pressão nos locais de proeminências ósseas, contribui para a destruição dos tecidos e é um fator preditivo para o desenvolvimento das LPP, sendo considerado o seu principal fator de risco (VALLS, MATARÍN et al., 2017).

As alterações do estado de consciência fazem com que os indivíduos não sejam capazes de sentir e comunicar o desconforto tornando-os mais vulneráveis para desenvolver LPP (NEVES, SANTOS, SANTOS, 2013).

A idade é frequentemente referida como fator de risco de LPP. Vários autores consideram que a ocorrência de LPP não aumenta apenas pelo fator idade, mas sim pelo fato de a idade estar relacionada com a presença de patologias coexistentes, frequentemente presentes na população idosa, tais como doença de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, doenças oncológicas, entre outras (MICHEL et al., 2013).

A alteração da sensibilidade é a capacidade limitada que o indivíduo tem para sentir a necessidade de reposicionar colocando-o em maior risco para desenvolver lesões por pressão (ENGELS, 2016).

A nutrição é um elemento intrínseco bastante importante na formação das LPP, pois a boa nutrição é imprescindível para o fornecimento do suporte nutricional e necessidades metabólicas da pele (GOUVEIA et al., 2015). Também o aporte hídrico é fundamental, dado que a pele desidratada tem mais risco de desenvolver lesões (BARROS et al., 2016).

Outro fator é a incontinência que predispõe a pele do indivíduo à humidade e irritação química provocada pela urina e/ou fezes, tornando-a mais vulnerável devido a barreira protetora se alterar e a tornar mais frágil, aumentando assim o risco de lesões (VALLS, MATARÍN et al., 2017).

A má perfusão dos tecidos afeta a oxigenação celular e pode estar também relacionada com doença vascular, anemia, doença pulmonar obstrutiva crônica, fármacos vasopressores, tabagismo, diabetes mellitus, neuropatia ou septicemia (SANTOS et al., 2016).

A redução da elasticidade, da textura da pele, da frequência de reposição celular e o aumento do tempo no processo de cicatrização, são fatores que, associados à diminuição da capacidade de distribuição da pressão sobre os tecidos, comprometem o suprimento sanguíneo e, conseqüentemente aumentam o risco de desenvolver LPP. Além disso, a redução do tecido celular subcutâneo e muscular, relacionada com o processo de envelhecimento, reduz o acolchoamento das proeminências ósseas (MOREIRA et al., 2016).

A suscetibilidade que cada indivíduo tem para desenvolver LPP depende, assim, de fatores extrínsecos conjugados com alterações da perfusão dos tecidos, resultante de fatores intrínsecos, independentemente da idade. Neste pressuposto, os indivíduos idosos não são um grupo homogêneo, pelo que, no momento de admissão hospitalar a idade não está necessariamente relacionada com uma complicada hospitalização e desenvolvimento de LPP (MICHEL et al., 2013).

Vários métodos de avaliação de risco para lesão por pressão têm sido desenvolvidos, seguindo o pioneiro estudo que apresentou a escala de Norton em 1962, que por meio da análise e pontuação dos fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento da lesão obtém um escore com o objetivo de efetuar medidas precisas preventivas, conforme o grau de risco do paciente (INOQUE, MATSUDA, 2016).

Estratégias têm sido descritas na literatura e executadas por pesquisadores e profissionais de saúde, objetivando estabelecer padrões de assistência voltados para a prevenção de lesões por pressão e para estimular a melhora da qualidade do cuidado.

Acredita-se que a atuação da equipe de enfermagem pode ser favorecida pela institucionalização de um instrumento de avaliação de enfermagem que oriente os profissionais para, por exemplo, prever se o cliente admitido apresenta, ou não, fatores de risco para desenvolver lesão por pressão (BANDEIRA et al., 2013).

Na escolha de um método de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, a eficácia e a facilidade de aplicação do instrumento de medida são consideradas. Os dois itens devem ser levados em conta, para que a equipe de enfermagem identifique corretamente, quais pacientes estão em perigo de desenvolver a lesão, evitando o uso inadequado de medidas preventivas. Porém, a literatura sustenta que a avaliação de risco deve ser complementar ao julgamento clínico do enfermeiro, tornando a avaliação mais eficaz (BORGHARDT et al., 2015).

Dessa forma, a identificação do risco e o uso das medidas preventivas recomendadas como as melhores práticas podem levar à redução da incidência de lesão por pressão, dificultar o seu agravamento e prevenir recidivas, assim como favorecer a cicatrização das lesões presentes já na admissão do paciente no hospital, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem e do serviço de saúde como um todo. Entretanto, para que a realidade presente nos serviços seja modificada e que as recomendações sejam adotadas, torna-se necessário envolvimento dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem em todos os níveis e situações da prática (STUQUE et al., 2017).

3.4 ESCALA DE BRADEN

Como instrumento preditivo de risco foi desenvolvido a Escala de Braden por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, sendo baseada na fisiopatologia das lesões por pressão de acordo com dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão e a tolerância da pele e as estruturas de suporte para cada força (MELO, GONÇALVES, VIEIRA, 2015).

Para os autores supracitados, a escala de Braden é um instrumento utilizado para avaliar e contabilizar os fatores etiológicos que contribuem na formação de lesões, desenvolvida com base na fisiopatologia da lesão por pressão. De acordo com tal escala, são avaliados seis fatores de risco (subescalas) no paciente, que são: 1. Percepção sensorial: referente à capacidade de o paciente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão; 2. Umidade: refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade; 3. Atividade: avalia o grau de atividade física; 4. Mobilidade: refere-se à capacidade do paciente em mudar

e controlar a posição do seu corpo; 5. Nutrição: retrata o padrão usual de consumo alimentar do paciente; 6. Fricção e cisalhamento: retrata a dependência do paciente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção.

