

**INSTITUTO VALE DO CRICARÉ
FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

ADRIANA VIEIRA GAMA LISBOA

**A VISÃO DO ENFERMEIRO QUANTO À PREVENÇÃO, REDUÇÃO E CUIDADOS
DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

SÃO MATEUS

2019

ADRIANA VIEIRA GAMA LISBOA

**A VISÃO DO ENFERMEIRO QUANTO À PREVENÇÃO, REDUÇÃO E CUIDADOS
DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito para a obtenção do título de mestre em Ciência, Tecnologia e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira

SÃO MATEUS

2019

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

L769v

Lisboa, Adriana Vieira Gama.

A visão do enfermeiro quanto à prevenção, redução e cuidados de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva / Adriana Vieira Gama Lisboa – São Mateus - ES, 2019.

83 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira.

1. Lesão por pressão. 2. Unidade de terapia intensiva - UTI. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Cuidados intensivos. 5. Escalas. I. Nogueira, Guilherme Bicalho. II. Título.

CDD: 610.7361

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES


ADRIANA VIEIRA GAMA LISBOA

**A VISÃO DO ENFERMEIRO QUANTO À PREVENÇÃO, REDUÇÃO E
CUIDADOS DE LESÃO POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração a Educação e a Inovação.

Aprovada em 24 de outubro de 2019.

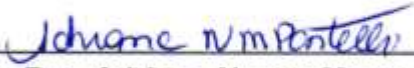
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Profa. Dra. Luciana Barbosa Firmes Marinato
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Dra. Adriana Nunes Moraes Partelli
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

DEDICATÓRIA

A Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador, por ter me sustentado durante essa caminhada e mesmo em meio a tantos medos, não me deixou parar; me capacitou com sabedoria, preparou e colocou pessoas maravilhosas e muito especiais para me ajudar. Tu és um Deus que realiza sonhos que não escolhe capacitados, mas que capacita os seus escolhidos. A Ti toda honra, toda glória para todo sempre!

AGRADECIMENTOS

A Deus por tantas bênçãos que operou em minha vida. Este trabalho, sem dúvida é mais um deles.

Aos meus pais, Fernando e Laís, meus pilares, pelo amor incondicional, pelo exemplo de caráter, de luta, superação e fé,

Ao meu amado esposo, Wandoel, pelo apoio em todos os momentos, pelo incentivo para o meu crescimento pessoal e profissional. Eu amo você.

Ao professor Guilherme, que acreditou no meu potencial e aceitou a minha proposta de pesquisa; pela orientação, pelo incentivo e principalmente, pela confiança em todos os momentos.

Aos professores da banca, por aceitarem participar da avaliação do trabalho e por contribuírem com suas considerações para o crescimento deste estudo.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional, pelo ensino de excelência que ministraram.

Aos enfermeiros dos hospitais Meridional de São Mateus e Roberto Arnizaut Silves, por participarem deste estudo, contribuindo para o avanço científico no campo da enfermagem.

Não te mandei eu? Esforça-te, e tem bom
animo; não te atemorizes, nem te espantes
porque o Senhor teu Deus está contigo,
por onde quer que andares.

Josué 1,9

RESUMO

LISBOA, ADRIANA VIEIRA GAMA. **A Visão do Enfermeiro quanto à Prevenção Redução e Cuidado de Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva.** 2019.83f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, Espírito Santo, 2019.

Introdução: As Lesões por Pressão em pacientes hospitalizados, têm se constituído em um sério problema de gestão de cuidado de enfermagem. Devido aos elevados índices encontrados e aos custos emocionais e financeiros que acarretam os profissionais de saúde tem sido impulsionado, a buscarem elaboração de rotinas cada vez mais aperfeiçoadas. Objetivos: Avaliar o conhecimento técnico/científico de Enfermeiros quanto à Prevenção Redução e Cuidados de Lesão por Pressão dentro das UTIs. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo simples com abordagem quali-quantitativo, realizada em dois Hospitais do Norte do Estado do Espírito Santo em maio e junho de 2019 com 17 enfermeiros de quatro UTIs por meio da avaliação do conhecimento das ações/intervenções existentes para prevenir as LPP nas UTIs ;Utilizou-se um instrumento contendo 23 questões referente ao perfil sócio demográfico ,conhecimento e prática .O processo de análise dos dados se deu por estatística descritiva simples mediante cálculo de frequência absoluta e relativa sendo a análise de pesquisa qualitativa que consistem em: ordenação, classificação dos dados e análise final. Resultados: Dos 17 entrevistados 55,55% possuía faixa etária predominante entre 30 a 40 anos, 27,77% faz uso às vezes da escala de Braden e 16,66% não faz uso da Escala de Braden. A maioria 61,11%possuía Pós-Graduação Latu Senso em Saúde Pública; desses, nenhum em estomaterapia. Dos entrevistados 83,33% refere sentir dificuldade em identificar as seis categorias de LPP,16,66% relataram não ter recebido treinamento sobre o tema e 22,22% relataram obter informações por livro revistas artigos na internet .Conclusão: O estudo identificou uma deficiência no conhecimento sobre o tema , uma vez que apontou que a maior parte dos participantes relataram fragilidade no conhecimento técnico e científico em assuntos básicos sobre as LPPs.Como produto final uma cartilha de consulta rápida foi elaborada ,com intuito de contribuir para cuidado preventivo das LPPs dentro das UTI .

Palavras-chave: Lesão Por Pressão. Unidade de Terapia Intensiva. Cuidado de Enfermagem. Cuidados intensivos. Escalas.

ABSTRACT

LISBOA, ADRIANA VIEIRA GAMA. **The Nurse's view regarding to the prevention and reduction, treatment of pressure injuries in the intensive care unit.** 2019.83f. Dissertation (Master) – College Vale do Cricaré, São Mateus, Espírito Santo, 2019.

Introduction: Pressure injuries in hospitalized patients have been a serious problem in nursing care management. Due to the high rates found and the emotional and financial costs that health professionals cause, they have been driven to seek elaboration of increasingly improved routines. Objectives: To evaluate nurses' technical / scientific knowledge regarding to the prevention and reduction of pressure injury within ICUs. Methodology: This is a simple descriptive exploratory study with a qualitative approach, performed in two hospitals in the northern state of Espírito Santo in May and June of 2019 with 17 nurses from four ICUs through the assessment of knowledge of actions / interventions existing to prevent LPP in ICUs. An instrument containing 23 questions related to the interviewees' socio-demographic profile, knowledge and practice was used. The data analysis process was performed by simple descriptive statistics by calculation of absolute and relative frequency, being the qualitative research analysis consisting of: ordering, data classification and final analysis. Results: From 17 Of the respondents, 55.55% were in a predominant age group between 30 and 40 years old, 27.77% sometimes used the Braden scale and 16.66% did not use the Braden Scale. Most of them 61.11%, have Lato Sensu Graduate Studies in Public Health, none of them in stomatherapy. Of the respondents, 83.33% reported having difficulty identifying the six LPP categories, 16.66% reported not having received training on the subject and 22.22% reported the obtaining of information through books, magazines and articles on the internet. Conclusion: The study identified a deficiency in knowledge about the subject, since it pointed out that most participants reported weakness in technical and scientific knowledge on basic subjects about the LPPs. As a final product a quick consultation booklet was prepared, with the intention of contribute to the preventive care of LPPs within ICUs.

Keywords: Pressure Injury. Intensive care unit. Nursing care. Intensive care. Scales

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Utilização da Escala de Braden pelos Enfermeiros dos Hospitais (A) Público (B) Privado e (C) média dos dois Hospitais.....	39
Gráfico 2 - Utilização do Sistema de Classificação Internacional no Hospital (A) público e no hospital (B) Privado.....	41
Gráfico 3 - Recebeu Treinamento ou foi apresentado a escala de Braden na Instituição em que trabalha.....	42
Gráfico 4 - Utilização da técnica de curativo Específico para cada tipo de curativo .	43
Gráfico 5 - Conhecimento da Taxa de incidência de LPPs nas UTIs	45
Gráfico 6 - Existe uma comissão de curativo no ambiente de trabalho	46
Gráfico 7 - Sente-se Capaz de identificar as seis categorias de LPPs.....	47
Gráfico 8 - Utilização de produtos de redistribuição de Pressão.....	48
Gráfico 9 - Sente confiança para fazer recomendações a equipe sobre as coberturas	49
Gráfico 10 - Utilização de luva estéril para curativos de feridas crônicas	50
Gráfico 11 - Existem Normas, Protocolo, Manuais para o cuidado com LPP em seu local de trabalho.....	51

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de vigilância Sanitária
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAI	Dermatite Associada por Incontinência
EB	Escala de Braden
EN	Escala de Norton
EUAP	European Pressure Ulcer Advisory Pane
LPP	Lesão por Pressão
NAGEH	Núcleo de Apoio à gestão Hospitalar
NPUAP	Nacional Pressure Panel Ulcer Advisory Panel
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
SESA	Secretaria Estadual Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
UPP	Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 OBJETIVOS.....	15
1.2.1 Objetivo geral	15
1.2.1 Objetivos específicos	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 LESÃO POR PRESSÃO.....	17
2.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LESÃO POR PRESSÃO	22
2.3 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	24
2.4 POLÍTICAS DE SAÚDE EM LESÃO POR PRESSÃO.....	27
2.5 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA À PREVENÇÃO E REDUÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO	29
3 METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	33
3.3 COLETA DE DADOS.....	33
3.4 ANÁLISE DE DADOS	34
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	34
3.6 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE TRABALHO	35
4 ANÁLISE /DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS	36
4.1 BLOCO A	36
4.2 BLOCO B	39
4.2.1 Questões norteadoras	39
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	67
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	67
APÊNDICE B – Termo Autorização da Instituição Coparticipante	68

APENDICE C – Instrumento de Coleta de Dados	70
ANEXOS	71
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	71
ANEXO B – LESÃO POR PRESSÃO	75

1 INTRODUÇÃO

O aumento das taxas de prevalência e incidência de Lesão de pele e seus impactos, tem sido alvo de constantes discussões, de modo que a busca por práticas seguras e mais eficazes tem reunido organizações Nacionais e Internacionais em busca de construção de ferramentas que atendam as novas normas de políticas públicas vigentes, visto que, em pleno século XXI ainda é comum encontrar profissionais adeptos a práticas empíricas e preso ao uso de tratamentos de lesão de pele já ultrapassados (DOMANSKY; BORGES, 2014).

Dentre as inúmeras lesões de pele, as de maior preocupação nos ambientes hospitalares continuam sendo as Lesões por Pressão (LPP); essas lesões de origem multifatorial e de caráter crônico estão associadas a fatores extrínsecos e intrínsecos, e têm se constituído um problema de saúde pública devido à sua alta incidência, custos e taxas de recorrência (CAMPOS, 2010).

Inserido nesse cenário destaca-se a figura do enfermeiro, profissional responsável por realizar curativos, coordenar e, principalmente, supervisionar a equipe na prevenção e cuidado às feridas, conforme a Resolução 501/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta as competências da equipe de enfermagem visando o efetivo cuidado e segurança do paciente (COFEN, 2015).

Estudos recentes apontam que apesar dos avanços obtidos ao longo dos anos, algumas falhas são identificadas na execução desse processo do cuidado. Uma pesquisa realizada dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um hospital universitário da região Sul do Brasil, mostrou que ao avaliar as ações de prevenção de LPP utilizadas pelos enfermeiros observou-se que eles reconheciam as principais práticas de prevenção, bem como, realização de mudança de decúbito, hidratação, uso de coxins, entre outros; entretanto, essas, muitas vezes encontram-se interrompidas no meio do caminho em decorrência de alguns entraves como sobrecarga de atividades, estado crítico dos pacientes e da equipe, alto índice de absenteísmo, entre outros (STEN et al., 2012).

Outro estudo realizado em um hospital de ensino público da grande Vitória, Espírito Santo com 55 enfermeiros, apontou que dos participantes, 92,7% apresentaram conhecimento regular ou inadequado sobre o tema. A maioria, 67,3%, referiu não ter obtido conhecimento suficiente na graduação sobre o cuidado com

feridas. A maioria dos enfermeiros apresentava nível de conhecimento inferior ao desejado em relação aos cuidados com feridas (FARIA et al., 2016).

Na prática clínica da nossa região, empiricamente, observa-se, nas UTIs dos hospitais do Norte do estado do Espírito Santo, tanto público quanto privado, a presença de pacientes com LPP. Esses pacientes originalmente desenvolveram a LPP na UTI ou já chegam com indícios da Lesão. Tal fato tem causado profunda inquietação, não apenas pelo desconhecimento da dimensão do problema, mas também porque nos instiga a querer conhecer qual tem sido o olhar e a importância que os enfermeiros têm dado para esse assunto.

Diante desse contexto, buscando refletir sobre essa temática e analisando a literatura existente, foi possível conhecer alguns aspectos inerentes a esse problema e sua relação com o cuidado de enfermagem ao paciente. Entretanto, ainda persiste o desconhecimento: como o enfermeiro, principal gerenciador do cuidado dentro das UTIs do Norte do estado do Espírito Santo, têm percebido e conduzido a prevenção das LPP, e mais do que isso, qual instrumento de trabalho esse profissional tem utilizado para avaliação de risco nos pacientes críticos?

Com intuito de responder a essas indagações e usando os conhecimentos obtidos para construção de uma cartilha de consulta rápida de instrução de cuidados aos pacientes em risco para LPP, este estudo tem por finalidade contribuir para a qualidade do gerenciamento do serviço de Enfermagem nas UTIs do Norte do Estado do Espírito Santo.

1.1 JUSTIFICATIVA

O número de clientes que adquirem as LPP durante o período de internação tem se tornado cada vez maior, o que tem preocupado e chamado atenção dos profissionais de saúde (CROZETA ,2009).