A partir desses parâmetros o paciente é reavaliado de acordo com os riscos: o paciente com risco ausente (19 a 23 pontos) será reavaliado após 5 dias; com baixo risco (15 a 18 pontos), reavaliado após 4 dias; com risco moderado (13 a 14 pontos) será novamente avaliado após 3 dias; com risco alto (10 a 12 pontos) será reavaliado a cada 2 dias e com risco muito alto (< ou igual a 9) a avaliação deve ser realizada diariamente pela Equipe de Protocolos de Feridas conforme a necessidade ou quando desenvolve a LP em que sua evolução é acompanhada pelo enfermeiro responsável para indicar melhor conduta quanto à prevenção, intervenções e cobertura ideal (MINAS GERAIS, 2013).

A implantação e a efetivação dessa escala nas instituições de saúde são consideradas, por autores nacionais e internacionais, como uma forma positiva para a redução das taxas de incidência de LPP. Mas, apesar da relevância dessas medidas para reduzir os agravos ao paciente, observa-se que ainda são pouco utilizadas nas instituições hospitalares (GALVÃO et al, 2017).

A ocorrência de LPP, durante a hospitalização, é considerada um indicador negativo da qualidade da assistência prestada, portanto, espera-se que os profissionais de saúde adotem uma abordagem sistemática de prevenção como estratégia para atenuar o problema. O êxito da prevenção de LPP depende dos conhecimentos e habilidades desses profissionais, especialmente dos membros da equipe de enfermagem que prestam assistência direta e contínua aos pacientes (LIMA, CASTILHO, 2015).

3.5 A ENFERMAGEM E A PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

A prevenção em saúde pode ser entendida como o planejamento cujo resultado consiste na melhoria da qualidade assistencial. Pesquisa sobre a temática defende que diante a morbimortalidade por LPP, podem ser prevenidas por cuidados que visam bloquear os estímulos desencadeantes como mudança de decúbito a cada duas horas; uso de aliviadores de proeminências ósseas, cuidados higiênicos com atenção para situações de incontinência urinária, uso de loção hidratante, além da avaliação de risco para lesão através da Escala de Braden. Contribuindo assim para aplicar o protocolo de prevenção, e nos pacientes já acometidos, o protocolo de tratamento (SANTOS, NEVES, SANTOS, 2013).

Com o objetivo de facilitar a prevenção e o tratamento das LPP, manter alguns cuidados com a pele é fundamental. A atuação da enfermagem é muito importante no alívio da pressão da pele, nas áreas de maior risco e onde se tem ossos mais proeminentes. Estas devem ser seguidas no atendimento de pacientes acamados, em casa ou no hospital (ELSTON, 2013).

Os líderes e profissionais que atuam na prática assistencial devem estar atentos para a execução do Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão, que foi instituído pela Portaria nº 1.377/2013 (BRASIL, 2013).

As medidas para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde envolvem as seguintes intervenções e o registro em prontuário (ANVISA, 2017):

- Realização de avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação;
- Realização de avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos;
- Uso de colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão;
- Uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares;
- Manutenção da higiene corporal, mantendo a pele limpa e seca;
- Hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes;
- Manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequada;
- Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como, por exemplo: creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano, sacos retais e/ou substâncias oleosas;
- Mudança de posição a cada duas horas para reduzir a pressão local;
- Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.

A avaliação sistemática para LPP consiste em elemento importante do plano terapêutico e assistencial pautado nas necessidades individuais, além de colaborar para humanização da assistência prestada. Por meio deste plano, é possível delimitar os cuidados de enfermagem a serem desenvolvidos. Compete também à enfermagem a documentação de todas as alterações observadas bem como a programação sistematizada de mudança de decúbito. Faz-se necessário, também, garantir um plano nutricional e manter os cuidados com a pele (LUCENA et al., 2013).

Em vista disso, a prevenção das LPP consiste na identificação e minimização dos fatores de risco utilizando instrumentos de validação e avaliação clínica da suscetibilidade

para as mesmas. A avaliação de risco pela escala de Braden, por exemplo, permite a efetivação de cuidados como o uso de um protocolo estruturado de reposicionamento com base no score e classificação. Seguindo esse raciocínio, os cuidados de enfermagem como mudança de decúbito, que reforça a importância de mobilização e reposicionamento do paciente na prevenção da LPP favorecem a qualificação da assistência prestada ao paciente com risco de cisalhamento (SILVA et al., 2014). Ademais é imprescindível designar os cuidados de maneira holística e humanizada, considerando e conhecendo as individualidades de cada paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com caracterização descritiva e de natureza qualitativa.

A pesquisa exploratória visa aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente. Fato ou fenômeno através de formulações de questões, fazendo com que a pesquisa futura seja mais precisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

De acordo com os autores supracitados, a pesquisa descritiva tem como principal finalidade delinear ou analisar características de fatos ou fenômenos observados e descritos utilizando-se métodos formais para que haja a obtenção de dados a serem verificados sem manipulação.

A abordagem qualitativa buscar analisar e interpretar aspectos de maneira detalhada, descrevendo características do comportamento humano. Esse tipo de abordagem permite analisar costumes, hábitos e tendências comportamentais de maneira clara (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Esse tipo de abordagem, além de permitir compreender processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, proporciona o surgimento de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Assim, a pesquisa qualitativa viabiliza um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2012).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado em um hospital da rede pública na cidade de Mauriti-Ceará. A instituição é de nível secundário e faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Escolheu-se esse local de análise por não ter registro de estudo científico relacionado ao tema e também por atender muitos pacientes portadores de lesões por pressão. Foi enviado à instituição um pedido de autorização da realização da pesquisa (APÊNDICE A).

Mauriti é um município brasileiro do estado do Ceará. Está situado na mesorregião do Sul Cearense na microrregião de Barro. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, estimou sua população em 46.854 habitantes.

A pesquisa teve início no primeiro semestre de 2019. A presente pesquisa incluiu levantamentos de materiais bibliográficos, leituras de artigos nacionais e internacionais sobre a temática em questão, coleta de dados (entrevista com os profissionais) e apresentação dos resultados obtidos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foi igual à amostra sendo composta por 8 (oito) profissionais de enfermagem que atuam no hospital municipal da cidade de Mauriti – CE, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE C).

Os critérios de inclusão adotados para a obtenção dos participantes da pesquisa foram: a) profissionais que tenham nível superior em enfermagem e b) atuar/trabalhar na assistência de enfermagem no hospital.

Como critérios de exclusão foram: a) profissionais que estivessem ausentes no dia da coleta e b) profissionais que estivessem de férias ou licença.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento adotado para coleta de dados foi por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE E).

Conforme Marconi e Lakatos (2010), a entrevista semiestruturada é um modelo de entrevista que é representado por um roteiro de perguntas previamente estabelecidas pelo entrevistador. Nesse roteiro, devem constar as perguntas mais importantes que deverão ser feitas a cada candidato. Esse tipo de entrevista proporciona ao entrevistador a liberdade de aprofundar-se e desenvolver uma direção mais apropriada ao estudo, permitindo um contato direto com os pesquisados através do momento face a face, sendo capaz de obter informações de determinado assunto mediante um diálogo de natureza profissional.

Para autores supracitados, o papel do entrevistador é de dirigir, sempre que achar oportuno, a discussão para o assunto que lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para esclarecer questões que não ficaram claras ou para ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha “fugido” ao tema ou manifeste dificuldades com ele.

As respostas obtidas foram registradas em um gravador de voz e transcritas na íntegra para a realização da análise do presente estudo (APÊNDICE D).

A coleta de dados foi realizada na sala de reuniões de enfermagem de forma individual, entre os dias 10/01/2019 à 29/01/2019 nos horários tarde e/ou noite, previamente marcado, de acordo com a disponibilidade de cada participante, mais especificamente nas trocas de plantões entre os referidos profissionais.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Levando em consideração que a pesquisa teve um enfoque qualitativo, com o intuito de avaliar de forma mais profunda as respostas dos entrevistados, as mesmas foram baseadas pela técnica de análise de conteúdo.

Segundo Minayo (2012), a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias.

Para o autor supracitado, a análise de conteúdo consiste em três etapas, as quais são: Pró-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos. A pró-análise contempla uma série de procedimentos, inicialmente é formulada a constituição do corpus, ou seja, é construído um universo acerca do que é estudado para que posteriormente se dê as demais etapas que assim sequenciam a análise de conteúdo.

Posteriormente, na etapa da exploração do material, o pesquisador busca encontrar categorias, ou seja, palavras ou frases que diferencie as respostas dos dados levantados com as entrevistas, possibilitando a organização do conteúdo. A terceira etapa consiste na interpretação dos dados obtidos, permitindo assim assimilar os resultados encontrados com a pesquisa, dando ênfase em sua contribuição enquanto estudo (MINAYO, 2012). Os conteúdos foram organizados em categorias de acordo com suas temáticas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, esse estudo obedeceu às diretrizes definidas pela Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho

Nacional de Saúde (CNS), dentre as quais se destacam os princípios de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2013).

Todos os participantes foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa assim como os seus benefícios e riscos, sendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) necessário para a coleta de dados.

Os benefícios esperados foram no sentido de conhecer, avaliar e planejar novas formas assistência de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver lesões por pressão ou já acometidas por essas lesões, oferecendo assim melhor qualidade e resolatividade no atendimento para os pacientes. A disseminação do conhecimento sobre a assistência prestada na área em questão instiga o aprimoramento das práticas de saúde da enfermagem, beneficiando os clientes/pacientes que necessitam desse atendimento na rede pública e/ou privada de saúde, beneficiando também os profissionais acerca de uma assistência qualificada e atualizada, proporcionar como fonte de pesquisa para novos estudos e para a comunidade científica.

Esta pesquisa apresentou um risco médio, considerando que os participantes poderão sentir constrangimento e timidez ao falar sobre seu ambiente laboral, também podem sentir medo por expor a rotina da equipe de enfermagem do seu ambiente de trabalho. Porém estes riscos foram reduzidos pelo sigilo e a explicação que em nenhum momento da análise ou publicação do estudo o nome do entrevistado e/ou da instituição de saúde serão expostos. Foi utilizado codinomes para respeitar o sigilo dos participantes. Os resultados das entrevistas não foram disponibilizados na íntegra ao local de trabalho dos participantes, para que não haja constrangimento entre empresa e trabalhadores. Porém, ao final do estudo, o hospital receberá cópia do artigo, resultado da presente pesquisa, em sua versão final.

Dessa forma, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO) para a sua apreciação e aprovação do mesmo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados, estes foram organizados em categorias de acordo com suas temáticas para melhor contextualização dos resultados para serem analisados com a leitura pertinente.

Os resultados descobertos são apresentados através da caracterização dos participantes e questões norteadoras, de acordo com os objetivos do presente estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 8 (oito) profissionais de enfermagem que atualmente atuam no local da pesquisa.

No que se refere à faixa etária dos participantes do estudo, maioria (n=5) possuem idade de 25 a 34 anos de idade, corroborando com os achados encontrados no estudo de Silva, Ferreira, Duarte, (2016), onde a maioria dos profissionais era composta de pessoas jovens, com faixa etária entre 23 e 32 anos de idade.

Em relação ao sexo, observou-se que todas (n=8) são do sexo feminino, no qual esses dados são semelhantes aos resultados de MAURÍCIO et al. (2014) que trata sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre LPP, em que a maioria desses profissionais eram do sexo feminino.

No entanto, essa predominância do sexo feminino no campo de trabalho e também no curso de enfermagem acontece desde os primórdios, onde a enfermagem era desempenhada quase que unicamente por mulheres. Em algumas culturas o cuidar de pessoas doentes é considerado uma extensão das atividades da mulher (SANTOS et al., 2015).

Já no estado civil, verificou-se que a maioria (n=7) das profissionais são casadas, resultados estes que vão ao encontro dos dados evidenciados no estudo de MAURÍCIO et al. (2014), onde a demonstraram que a maioria desses profissionais eram casados.

Os dados revelam predomínio de profissionais com etnia/raça, maioria sendo pardos, (n=7). No estudo de GALVÃO et. al (2017), realizado para traçar o perfil dos profissionais de enfermagem atuantes em unidade hospitalar, percebeu-se que 64,8% (n=20) eram profissionais também da cor parda.