A ocorrência da LPP não é somente um problema que reflete ao portador da lesão, mas na família e na instituição e as consequências tanto sociais quanto econômicas poderiam ser evitadas, já que é passível de prevenção. Ainda vale destacar que as sequelas deixadas no paciente são muitas vezes irreversíveis: podem ser uma cicatriz cutânea, mobilidade física prejudicada, osteomielite, sepse e até a morte (CROZETA, 2009).

Diante desse contexto, destaca-se a importância da equipe de enfermagem, especialmente do enfermeiro, na utilização de ações de prevenção rotineiras e sistematizadas, no sentido de gerenciar o cuidado direcionando às condutas para as reais necessidades dos pacientes, o que requer além de conhecimentos científicos específicos, muita sensibilidade e senso de observação com relação à manutenção da integralidade da pele dos pacientes sob seus cuidados (STEIN et al., 2012).

A elaboração de instrumentos educativos como protocolos, guias educativos e cartilhas voltadas para prevenção e tratamento de pacientes portadores de LPP, torna-se de extrema importância, uma vez que direciona e padroniza as ações de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros.

O profissional de enfermagem é um dos principais cuidadores do paciente acamado com LPP, já que esse profissional está presente ao lado do paciente durante grande parte do tempo de hospitalização. Porém, sabe-se que a atuação deve ser multiprofissional, pois a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial (STEN et al., 2012).

Dessa forma, torna-se extremamente relevante destacar a responsabilidade do enfermeiro para adotar estratégias e ferramentas adequadas que visem implantação de programas de educação permanente para equipe de enfermagem, garantindo dessa forma a diminuição da taxa de incidência e prevalência de LPP em clientes hospitalizados.

Apesar da importância das ações de enfermeiros relacionadas à prevenção de LPP, ainda é relativamente escassa a produção científica nacional sobre essa temática voltada especificamente às UTIs (STEIN et al., 2012).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento técnico/científico de Enfermeiros quanto à Prevenção Redução e Cuidados de Lesão por Pressão dentro das UTIs.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar se os enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva possuem conhecimento das ações/intervenções existentes para prevenir as LPP;
- Averiguar quais estratégias têm sido adotadas pelos enfermeiros na gestão do cuidado de LPP nas Unidades de Terapia Intensiva;
- Elaborar uma Cartilha Educativa de consulta rápida para os enfermeiros da UTI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 LESÃO POR PRESSÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, constituindo cerca de 10 % do peso corporal. Constitui-se de duas camadas principais, a epiderme, a derme e o tecido subcutâneo que é constituído de tecido adiposo e tecido conjuntivo. A epiderme é a camada mais externa sendo responsável pela integridade da pele e como barreira física, encontra-se subdividida em 05 (cinco) subcamadas: o estrato córneo mais externo, estrato lúcido, estrato granuloso, estrato espinhoso camada mais interna e o estrato germinativo que liga a epiderme a derme (HESS, 2002).

Enquanto a derme possui a função de oferecer resistência, suporte de sangue e oxigênio à pele; ela contém os vasos sanguíneos, folículo piloso, vasos linfáticos, glândula sudoríparas. Também é constituída de fibroblastos, além de colágeno e fibras elásticas. Já a hipoderme é composta de tecido conjuntivo e tecido adiposo (HESS, 2002).

Logo, as principais funções da pele são: a) proteção (barreira Física); b) sensibilidade (dor, calor, pressão e frio); c) termorregulação (vasodilatação, vasoconstrição e sudorese; d) excreção (eletrólitos, resíduos e sudorese); e) metabolismo (síntese de vitamina D) e; f) por fim imagem corporal está ligada à nossa aparência (HESS, 2002).

Constantemente, a pele encontra-se exposta a agressão física e mecânica que podem acarretar consequências permanentes ou não. Os estímulos patológicos ou estresse excessivo pode levar a uma sequência de eventos que podem culminar na lesão celular reversível, ou caso o estímulo seja intenso, resultando em morte celular por hipóxia e colaborando para o surgimento e de uma lesão irreversível (HESS, 2002; GOTHARDO et al., 2017).

A Hipóxia interfere na respiração oxidativa da célula, sendo uma das primeiras causas de lesão e morte celular. A perda do suprimento sanguíneo, isquemia, pode evoluir de maneira irreversível levando a morte celular e dessa forma, contribuindo para o aparecimento da LPP (GOTHARDO et al., 2017).

As LPP constituem um dos grandes problemas de saúde pública, uma vez que podem acometer pacientes que se encontram em uma unidade de terapia intensiva pelo fato da agudização e gravidade clínica, pacientes clinicamente estáveis

encontrados em setor de clínica médica, clínica cirúrgica e casas de repouso (FAUSTINO; GUSHIKEN; YOSHITOME, 2014).

Uma pressão externa superior à existente dentro dos capilares (aproximadamente trinta e dois milímetros de mercúrio) podem ocasionar a formação de LPP, pressão está exercida durante um tempo prolongado. Justamente no lugar de maior pressão também se produz oclusão dos vasos pelas plaquetas, criando assim uma área adicional de tecido em risco (HESS,2002).

Inúmeros são os fatores associados e que são considerados de risco para o aparecimento dessas lesões. Dentre elas, podemos destacar: a idade avançada, doenças crônico-degenerativas, limitações físicas, sarcopenia, condição nutricional, fragilidade, incapacidade e dependência de cuidado incontinências, entre outras. Todos esses elementos constituem fatores importantes que podem restringir esses pacientes ao leito, tornando-os mais susceptíveis ao comprometimento da pele (MORAES et al., 2012).

Estudos comprovam que pacientes suscetíveis para desenvolver LPP, são os que se encontram imóveis, confinados em cadeiras de rodas, não se restringindo somente aos idosos, mas a todo o paciente cuja percepção sensorial esteja comprometida, a exemplo de indivíduos com paraplegias (ROGENSKI, 2012).

Quanto à localização, um estudo realizado em um hospital de grande porte de Minas Gerais, mostrou que as LPP podem ocorrer preferencialmente em áreas de proeminências ósseas, dentre elas: sacral (26,98%), calcâneos (20,63%) e região trocantéricas (23,81%), sendo a maioria classificada Estágio 4 (41,27%) e Estágio 2 (20,63%) (COSTA et al., 2015).

Vale lembrar que as LPP estão direta e indiretamente ligadas ao cuidado prestado, seja na avaliação criteriosa e intervenções adequadas, seja na qualidade e na quantidade dos profissionais envolvidos. Nesse item, destaca-se a importância da gerência e da administração de enfermagem que não podem se abster de suas responsabilidades (FAUSTINO, GUSHIKEN; YOSHITOME, 2014).

O nome Lesão por Pressão (LPP) ao longo do contexto histórico recebeu várias nomenclaturas, dentre elas escaras, Úlceras de decúbito e úlcera por pressão. Todavia, a partir de 13 de abril de 2016, o termo “Lesão por Pressão” substitui “Úlcera Por Pressão” no National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Tal mudança de terminologia descreve com mais precisão as LPPs tanto na pele intacta como na pele ulcerada (NPUAP, 2016).

De acordo com a NPUAP (2016, p.1), Lesão por Pressão pode ser definida como:

Um dano na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou artefato. Pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela condição clínica.