Quanto ao tempo de atuação de profissão todas as participantes têm mais de três anos no mercado de trabalho.

Por se tratarem de jovens adultos, boas partes desses indivíduos já se encontram casados construindo famílias. Quanto à etnia, sabe-se que a miscigenação presente no Brasil leva autodeclaração de inúmeros indivíduos como pardos, constituindo assim uma categoria bastante numerosa.

5.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LESÃO POR PRESSÃO

As lesões por pressão (LPP) constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de saúde. Destaca-se como principais fatores de risco imobilidade, fricção, idade, má nutrição, doenças cardiovasculares e entre outros. Com isso, as identificações do risco podem levar a redução da incidência, evitando assim recidivas e também a mortalidade em decorrência das lesões cutâneas (BRITO, SOARES, SILVA, 2014).

Quando questionados sobre os fatores de riscos, as participantes referiram que a idade, imobilidade, incontinência urinária e/ou fecal e a desnutrição são os principais agentes para desencadeamento das lesões por pressão.

No início da entrevista, buscou quais os principais fatores de risco para o desenvolvimento das lesões por pressão. Sendo a idade um dos principais fatores citados pelos participantes.

“A idade, o paciente mais idoso é mais sujeito a desenvolver as lesões por pressão. [...]” (Ent.:5)

“O paciente com idade mais avançada tem mais chances de desenvolver uma lesão por pressão. [...]” (Ent.:6)

“A idade influencia diretamente no surgimento de uma lesão por pressão. [...]” (Ent.:8)

Os achados que a idade é um dos principais fatores corroboram com SANDERS e PINTO (2012), que expõe que 70% na população idosa são afetados por lesões por pressão e com isso a prevalência dessas feridas aumenta rapidamente com a idade. Dessa forma, sendo mais susceptíveis ao desenvolvimento de lesões de pele, dadas as características causadas pelo envelhecimento.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações na pele em relação à composição, vascularização, de propriedades como percepção da dor e da resposta inflamatória, aumenta também a probabilidade de doenças crônicas, o que contribui para a susceptibilidade de desenvolvimento de LPP (MELO, GONÇALVES, VIEIRA, 2015).

Dessa forma, a idade se torna importante agente desencadeador das lesões por pressão devido à diminuição da elasticidade da pele, níveis celulares, circulação sanguínea e também do processo de cicatrização.

Outro fator elencado pelos participantes foi à imobilidade de pacientes.

“[...] O paciente restrito ao leito acaba tendo mais chances em adquirir uma úlcera. [...]” (Ent.:2)

“O paciente acamado como sabemos, apresenta maior chance em desenvolver as lesões por pressão, pois ocorre deficiência na circulação sanguínea. [...]” (Ent.:8)

Corroborando assim com o estudo de PERRONE et al. (2015) onde foi observado que 76% eram restritos ao leito e 24% deambulavam, bem de como apresentarem mais lesões classificadas como graves, quando comparados com os não restritos.

A mobilidade do paciente é entendida como a capacidade em mudar, sustentar ou manter determinadas posições corporais; à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo promovendo a circulação; e, à percepção sensorial que implica no nível de consciência e reflete a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las (ASCARI et al., 2014).

Em consequência disso, a imobilidade é um dos principais fatores intrínsecos que possui ligação direta com o nível de consciência do paciente, quanto menos o paciente for consciente, orientado e ambulante maior o risco em desenvolver as lesões por pressão.

A desnutrição foi outro agente citado por participantes do estudo.

“Pacientes desnutridos têm menor massa corpórea, menor aporte físico e sendo mais fácil desenvolver as LPP. [...]” (Ent.:6)

“Estão mais relacionados à questão nutricional, porque pacientes desnutrido tem maior possibilidade em desenvolver lesões por pressão.” (Ent.:7)

O achado do estudo de BERNARDES (2016) corrobora com os encontrados na pesquisa em que a nutrição é um fator predisponente, pois o aporte nutricional adequado é importante para auxiliar nas etapas de cicatrização. Dessa forma, a desnutrição provoca redução da produção de fibroblastos, de neoangiogênese e de síntese de colágeno, além de menor capacidade de remodelação tecidual.

A má nutrição contribui para diminuir a tolerância do tecido à pressão e é frequentemente referida como um dos fatores primários no desenvolvimento de LPP e como importante fator de risco associado ao desenvolvimento e severidade, nos indivíduos hospitalizados. Torna os indivíduos desnutridos mais propensos a desenvolver LPP, por diminuir a tolerância dos tecidos à pressão, prejudicar a elasticidade da pele e reduzir a

oxigenação dos tecidos (BRITO et al, 2013). Estudos realizados demonstram que existe relação entre a desnutrição e incidência de LPP e que, a partir da entrada no hospital, os indivíduos desnutridos têm o dobro da probabilidade de desenvolver uma LPP (BARROS et al., 2016).

Os mecanismos pelos quais o suporte nutricional pode auxiliar na prevenção e tratamento de LPP, provavelmente, estão relacionados com as deficiências de nutrientes decorrentes de uma pobre ingestão oral ou com o aumento das necessidades nutricionais relacionadas com o processo de cicatrização de feridas. Há evidências de que o alto teor de proteína, que se pode fornecer em suplementos nutricionais orais, é eficaz na redução da incidência de LPP em indivíduos de risco (BRITO, GENEROSO, CORREIA, 2013).

Em relação à nutrição, alguns fatores devem ser avaliados como a presença de hipoalbuminemia, anemia, alterações imunológicas e associação com alguma doença apresentando um risco maior em desenvolver desnutrição e assim prolongar os dias de internação. Com isso, surge à importância de identificar o estado nutricional do paciente, permitindo conhecer os riscos e consequentemente programar ações de prevenção para a formação das lesões por pressão (BERNARDES, 2016).

Observa-se então que o estado nutricional quando deficiente promove um atraso na cicatrização e assim favorece o desenvolvimento de novas lesões, sobretudo as LPP. Alguns elementos básicos como aporte mínimo devem compor a dieta de um paciente com LPP, dentre eles calorias, proteínas, vitaminas e aporte hídrico.

Foi mencionado por sujeitos do estudo, que a incontinência urinária e fecal é fatores de risco de LPP.

“[...] O paciente com presença de fezes e/ou urina em contato com a pele, fica mais vulnerável a desenvolver a lesão, porque a pele fica fraca. [...]” (Ent.:4)

“A umidade como urina e fezes, desenvolve um ambiente para surgimento de uma lesão por pressão. [...]” (Ent.:5)

Validando assim com o estudo de DEALEY et al. (2014), em que a pele da pessoa incontinente fica vulnerável pela irritação química da urina, a transpiração ou as fezes. Com isso, podendo a alterar a barreira protetora da pele, tornando-a mais frágil e aumentando a probabilidade de desenvolver lesões por pressão, e com isso o tecido se rompe por:

- Processo inflamatório (dermatites) com tendência para a cronificação, com o consequente aumento da permeabilidade cutânea resultando muitas vezes em rubor, a degradação do tecido, exsudação, crostas, prurido e dor;

- Alcalinização cutânea. O pH da pele normal é entre 5,4 a 5,9, o que garante a existência de uma capa ácida que pode modificar as condições nas que crescem as bactérias saprófitas, causando a sua proliferação ou inibição e, por tanto, que se quebre o equilíbrio existente com a flora normal). A decomposição da ureia urinária por diferentes microrganismos liberta amoníaco formando um álcali, o hidróxido de amónio. A irritação química da pele pode ser originada por ambos os motivos, o aumento da alcalinidade e a proliferação de bactérias;
- Alteração da capa lipídica. O excesso de humidade pode aumentar o coeficiente de fricção fazendo com que a pele possa quebrar. Isto, junto à lavagem frequente da pele do utente com incontinência, pode comprometer a função de barreira protetora da pele ao eliminar os lipídeos da mesma e acelerar a perda de água epidérmica com perda da elasticidade cutânea (xerose cutânea);
- Forças externas: a menor tolerância dos tecidos provoca pressões mantidas, ainda que estas não sejam desmedidas, provoca um processo isquémico local com a consequente lesão e/ou necrose. Da mesma forma, as forças de fricção e tangenciais provocam um mecanismo similar à pressão com lesão dos tecidos, especificamente na região interglúteas.

Com isso, a umidade promove um meio favorável à proliferação bacteriana além de propiciar ocorrência de fissuras na pele e assim lesões que associadas à pressão sobre proeminências ósseas podem influenciar o desenvolvimento de lesões ou mesmo o seu agravamento e complicações.

Portanto, é evidente que a enfermagem exerce papel fundamental na manutenção da integridade da pele, avaliando todo paciente com risco em desenvolver as lesões por pressão, como um primeiro passo a prevenção das mesmas, estabelecendo assim condutas que garantam a ausência ou que minimizem a ação dos fatores que contribuem para alteração dessa integridade.

5.3 CUIDADOS DE PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

O Enfermeiro membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de Enfermagem é responsável pelo gerenciamento do cuidado, gerenciamento este que destaca a tomada de decisão e que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a ser dispensada ao paciente. Entretanto, para uma prática com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica, para a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição (MAURÍCIO et al, 2014).

No entanto, diante da análise de dados, os principais cuidados de prevenção citados pelos participantes foram à mudança de decúbito, a hidratação da pele, a higiene do paciente e a nutrição adequada.

A mudança de decúbito foi citada por todas as participantes como o principal cuidado para prevenção das LPP.

“A mudança de decúbito é um cuidado que deve ser feito pelos profissionais, como também pelos acompanhantes e cuidadores de pacientes. [...]” (Ent.:1)

“O principal cuidado é a mudança de decúbito, principalmente dos pacientes que são portadores de especialidades”. [...] (Ent.:2)

“Temos como principal meio de prevenção a mudança de decúbito, que deve acontecer no tempo hábil, impreterivelmente de 2/2 horas.” (Ent.:3)

“A mudança de decúbito é o principal cuidado para alívio das áreas afetadas. [...]” (Ent.:4)

“Mudança de decúbito é a melhor forma de prevenir.” (Ent.:5)

“Um cuidado simples é a mudança de decúbito de 2/2 horas.” (Ent.:6)

“É a questão de você ter o manuseio com o paciente a cada 2 horas, pois isso influencia na questão de desenvolvimento de úlceras por pressão. [...]” (Ent.:7)

“A descompressão programada que seria a mudança de decúbito a cada 2 horas, pois caso não ocorra a não mudança de decúbito pode vir causar uma compressão local e essa não observância pode causar o início das lesões por pressão.” (Ent.:8)

Os achados do estudo de SILVA et al. (2014) corroboram com os encontrados na pesquisa em que a mudança de decúbito foi o cuidado de prevenção mais destacado. Isso porque a mudança de decúbito altera a pressão aplicada pelo peso do corpo, reduzindo a irrigação sanguínea local pela compressão prolongada da pele e consequentemente evitando isquemia. Tal intervenção deve ser realizada a cada duas horas, exceto se houver restrições por conta do estado de saúde do indivíduo.

Segundo BRASIL (2013), algumas considerações devem ser adotadas em relação à mudança de decúbito, como:

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso);
- A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

A mudança de decúbito consiste em uma das intervenções de enfermagem executadas para prevenção de LPP, promovendo assim a descompressão e favorecendo a circulação sanguínea local. Pela sua importância no cuidado aos pacientes, a enfermagem desempenha papel fundamental na assistência, devendo estar capacitada tanto no conhecimento teórico quanto na habilidade para melhor avaliar a condição da pele, prevenindo assim de lesões por pressão e escolhendo a melhor terapêutica no surgimento das mesmas (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2017).

A enfermagem possui papel fundamental na prevenção de qualquer agravo ou acidente evitável. Os cuidados para com os pacientes acometidos por LPP ou aqueles que possuem fatores de risco são pertinentes à equipe de enfermagem e que podem ser repassados aos cuidadores. Assim, uma das importantes intervenções é a mudança de decúbito que deverá ser realizada com certa frequência possibilitando uma movimentação adequada e satisfatória prevenindo assim as lesões por pressão.