Na nova classificação proposta pelo Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel – (NPUAP,2016), as Lesões por pressão classificam-se por suas características teciduais da seguinte forma:

- **Lesão por Pressão Estágio 1:** Pele íntegra com 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.
- **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 exsudado 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).
- **Lesão por Pressão Estágio 3:** 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 podem estar visíveis. 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.

- **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. Esfacelo e /ou escara podem estar visíveis. 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.
- **Lesão por Pressão Não Classificável:** 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), 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.
- **Lesão por Pressão Tissular Profunda:** 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 exsudado 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. Ainda de acordo com a nova classificação proposta pela NPUAP (2016), foram acrescentadas as seguintes definições adicionais:
- **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico:** A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

- **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:** A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (NPUAP,2016).

Os algarismos arábicos passam a ser empregados nas nomenclaturas ao invés dos romanos, e o termo suspeito foi abolido das categorias de diagnósticos (NPUAP, 2016).

Cabe aos profissionais da saúde, especialmente aos enfermeiros, apropriarem-se dessas terminologias no seu cotidiano a fim de se evidenciar a aplicabilidade e limitações que tais mudanças acarretam (MORAES et al., 2012).

Estas medidas se tornam importantes ferramentas na prevenção por meio de conhecimento e estratégias que garantam à redução da exposição aos fatores de risco e aumento da proteção do indivíduo. Sendo assim, sugere-se como o primeiro passo para prevenção, a identificação dos pacientes em risco ou mais especificamente, os fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de LPP (SERPA et al., 2011).

Nos Estados Unidos, as LPPs afetam 3 milhões de adultos sendo as taxas de cura dependentes de comorbidades, intervenções clínicas e gravidade da úlcera. Estudos apontam que o custo para o tratamento varia entre US\$ 37.800 e US\$ 70.000 por úlcera, com custos anuais totais nos Estados Unidos de até US \$ 11 bilhões (MORAES et al., 2012).

No Brasil, um estudo apontou que o custo com material para tratamento de LPP foi calculado em torno de R\$36.629,95 por paciente/mês e de R\$445.664,38 anuais. Esse custo pode se elevar proporcionalmente ao número de pacientes que apresentam LPP e principalmente se os recursos disponíveis forem usados inadequadamente (COSTA et al., 2015).

Os valores de incidências de LPP dentro das unidades hospitalares variam entre 10,6% e 55%, mostrando-se maiores ou menores, dependendo da população estudada e a metodologia adotada. Em relação à incidência de LPP em UTI, autores nacionais apresentam índices que variam de 25,8 a 62,5% (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Quanto à localização a região a sacral (57,1%), seguida pela calcânea (35,7%), trocantérica (28,6%) e ombro (14,3%). Outras partes do corpo contribuíram com

28,6% das úlceras. O intervalo médio entre a internação e o aparecimento da primeira LPP é de 4,9 dias (CAMPOS, 2010).

Um estudo realizado com 77 pacientes incluindo a avaliação clínica, metabólica e de fatores associados à úlcera por pressão, identificou uma incidência de 22%, úlceras por pressão em região sacral (47%) e na categoria 1 (72%) dentro de um tempo de internação maior que 10 dias (71%), e alto risco na Escala de Braden (59%). Chamando a atenção para a elevada incidência de úlcera por pressão, características clínicas, metabólicas e fatores associados, além do desfecho por óbito, necessitando, portanto, de medidas de prevenção (BORGHARDT, 2016).

A Nacional Pressure Panel Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2009) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2009) destacam o importante papel do profissional enfermeiro, responsável por assegurar que a avaliação diária da pele seja parte integrante da política da instituição de saúde. Dentre essas responsabilidades, destacam-se: desenvolver e implementar um programa individualizado de cuidados com a pele; inspecionar, na admissão e rotineiramente, a pele nas regiões de proeminências ósseas e nas outras áreas expostas aos fatores etiológicos; e reconhecer e documentar os estágios de LPP.

O desenvolvimento de Programas Educacionais para Enfermeiros voltados para classificação de LPP favorece ações de prevenção e tratamento à LPP, bem como a diferenciação entre LPP e incontinência associada à dermatite, aumentando ainda a habilidade de classificação do profissional (BEECKMAN et al., 2011).

Dessa forma, podemos compreender que fazer uso de medidas preventivas poderá minimizar o impacto que os fatores de risco possam ter sobre o desenvolvimento e redução de ocorrências de LPP dentro das unidades hospitalares. A avaliação meticulosa da pele e dos tecidos subjacentes, das condições clínicas do paciente e a identificação dos fatores de risco são medidas fundamentais na estruturação de indicadores de qualidade cuidado de prevenção do problema (SALGADO et al., 2018).

2.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À LESÃO POR PRESSÃO

Vários são os fatores responsáveis pela ocorrência de úlceras por pressão. Dentre os fatores internos (intrínsecos) podemos citar: idade avançada, morbididades,

estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade, nível de consciência, peso corporal, incontinência urinária ou fecal e uso de medicamentos. Já os fatores externos (extrínsecos) são quatro: pressão prolongada sobre o tecido, cisalhamento, fricção e umidade (IRON, 2005; ROGENSKI, 2014).

A fricção é uma força de duas superfícies, ocorre geralmente quando os pacientes estão impossibilitados de se reposicionar no leito e são arrastados, ao invés de levantados, para mudança de decúbito. Também podem ser ocasionadas por movimentos involuntários espásticos, ou por aparelhos ortopédicos (BRYANT, 2000; DEALEY, 2008; MAKLEBUST, 1997).

Já o cisalhamento é ocasionado pela interação da gravidade com a fricção. Geralmente se desenvolve quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°C, o esqueleto tende a escorregar respondendo à força da gravidade, atingindo mais comumente as regiões sacral e coccígea (MAKLEBUST, 1997).

Outro fator externo que contribui para o aparecimento de LPP é a exposição excessiva à umidade, provocada pela incontinência fecal e urinária. A umidade leva ao enfraquecimento da camada externa da pele tornando-a mais suscetível ao aparecimento de lesões, principalmente se associado à fricção e cisalhamento (BRYANT, 2000; LEIGT, BENNETT, 1994).

A pressão aplicada com grande intensidade durante um curto período ou menos intensidade durante um período mais longo, acarreta uma redução da irrigação sanguínea para a rede capilar, prejudicando o fluxo sanguíneo para o tecido circulante e privando os tecidos de oxigênio e nutrientes, gerando uma isquemia local, hipoxemia, edema, inflamação e por fim morte celular (HESS, 2000).

A capacidade de conhecer e avaliar estes fatores contribuem para traçar um panorama do cuidado prestado, bem como prevenir o desenvolvimento de LPP, não cabendo apenas ao enfermeiro, mas à toda a equipe de saúde que se subsidia, a partir de instrumentos, como escalas avaliativas, para implementar medidas de prevenção de acordo com o risco identificado (SALGADO, 2018).

O estado geral do paciente é importante porque o corpo consegue suportar maior pressão externa quando saudável. Alguns fatores que interferem no estado geral do paciente são a dor, hipotensão, insuficiência cardíaca, uso de sedativos, insuficiência vasomotora, vasoconstrição periférica devido a choque, incontinência urinária ou fecal (ROCKENBACH et al., 2012).

O déficit nutricional prejudica a elasticidade da pele e à longo prazo, leva ao favorecimento da anemia e uma redução de oxigênio nos tecidos. A nutrição é um dos fatores decisivos para a cicatrização de feridas, o que implica em realizar uma avaliação do estado nutricional, elaborar um plano terapêutico individualizado e monitorar sua efetividade (HESS,2002).

Um estudo apontou valores baixos na contagem marcadores nutricionais albumina, hemoglobina, ferritina, hematócrito entre outros, em pacientes críticos muitas vezes são considerados aceitáveis, o comprometimento desses marcadores estão associados, ao jejum prolongados, estado catabólicos e hipercatabólicos, cirurgias, perda de peso muitas vezes presente desde a admissão (BORGHARDT et al .,2016).

Para Hess (2002), uma avaliação nutricional completa inclui medidas corporais, análise dos resultados de testes laboratoriais, exame físico e entrevista dietética, o que possibilitará determinar as necessidades nutricionais, adequar a alimentação e recomendar mudanças. Pacientes emagrecidos tem suas proeminências ósseas mais vulneráveis, enquanto pacientes obesos tem maior dificuldade na mobilidade no leito, e são mais propensos a terem a pele úmida, o que favorece o aparecimento de macerações na pele (ROCKENBACH et al., 2012).

2.3 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

A prevenção da ocorrência de LPP requer melhor compreensão dos profissionais que estão diretamente ou indiretamente relacionados ao cuidado, sobre aspectos que envolvem seu desenvolvimento, bem como atitudes para um cuidar ético com adoção das práticas recomendadas e principalmente busca de recursos adequados (SERPAS; SANTOS; PARANHOS, 2011).

O primeiro modo sistematizado para predizer o risco do desenvolvimento de LPP foi proposto por Norton, em 1962, quando ele desenvolveu e testou a Escala de Norton (EN), ao avaliar 600 pacientes de uma casa geriátrica composta por cinco domínios: condição física, estado mental, atividade, mobilidade e incontinência; cada um com quatro possibilidades de pontuação. Assim, o somatório da escala oscila entre cinco e 20 pontos, sendo a pontuação menor que 14 de risco e menor que 12 de alto risco para o desenvolvimento de LPP (ZOMBONATO et al., 2013).

Embora a EN (Escala de Norton) tenha sido inovadora para a época, outras escalas surgiram, com diferentes fatores de risco importantes para prever UP e a EN não demonstrou resultados consistentes nos estudos fora de lares de idosos (ZOMBONATO et al., 2013).

Atualmente, a ferramenta mais utilizada para a avaliação de risco para úlcera por pressão é a escala de Braden, criada em 1984, embora existam outras como Waterlow, Norton. Alguns autores relatam a existência de mais de 40 escalas. A escala de Braden é a mais utilizada, pois consiste em seis subescalas que avaliam a percepção sensorial, nível de atividade, mobilidade, estado nutricional, presença de umidade, e exposição a forças de cisalhamento e fricção (BERGSTROM et al., 1987; WADA, 2010).

Um estudo desenvolvido realizado a partir do uso da escala de Braden e de fotografias digitais, possibilitou identificar que de uma amostra de 42 sujeitos avaliados, foram diagnosticadas 47 lesões em pacientes críticos. Dessas lesões, 23 (48,9%) com estágio 1 e 24 (51,1%) com estágio 2. Tal resultado chamou atenção para que os enfermeiros procurem se familiarizar com essas novas tecnologias para o diagnóstico e enfrentamento das úlceras por pressão, fazendo uso contínuo e sistemático e não apenas restrito à admissão do paciente (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

Já outro estudo realizado dentro de unidades de clínica médica e clínica cirúrgica, evidenciou-se que a análise da pontuação das subescalas da Escala de Braden permitiram estratificar o risco para LPP, correlacionando-o com as demais variáveis deste estudo. Assim obteve-se subsídios para a implementação de cuidados preventivos direcionados às especificidades identificadas uma vez que as seis subescalas permitiram avaliar o risco dos pacientes para LPP, sendo possível identificar que os mesmos estavam mais frequentemente acamados e com mobilidade bastante limitada, nutrição alterada seguido pelos problemas de fricção e/ou cisalhamento e alteração da percepção sensorial e umidade (MENEGON, 2012).

O caráter descritivo qualitativo de revisão de literatura apontou que o maior número de referências se concentra na escala de Braden que foi citada em 10 artigos (55%), seguida da escala de Waterlow (30%) e das demais escalas citadas com 5%. Acredita-se que a maior porcentagem para a Escala de Braden ocorre, pois ela atende não só durante a avaliação, como também na prevenção. A pesquisa não descartou a importância das demais escalas, mas destacou que cabe ao profissional de

enfermagem a utilização correta da ferramenta de escolha, visando atender as necessidades do paciente e identificando falhas e melhorando a assistência prestada (SALGADO, 2018).

A Escala de Braden é um indicador de saúde que avalia o risco de formação de lesão, onde o enfermeiro tem papel primordial no seu desempenho. Apesar de considerá-la importante, muitas vezes o profissional a utiliza apenas para preencher protocolos institucionais (DEBON et al.,2018). De acordo com Paranhos (1999) o Quadro 1 apresenta a Escala de Braden e suas respectivas subescalas.

Quadro 1 -Escala de Braden (Fatores de Risco para Lesão por Pressão) Versão resumida.

Pontos	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente limitado	Nenhuma Limitação
Umidade	Completamente Molhado	Muito Limitado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente Limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito Pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	-
Risco muito alto		6 a 9 pontos		
Risco Alto		10 a 12 pontos		
Risco Moderado		13 a 14 pontos		
Risco Baixo		15 a 18 pontos		

Fonte: Escala de Braden Paranhos (1999).

A soma total da pontuação varia entre os valores 06 a 23. Através da pontuação, o paciente será classificado como sendo risco baixo (15-18), risco moderado (13-14), risco elevado (10-12) e risco muito elevado (igual ou menor 9).

A EB é um instrumento útil, é de fácil manuseio, não tendo custo para a instituição e usado como um indicador de saúde na segurança do paciente. Possui caráter preventivo auxiliando o enfermeiro para a realização de uma avaliação global

de saúde, para que assim possa se tomar os cuidados necessários com intuito de evitar tal lesão (DEBON, et al., 2018).

Dessa forma, é importante para o enfermeiro realizar uma avaliação estruturada de risco para o desenvolvimento de LPP na admissão e repeti-la com regularidade e frequência durante a hospitalização, considerando as mudanças no estado de saúde geral do paciente. Sendo assim, fazer uso de instrumentos apropriados de avaliação como a escala de Braden, possibilita identificar os pacientes em risco para LPP, calcular o escore individual de cada paciente e interpretá-lo como fator de risco no contexto das necessidades individuais (NPUAP; EPUAP, 2009).