Como medidas de prevenções a hidratação e higiene do pacientes foram elencadas pelas entrevistadas.

“A hidratação é importante para o paciente devendo usar hidratantes e óleos de acordo com cada paciente e também de acordo com a questão financeira. [...]” (Ent.:3)

“[...] Os cuidados são a higiene de forma correta, para assim você oferecer conforto necessário ao paciente.” (Ent.:4)

“[...] A higienização é outro cuidado importante, pois previne as lesões por pressão e também outras doenças. [...]” (Ent.:5)

“A hidratação é um cuidado tanto para prevenir tanto para tratamento das lesões por pressão.” (Ent.:6)

“Um cuidado simples é a higiene do paciente sempre. [...]” (Ent.:7)

“[...] Proporcionar ambiente limpo ao paciente evita inúmeras patologias, como as LPP. [...]” (Ent.:8)

Segundo BRASIL (2013), a pele úmida é mais vulnerável, propiciando assim ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. Dessa forma, a pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele. Devendo sempre tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também poderão ser utilizados.

Segundo ANVISA (2013), algumas medidas devem ser aderidas mediante a higiene e hidratação do paciente:

- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito;
- Utilizar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia; A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão;
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.

A hidratação e higiene da pele configura-se como cuidados de extrema importância, pacientes devem ser inspecionados durante o exame físico diário, avaliando a presença de irritação, edema, desidratação e secura de pele e mucosas e também avaliando se há ambiente úmido em decorrência de incontinência fecal e/ou urinária ou de dispositivos e dessa forma implantar e executar intervenções que previnam ou minimizem as ocorrências de lesões por pressão em pacientes hospitalizados.

A nutrição adequada foi outra medida de prevenção mencionada pelos sujeitos da pesquisa.

“[...] Uma alimentação rica em proteínas, fibras e vitaminas é muito importante para o paciente acometido por lesão por pressão e outras enfermidades.” (Ent.:1)

“[...] Dar um suporte nutricional também isso influencia bastante na questão de desenvolvimento de úlceras por pressão e está sempre fazendo feedback com o pessoal da nutrição para saber a alimentação adequada para aquele paciente. [...]” (Ent.:7)

Corroborando com essas perspectivas a avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais. Pacientes com déficit nutricional podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando assim os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil (BRASIL, 2013).

Segundo autores citados anteriormente, líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas fossem consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e

propor intervenções mais apropriadas, designados assim alguns procedimentos operacionais, dentre eles:

- Avaliar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP;
- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem;
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.

Em consequência disso, a enfermagem deve trabalhar juntamente com o nutricionista, medidas apropriadas e específicas de acordo com a necessidade de cada paciente, elaborando uma dieta que auxilie no quadro clínico do mesmo e favoreça o processo de recuperação do estado nutricional e dietético e consequentemente a prevenção de LPP.

Tendo em vista os aspectos observados, a prevenção de LPP está diretamente interligada a toda equipe de enfermagem. Os usos de medidas preventivas recomendadas podem levar à redução das incidências, favorecer o processo de cicatrização das lesões dos pacientes acometidos, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem em seus mais diversos aspectos clínicos e gerenciais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou analisar o papel da enfermagem na prevenção de lesões por pressão, bem como o conhecimento dos mesmos sobre os principais de fatores de risco. Visto que o conhecimento científico e epidemiológico dos enfermeiros sobre as LPP são ferramentas de adoção de medidas para redução ou eliminação de fatores desencadeantes, estratégias de prevenção, melhoria do estado geral e também do tratamento específico.

Através da análise do perfil sociodemográfico dos participantes, foi possível observar que a maioria possuía faixa etária de 25 a 34 anos, todas do sexo feminino, maioria casadas e de cor parda e com tempo de atuação de trabalho de mais de três anos.

No estudo foi averiguado que os fatores mais mencionados relacionados ao surgimento de LPP foram à idade, imobilidade, incontinência fecal e urinária e a desnutrição. Essas intervenções podem ser utilizadas com uma forma de aplicar e direcionar as melhores práticas de enfermagem para os pacientes acometidos e os que apresentam riscos, baseadas assim na abordagem terapêutica.

Foi possível perceber na pesquisa que as principais intervenções de enfermagem dispensadas na prevenção de LPP foram os cuidados com a mudança de decúbito, a hidratação da pele, a higiene e a nutrição adequada.

Dessa forma, é necessária a realização contínua de educação em saúde e discussões acerca da temática, assim como novas pesquisas que continuem avaliando novas medidas preventivas, como também os principais riscos associados ao surgimento das lesões por pressão.

Portanto, a enfermagem possui ações determinantes no que diz respeito à prevenção e tratamento das lesões por pressão. Assim, a avaliação da categoria de risco para o desenvolvimento das mesmas, a individualização da assistência sistematizada, a aplicação de escalas e protocolos de prevenção e a promoção da assistência são de competência da equipe de enfermagem, no intuito de diminuir as incidências de LPP.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorio/sdosestados>. Acesso em 11 out. 2017.
- ARAÚJO, M.A. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev Bras Enferm**, Brasília jul-ago; 64(4): 671-6. 2013. Disponível em: Acesso em: 9 setembro de 2018.
- ARBOIT, E. L.; CAMPONOGARA, S.; MAGNAGO, T. B. S.; SILVA, L. A. A.; SANTOS, A. M.; SODER, R. M. Tendências da produção de enfermagem e segurança do paciente em terapia intensiva. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v.3, n.3, p.85-99, 2015.
- ASCARI, R. A. et. al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Brazilian Journal of Sugery and Clinical Research**. V. 6, n. 1, p. 11-16, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST); Associação Brasileira de Enfermagem (SOBENDE). **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP** – Adaptada culturalmente para o Brasil. SOBEST, 2016.
- BANDEIRA, D. et al. Ensinando a escala de braden no cuidado e prevenção de úlceras por pressão. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 933-938, 2013.
- BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R.H.; LUCENA, A.F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.32, n.4, p.703-710, 2017.
- BARON, M. V.; PAVANI, R. M.; FORGIARINI JUNIOR, L. A. F. Inovações e tecnologias para a prevenção da úlcera por pressão. **Revista de Enfermagem e controle de infecções**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 122-131, 2017.
- BARROS, M. P. L. et al. Caracterização de feridas crônicas de um grupo de pacientes acompanhados no domicílio. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 1-11, 2016.
- BRASIL. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- BERNARDES, A.C.B. **Aplicativo para Avaliação Nutricional**. Universidade do Vale do Sapucaí. Dissertação de Mestrado. UNIVÁS. Pouso Alegre. Minas Gerais. 2016.
- BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- BRITO, K. K. G., SOARES, N. J. G. O.; SILVA, M. A. Cuidado de enfermagem nas ações preventivas nas úlceras de pressão. **Rev. Bras Ciências da Saúde**, v.12, n.40, abr./jun. 2014.