2.4 POLÍTICAS DE SAÚDE EM LESÃO POR PRESSÃO

Conforme Faustino, Gushiken e Yoshime (2014), o conjunto de decisões de governo que visa influenciar a vida de um conjunto de cidadãos recebe o nome de Políticas Públicas. Geralmente, é um processo dinâmico e conta com a participação de diversos atores em diversos níveis, nas quais todos os envolvidos participam em conjunto de todas as fases: identificação do problema, elaboração da agenda, formulação e seleção de políticas alternativas, legitimação, implementação e avaliação dos resultados. Na saúde não é diferente e se origina em um conjunto de negociações e confrontações que envolvem a burocracia pública, os profissionais da saúde, sindicatos, partidos políticos, entre outros.

A busca pela qualidade da assistência no setor de saúde e a criação dos direitos do consumidor se iniciaram na primeira metade no século XX, incorporados ao processo industrial em um esforço contínuo por produzir e comercializar bens e serviço que atendessem ou excedessem as exigências dos clientes. No Brasil, teve início na década de 1980 com o controle de Qualidade Hospitalar e acreditação dos serviços hospitalares (FAUSTINO; GUSHIKEN; YOSHITOME, 2014).

Assim, uma ação conjunta de uma Comissão de Acreditação de Serviços de Saúde que avalia e credencia os serviços estabeleceu como um dos indicadores de qualidade do cuidado a LPP. Em 1987 foi criado o Conselho Nacional de Acessória em Úlcera pro Pressão NPUAP nos Estados Unidos, com finalidade de pesquisar, educar e elaborar políticas públicas sobre o tema. Além da NPUAP, a formação de outros órgãos como a European Pressure Ulcer advisory Panel que é um conselho consultivo Europeu criado para conduzir e dar apoio a todos os países da Europa nos

esforços para prevenir LPP. Criada em 1996 com sede em Londres, sua missão é fornecer informações relevantes quanto ao risco de LPP, com enfoque nas pesquisas e orientação ao público (FAUSTINO; GUSHIKEN; YOSHITOME, 2014).

Os membros da NPUAP e EPUAP, em 2009, verificando semelhanças entre a verificação das LPP por Grau nos Estados Unidos decidiram estabelecer um sistema de classificação comum para ser utilizado pela comunidade internacional. Foi criado o Grupo de Desenvolvimento de Guidelines, com representantes de ambas as organizações que planejou e reviu todo o processo de documentação existente para os Guidelines. Além disso, visando a simplificação da logística, a EPUAP assumiu a liderança para prevenção das LPP e a NPUAP na elaboração das recomendações para o tratamento das mesmas (ROGENSKI, 2014).

Atualmente, o tema LPP tem sido bastante discutido no Brasil por pesquisadores da enfermagem, uma vez que envolve a qualidade de serviços de saúde, cuidado de enfermagem e segurança do paciente, haja vista a Cartilha dos Dez Passos para Segurança do paciente elaborada pelo conselho Regional de Enfermagem e o Manual de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à gestão Hospitalar (NAGEH) entre tantos outros que destacam a importância da temática para a Enfermagem, responsável pelo direcionamento do cuidado no que tange a prevenção e tratamento de LPP (FAUSTINO; GUSHIKEN; YOSHITOME, 2014).

Vale ressaltar que com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, e com ela o aumento de doenças crônicas e comorbidades, surge a incapacidade funcional favorecendo o surgimento de lesões dentre elas as LPP. Por outro lado, com aumento da violência, seja ela gratuita, doméstica ou por drogas, também tem elevado as taxas de mortalidade e incapacidade física que provavelmente necessitaram dos cuidados de enfermagem (FAUSTINO; GUSHIKEN; YSHITOME, 2014).

Dentro desse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria N° 529 de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem por objetivo geral contribuir para qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, além, é claro, da criação de um comitê de implementação que tem como função propor e validar protocolos, guias e manuais voltados para segurança do paciente em diversas áreas, dentre elas as LPP (BRASIL, 2013).

Outra importante instituição no Brasil é a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Trata-se da Associação Brasileira de Estomaterapia, uma associação multidisciplinar de caráter científico e cultural que está ligada à Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Seção São Paulo em nível nacional, e ao World Council of Enterostomal Therapists (WCET) - an association of nurses (WCET), em nível internacional. Possui bases éticas e filosóficas vigentes para o exercício da enfermagem no Brasil. Desenvolve suas atividades com compromisso e ética, objetivando sempre propiciar a divulgação dos conhecimentos científicos da especialidade para todos, voltados para melhoria da assistência às pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres, drenos e as feridas agudas crônicas (SOBEST, 2016).

Dessa forma, sendo as LPP consideradas um indicador de qualidade da assistência prestada, devem ser uma preocupação constante da saúde pública, uma vez que eleva os custos da assistência, além de denegrir a imagem dos serviços e dos profissionais que neles atuam. O enfermeiro e toda a equipe de enfermagem são profissionais fundamentais para a avaliação dos riscos e prevenção de sua formação (FAUSTINO; GUSHIKEN; YOSHITOME, 2014).

2.5 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RELACIONADA À PREVENÇÃO E REDUÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

A finalidade de um sistema de classificação é a de padronizar os registros e fornecer uma descrição uniforme da gravidade das LPP para a prática clínica, para a auditoria e para a pesquisa (NPUAP, 2009).

A avaliação de risco é uma ferramenta eficaz na prevenção de LPP. A literatura ressalta tal importância norteando as ações de enfermagem no que diz respeito ao uso adequado e racional das práticas de prevenção com intuito de redução do tempo de internação hospitalar, custos com tratamento e, sobretudo a redução do sofrimento e da dor do paciente, melhorando a qualidade do cuidado prestado. Vale ressaltar que o uso de instrumento deve estar sempre associado ao julgamento clínico do enfermeiro para norteá-lo nas ações de enfermagem, condizentes com o risco de cada paciente (ROCHA; BARROS, 2007).

Um estudo realizado em um hospital Municipal de MT evidenciou que apesar de 75% dos profissionais possuírem capacitação na área de prevenção de LPP, na

prática cotidiana o cuidado com prevenção de LPP no serviço ainda apresentava falhas. Tal fato chama a atenção da gerência responsável para a importância da educação permanente, para que as dúvidas sejam sanadas, tornando a assistência padronizada e evitando dessa forma a ocorrência de divergências entre as equipes. O estudo chamou atenção para uso de protocolos, porém ressaltou que a existência do mesmo não invalida a importância da educação continuada (GONÇALVES, 2017).

Vale lembrar que atualmente inúmeras tecnologias estão disponíveis no âmbito hospitalar voltadas para tratamento e prevenção de LPP, dentre elas protocolos, fotografias e as escalas de avaliação de risco. Essas apresentam resultados significativos para esta problemática. Encontra-se na literatura mais de 40 escalas de risco para úlcera por pressão no mundo (ARAÚJO; ARAUJO; CAETANO, 2012).

As mais utilizadas nas Américas e na Europa são as escalas de Norton, Gosnell, Braden e Waterlow. Esses instrumentos abordam fatores intrínsecos e extrínsecos aos pacientes relacionados com o desenvolvimento de lesões. Tais aspectos auxiliam o enfermeiro na mensuração do risco e no planejamento de uma assistência direcionada para os fatores de risco de cada paciente (ZOMBONATO et al., 2013).

O fenômeno em estudo possui variáveis biológicas de difícil controle, como estado metabólico dos pacientes, os quais muitas vezes encontram-se catabólicos, principalmente pacientes que se encontram internados dentro das UTIs, além do comprometimento da função de órgãos vitais. A utilização de práticas seguras com uso de instrumentos que garantam a integridade física do paciente contribui ainda para redução de custos, tempo de internação, e sofrimento para o paciente (ARAÚJO; ARAUJO; CAETANO, 2012).

Dessa forma, a utilização dessa ferramenta atualizada permite uma abrangência mais precisa, tanto no que tange à prevenção, quanto no direcionamento do tratamento, garantindo segurança tanto para o profissional que a utiliza quanto ao paciente que recebe o cuidado (NPUAP, 2016).

Vale ressaltar que delegar a avaliação de risco para úlcera por pressão para profissionais, sem as devidas habilidades e competências necessárias, poderá implicar em prejuízo na análise da pele e do preenchimento desses instrumentos e, conseqüentemente também, da saúde do paciente. Portanto, é necessário que o enfermeiro não apenas do Brasil, mas também de outros países que ainda não utilizam usualmente, em todo seu território, procurem se familiarizar com essas novas

tecnologias para o diagnóstico e enfrentamento das úlceras por pressão. Lembrando que seu uso deve ser contínuo e sistemático não apenas restrito a admissão do paciente (ARAÚJO; ARAUJO; CAETANO, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quali-quantitativo.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado dentro de 04 quatro UTIs de duas instituições hospitalares do município de São Mateus localizado no Norte do Estado do Espírito Santo. Os hospitais selecionados foram nomeados como Hospital A (Público) e Hospital B (Privado), para manter o anonimato das instituições. Estes hospitais foram escolhidos por desenvolverem uma assistência integral às pessoas que possuem feridas crônicas (idosos e adultos), independente da etiologia, sendo um dos Hospitais com capacidade para 242 leitos voltado totalmente para o atendimento de clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e o outro, privado que presta serviço à SESA (Secretária Estadual da Saúde). Ambos possuem duas UTIs com capacidade de 10 leitos cada, totalizando 20 leitos em cada Hospital. Enquanto o Hospital A possui 20 leitos de UTI Geral, o Hospital B possui 20 leitos sendo 10 de UTI Geral e 10 leitos UTI Cardiológica.

As equipes de Enfermagem do Hospital Público, (Hospital A) são compostas de Técnicos e Enfermeiros que se revezam numa escala de 12/36h, sendo um Enfermeiro para cada plantão diurno e noturno, e cinco Técnicos de Enfermagem. A equipe médica é formada por um médico diarista, um plantonista e um coordenador.

Já o Hospital Privado (hospital B) possui capacidade de 105 leitos, sendo 80 em funcionamento. O Hospital conta com 02 enfermeiros diaristas de 6h em cada UTI, revezando entre manhã e tarde, e 03 plantonistas noturnos que se revezam em escalas 12/60h totalizando 05 enfermeiros em cada UTI. Tanto os diaristas quanto os plantonistas revezam em escala de 12h nos plantões diurnos de finais de semanas e feriados. A equipe de Técnicos de Enfermagem é composta de 05 técnicos em cada plantão que alternam em escalas de serviço de 12/36h diurno e noturno. A equipe médica, assim como no Hospital anterior é composta de um médico diarista, um médico plantonista e um coordenador.

Foi elaborado um termo de autorização para as instituições coparticipante (APÊNDICE A) para obtenção da liberação da pesquisa nos referidos hospitais.

3.3 COLETA DE DADOS

As coletas de dados foram realizadas por meio de uma entrevista semiestruturada, entre os meses de maio e junho de 2019. O instrumento de coleta de dados (Roteiro de entrevista) que foi aplicado pela própria pesquisadora aos enfermeiros de todos os turnos de ambos os hospitais (APÊNDICE B).

A primeira parte do instrumento é constituída por questões pertinentes à caracterização demográfica dos participantes, incluindo as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formação profissional, titulação e tempo de atuação em terapia intensiva (BLOCO A). A segunda parte abrange questões norteadoras que visam obter dados pertinentes às ações dos profissionais relativas à prevenção e ao tratamento das LPP, a importância atribuída pelos profissionais a essas intervenções e as dificuldades encontradas para colocá-las em prática (BLOCO B).

A seleção amostral dos sujeitos da pesquisa utilizará os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros presentes nas Unidades de Terapia Intensiva no momento da coleta de dados e que realizam intervenções/cuidados de enfermagem pertinentes ao tratamento de LPP;
- Enfermeiros que trabalham no setor da pesquisa em diferentes turnos (manhã, tarde, noite) e que aceitem voluntariamente participar da investigação após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Foram adotados os seguintes critérios de Exclusão:

- Enfermeiros que não aceitem participar do estudo, de férias ou afastados por problemas de saúde durante a realização da pesquisa.

Os participantes foram identificados por um código alfanumérico sequencial, utilizando-se as letras ENF (de enfermeiro) seguidas do algarismo arábico referente à realização das entrevistas (Ex.: ENF1, ENF2, ENF3). Esta iniciativa visa assegurar o

sigilo e o anonimato dos respectivos depoimentos evitando, dessa forma, qualquer tipo de constrangimento durante aplicação das entrevistas. A entrevista foi gravada com o auxílio de um dispositivo para captação de áudio (Smartphone) e transcrita integralmente. A transcrição foi realizada pós-coleta para que assim a fidedignidade dos dados pudesse ser preservada. Foi realizada em um horário propício para não interferir na rotina de trabalho do profissional participante do estudo e em local reservado.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados das entrevistas seguiram três etapas conforme técnica de análise de pesquisa qualitativa de acordo com Minayo (2007) que consistem em: ordenação, classificação dos dados e análise final. Na fase de ordenação dos dados foi feita a transcrição e releitura das entrevistas; posteriormente na classificação dos dados, foi feita a identificação de ideias centrais e aspectos relevantes através de leitura flutuante. Por fim, a análise final procurou associar o material estruturado das entrevistas à literatura pertinente visando detectar aspectos relevantes em relação à problemática.

Enquanto para abordagem quantitativa os dados foram armazenados em planilha do programa Microsoft office Excel for Windows sendo posteriormente analisada com auxílio método estatísticos descritivo simples mediante cálculo de frequência absoluta e relativa sendo representadas posteriormente representados em gráficos e tabelas os respectivos valores absolutos e médias percentuais encontrados.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa foi levado em consideração o que preceitua a Resolução nº 466/12 e a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humano, bem como a Resolução nº 311/2007 do COFEN que dispõe sobre o código de ética dos profissionais de enfermagem. Desse modo, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da instituição Instituto Valé do Cricaré recebendo o CAAE nº 10481019.5.000. 8207 (ANEXO A) Sendo o número do parecer: 3.272.047. Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo enfermeiro.