BRITO, P. A.; GENEROSO, S. V.; CORREIA, M. I. T. D. **Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutrition al status-** A multicenter, cross-sectional study. *Nutrition*, v. 29, n.4, p.646-649, 2013.

BORGES EL, FERNANDES FP. Úlcera por pressão. In: Domansky RC. Borges EL. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio; 2013. p. 79-88.

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

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311, de 9 de fevereiro de 2015. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2015.

DEALEY C, LINDHOLM C. Pressure ulcer clasification. In: Romanelli, M; Clark, M; Cherry, G; Colin, Defloor, T: **Science and practice of pressure ulcer managemenet**. London: Springer, 2014.

ENGELS, D. et al. **Pressure ulcers: factors contributing to their development in the ORAORN journal**, v.103, n.3, p.271-281, 2016.

EVANS, ROTT, C.; REDDY, M. Pressure ulcers: evidence-based prevention and management. **Current Geriatrics Reports**, v. 4, n. 3, p. 237-241, 2015.

GALVÃO, N. S. et al. Conhecimentos da equipe enfermagem sobre prevenção de lesões por pressão. **Revista Brasileira Enfermagem**. V 70, n. 2, p. 312-318, Março – Abril 2017.

GOUVEIA, B. L. A. et al. Tratamento de feridas: práticas empíricas sob o ponto de vista cultural e religioso. **Revista de enfermagem UFPE**, v.9, n3, p.7046-7054, 2015.

INOQUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.4, p.641-645, 2016.

LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlcera por pressão: custo direto com pessoal. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 68, n. 5, p. 930-936, Set-Out, 2015.

LUCENA, A. F. et al. Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients At Risk of Pressure Ulcers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 523-530, maio/jun. 2013.

LUZ, Sheila Rampazzo et al. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2014. Úlceras de pressão.

MAURÍCIO AB, LEMOS DS, CROSEWSKI NI, ROEHRSH H. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão. **Rev Enferm UFSM**. 2014.

MANORAMA, A.; MEYER, R.; WISEMAN, R.; TAMARA, R. B. Quantifying the effects of external shear loads on arterial and venous blood flow: Implications for pressure ulcer development. **Clinical Biomechanics**, v.28 (5), p.574–578, 2013.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, L; GONÇALVES, O; VIEIRA, D.S. Incidência e prevalência de úlcera por pressão dos usuários atendidos em um hospital de médio porte. **Revista Perquirere**. V. 12, n. 1, p. 137-149, Julho, 2015.

MENDONÇA, R. P.; CHRISTOVAM, B. P. **Uso de tecnologia educativa como ferramenta da gerência do cuidado à pacientes com úlcera por pressão: uma pesquisa-ação**. Rio de Janeiro, 2016. 85p. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016.

MICHEL, J. M.et al. **Quelssontlesfacteurs de risque prédictifs d'escarre? Vers l'élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique**. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, v.55, p.454–465, 2013.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Feridas hospitalares: Úlceras por pressão**. 2013. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br>>.

MINAYO, M. C.S.; GOMES, R.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 32ªed. Rio de Janeiro, 2012.

MOREIRA, R. A. N. et al. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. **Northeast Network Nursing Journal**, v.10, n.3, 2016.

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

PERRONE, F.; et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Revista Nutri**, v.24, n.3, p.431-438, Campinas, 2015.

ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. **Epidemiologia Moderna- 3ª Edição**. Artmed Editora, 2016.

SANDERS, L. S. C.; PINTO, F. J. M. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. **Ver. Min. Enferm**, v. 16, n.2, p.166-170, Abr-Jun, 2012.

SANTOS, D. M. A. et al. A enfermagem baseada em evidências apoiando a construção do histórico de enfermagem: uma pesquisa bibliográfica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 561-569, 2016.

SANTOS, M. V. et al. Satisfação de enfermeiros com curso de formação para operacionalização de protocolo sobre úlcera por pressão. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 4, 2015.

SANTOS, M.P., NEVES, R.C. SANTOS, C.O. Escalas utilizadas para prevenir úlcera por pressão em pacientes críticos. **REC**. v. 2, n.1, p.19-31, 2013.

SILVA, I. C. B; FERREIRA, E. A. P.; DUARTE, I. B. Efeitos de um Manual de Instrução sobre o Repertório de Comportamentos de Acompanhantes de Crianças com Câncer. **Interação em Psicologia**, v.18, n.3, 2016.

SILVA, E. W. N .L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v.22, n.2, p. 175-185, 2014.

SIMÃO CMF, CALIRI MHL, SANTOS CB. Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão. **Acta Paul Enfermagem**. 2013.

STUQUE, A. G. et al. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Northeast Network Nursing Journal, 2017.

VALLS, MATARÍN, J.et al. Incidencia de lesiones cutâneas asociadas a la humedad en una unidad de cuidados intensivos. **Enfermería intensiva**, v.28, n.1, p.13-20, 2017.

VOCCI, M. C. Lesão por pressão na população pediátrica: Estudo de coorte com aplicação da escala de Braden Q. 2017. 73f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, Botucatu, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Pedido de Autorização Para Realizar o Estudo

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR O ESTUDO**À Direção do Hospital Municipal e Maternidade São José (HMMSJ)****Senhor (A) Diretor (A),** _____

Venho por meio desse, solicitar a V.Sa. Autorização para realizar uma pesquisa intitulada **“O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS”** a ser realizada junto aos enfermeiros da unidade hospitalar do município e que tem como objetivo analisar os cuidados de enfermagem visando à prevenção de lesões por pressão em pacientes hospitalizados. Os dados obtidos serão utilizados no trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEAO) e divulgado junto à comunidade científica, visando a contribuir para a programação da saúde do público acometido. Entendemos ainda, que trará contribuições ao desenvolvimento da Região do Cariri, fomentando a pesquisa para o crescimento sociocultural.

Cerca de contar com vossa atenção e com seu valioso apoio, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

NOME DO ORIENTANDO

NOME DO ORIENTADOR

Juazeiro do Norte ____de____de 2019

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a).

Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira, CPF: 02711841324, do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio-UNILEAO está realizando a pesquisa intitulada “**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO (LPP) EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**”, que tem como objetivo geral analisar os cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em pacientes hospitalizados. Tendo como objetivos específicos: traçar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo; descrever os fatores de risco relacionados à lesão por pressão e identificar os cuidados de enfermagem na prevenção de lesões por pressão.

Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: pesquisa exploratória, com caracterização descritiva e de natureza qualitativa.

Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a um roteiro de entrevista semiestruturada, para profissionais de enfermagem, onde os mesmos serão indagados sobre seus conhecimentos acerca de lesões por pressão.

Os procedimentos utilizados, como a entrevista é um encontro do pesquisador e o participante da pesquisa, que terá como finalidade o fornecimento de determinado dado, servindo então, como instrumento para coleta de dados. Esta pesquisa apresentará um risco mínimo, considerando que os participantes poderão sentir constrangimento e timidez ao falar sobre seu ambiente laboral, também podem sentir medo por expor a rotina da equipe de enfermagem do seu ambiente de trabalho. Porém estes riscos serão reduzidos pelo sigilo e a explicação que em nenhum momento da análise ou publicação do estudo o nome do entrevistado e/ou da instituição de saúde será exposto. Serão utilizados codinomes para respeitar o sigilo dos participantes. Os resultados das entrevistas não serão disponibilizados na íntegra ao local de trabalho dos participantes, para que não haja constrangimento entre empresa e trabalhadores. Porém, ao final do estudo, o hospital receberá cópia do artigo, resultado da presente pesquisa, em sua versão final. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu **Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira** ou **Rian Saraiva de Oliveira** serei o responsável pelo encaminhamento a direção do hospital de Mauriti-Ceará.

Os benefícios esperados são no sentido de conhecer, avaliar e planejar novas formas assistência de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver lesões por pressão, isto é, oferecer melhor qualidade e resolutividade no atendimento para os pacientes. A disseminação do conhecimento sobre a assistência prestada na área em questão instiga o aprimoramento das práticas de saúde da enfermagem, beneficiando os clientes/pacientes que necessitam desse atendimento na rede pública e/ou privada de saúde, beneficiando também os profissionais acerca de uma assistência qualificada e atualizada, proporcionando como fonte de pesquisa para novos estudos e para a comunidade científica.

Toda informação que o (a) Senhor (a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas obtidas serão registradas em um gravador de voz e transcritas na íntegra para a realização da análise do presente estudo.

As respostas colhidas, bem como informações, serão confidenciais e seu nome não aparecerá em questionários, fitas gravadas, fichas de avaliação, etc, inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não

aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar (**Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira, Rian Saraiva de Oliveira, residente na Rua Marechal Floriano Peixoto, nº464, Mauriti-Ce. Cel.: ((88) 99788-6964), nos seguintes horários (Manhã, Tarde e Noite).**

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da (IES). Localizado na Unidade Lagoa Seca: Av. Leão Sampaio Km 3 - Lagoa Seca – Juazeiro do Norte - CE Telefone:(88) 2101-1033. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

_____de_____de_____

Assinatura do representante ou responsável legal

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa **“O PAPEL DA ENERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO (LPP) EM PACIENTES HOSPITALIZADOS”**, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

Apêndice D – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu _____, portador (a) da
Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____,
residente à Rua _____, bairro
_____, na cidade de _____.

Autorizo o uso de minha imagem e voz, no trabalho sobre título **“O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS”**, produzido pelos alunos do curso de ENFERMAGEM do 10º semestre, turma 313.10, sob orientação da Professora Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionadas em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Juazeiro do Norte, ____ de _____ de ____.

Cedente

Apêndice E – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA***DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

- Idade _____ anos
- SEXO (☐) Masculino (☐) Feminino
- ESTADO CÍVIL (☐) Solteiro (☐) Casado (☐) Viúvo (☐) Divorciado
- ETNIA/RAÇA (☐) Branco (☐) Pardo (☐) Negro (☐) Amarelo
- Tempo de profissão: _____

***DADOS DA PESQUISA:**

- 1) EM SUA OPINIÃO, QUAIS OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCOS NO DESENVOLVIMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO?
- 2) QUAIS OS PRINCIPAIS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO?
- 3) VOCÊ CONSIDERA UM PROFISSIONAL QUE CONTEMPLE CUIDADOS DE PREVENÇÃO DE LPP NA ASSISTÊNCIA PARA COM O PACIENTE ACAMADO? POR QUÊ?
- 4) CITE AS PRINCIPAIS DIFICULDADES E FACILIDADES QUE VOCÊ ENCONTRA PARA A PREVENÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO.

Anexo A – Declaração de Anuência da Instituição

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, Salma Lenira Pereira de Alencar, RG: _____ e CPF: _____, Coordenadora de Enfermagem, declaro ter lido o projeto intitulado “O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO (LPP) EM PACIENTES HOSPITALIZADOS” de responsabilidade da pesquisadora Maryldes Lucena Bezerra de Oliveira, CPF: _____, RG: _____ e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto neste Hospital Municipal e Maternidade São José (HMMSJ), CNPJ: 07.651.839/0002-10, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a (Resolução CNS 466/12 ou Resolução CNS 510/16). Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do (a) responsável institucional