3.6 ELABORAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA DE CONSULTA RÁPIDA

A elaboração do produto deste trabalho foi realizada após ouvir os envolvidos na pesquisa, 17 enfermeiros de terapia intensiva, sobre a visão geral de todos no cuidado prestado ao cliente com LPP dentro de 04 quatro UTIs do norte do estado do Espírito Santo. Levando em consideração seus medos, suas inseguranças, fragilidades dentro do conhecimento sobre o tema em questão tendo sempre o cuidado de garantir o anonimato do entrevistado para que não fosse causado nenhum constrangimento durante todo processo de aplicação da pesquisa.

Ao final do estudo e já de posse dos resultados obtidos, pensou-se em um instrumento que contribuísse e facilitasse esse cuidado contribuindo para uma assistência de qualidade. Para tal, foi elaborada uma cartilha de consulta rápida voltada para melhoria da assistência ao paciente portador da LPP dentro dessas UTIs. Nesse instrumento facilitador foram abordados o sistema de classificação internacional com destaque para a classificação adicional com figuras das respectivas lesões ceradas pelos estágios de cada uma, a escala de Braden um dos e os principais instrumentos de avaliação que não devem faltar no cotidiano para o cuidado desse tipo de clientela.

Foi dado destaque para as atitudes preventivas por acreditar ser o principal caminho para melhoria da assistência a essa clientela; então, foram abordados os cuidados voltados para prevenção também usados em outras instituições que se preocupam com esse tipo de cuidado e almejam qualidade e excelência no cuidado. Uma vez que se leva em consideração que prevenir sai muito mais barato para uma instituição, pois gera menos tempo de internação, menos gasto com antibióticos, menos tempo da equipe no box realizando curativo e, principalmente, menos doloroso para o cliente; sem contar como garantia a segurança do paciente, bem como uma assistência de enfermagem mais segura e de qualidade. Esta Cartilha Informativa foi desenvolvida para atenção aos pacientes adultos das Unidades de Terapia Intensiva Adulta com a finalidade de permitir ao enfermeiro supervisionar a pele e mucosas, avaliar o risco para desenvolvimento de lesões por pressão (LPP) utilizando a Escala destaque termo recentemente modificado pela National Pressure Ulcer Advisory Panel, de úlcera por pressão para lesão por pressão.

4 ANÁLISE /DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

Os enfermeiros participantes da pesquisa trabalham em instituições que receberam os respectivos nomes Hospital A (Público) e Hospital B (Particular); o Hospital A presta serviço ao sistema Único de Saúde através do sistema de regulação de vagas via SESA (Secretaria Estadual de Saúde); ambos estão localizados no Norte do Estado do Espírito Santo, na Cidade de São Mateus. Participaram da pesquisa 17 enfermeiros que pertencem a 03 tipos de turnos de trabalho e atuantes em 04 UTIs, sendo uma UTI cardiológica e 03 UTIs gerais com 10 leitos cada. Um dos enfermeiros participantes atua nas duas instituições em turnos diferentes. Dos enfermeiros não participantes da pesquisa 01 estava de licença maternidade e outro havia solicitado desligamento da instituição durante o período que antecedeu a pesquisa. Nenhum enfermeiro convidado se recusou a participar, todos se mostraram bastante colaborativos e receptivos respondendo ativamente a todas as questões relacionadas à sua prática cotidiana, após assinarem o termo de livre esclarecimento e receberem explicação sobre o objetivo da pesquisa, o que contribuiu muito para elaboração desse estudo. Os participantes receberam identificação ENF 1, ENF 2, ENF 17, conforme descrito na análise de dados. Tiveram o seu sigilo preservado, então não ocasionou nenhum constrangimento nas respostas.

Foi observada ao longo das entrevistas uma preocupação por partes da maioria dos enfermeiros em gerenciar o cuidado de pacientes internados dentro das unidades de terapia intensivas com mobilidade física prejudicada e maior risco a desenvolver LPP. Eles mostraram em suas falas estarem sempre acompanhando o trabalho dos técnicos orientando e supervisionando as atividades dentro da unidade de terapia intensiva.

4.1 BLOCO A

Quanto ao tempo de atuação (Tabela 1), foi verificado no hospital A que 5 dos nove entrevistados possuíam entre 5 a 10 anos de formação, o que corresponde a 55,55% do total dos enfermeiros nessa instituição e nenhum dos enfermeiros com menos de 1 anos de formação, enquanto no hospital B 4 dos 9 entrevistados, 44,44% possuem mais de 10 anos de experiência profissional, sendo 11,11% dos enfermeiros

com tempo de atuação entre 1 a 4 anos e 11,11% com tempo de atuação de menor do que 1 ano.

Logo a média dos dois hospitais A e B do total dos entrevistados, 8 (44,44%) possuem tempo de atuação entre 5 a 10 anos e 6 (33,33%) acima de 10 anos de atuação na enfermagem.

Tabela 1 - Tempo de experiência profissional na Enfermagem. São Mateus- ES,2019.

	Hospital A	Hospital B	Hospital A/ B
< 1 ano	22,22%	11,11%	16,66%
1 a 4 anos	55,55%	33,33%	44,44%
5 a 10 anos	22,22%	44,44%	33,33%
Acima de 10 anos	0%	11,11%	5,55%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Quanto a faixa etária predominante (Tabela 2), no hospital A foi entre 30 a 40 anos de idade correspondeu 66,66% o que representa 6 dos 9 entrevistados nessa instituição, sendo apenas 11,11% com idade entre 25 a 30 anos. Já no hospital B, 44,44% dos entrevistados possuíam entre 30 a 40 anos e corresponde a 4 dos 9 entrevistados, sendo a média de ambos 10, com total de 10 enfermeiros correspondendo 55,55% entre 30 a 40 anos, 22,22% entre 25 a 30 anos e 22,22% acima de 40 anos.

Tabela 2 – Faixa etária dos participantes da pesquisa. São Mateus - ES ,2019

	Hospital A	Hospital B	Hospital A/B
25 a 30 anos	11,11%	33,33%	22,22%
30 a 40 anos	66,66%	44,44%	55,55%
Acima de 40 anos	22,22%	22,22%	22,22%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Tabela 3 – Quanto à Especialização dos participantes da pesquisa. São Mateus -ES, 2019

	Hospital A	Hospital B	Hospital A/B
Especialização UTI	33,33%	33,33%	33,33%
Outra área	66,66%	55,55%	61,11%
Estomaterapia	0%	0%	0%
Não Possui Especialização	0%	11,11%	5,55%

Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Conforme observado na Tabela 3, nenhum dos entrevistados têm especialização em Estomaterapia ou qualquer especialização em feridas a maioria dos entrevistados do hospital A possuem pós-graduação Lato Senso em outra área de Saúde Pública, Gerenciamento, Urgência e Emergência entre outras, somando 66,66 % que correspondem 6 dos 9 nove entrevistados; portanto 33,33 % relataram possuir pós-graduação em UTI. Já no que diz respeito ao Hospital B, 5 (55,55 %) dos 9 entrevistados, possuem especialização em outra área sendo que apenas 1 dos enfermeiros não possuía nenhuma especialização e ninguém com especialização em Estomaterapia. É importante destacar que o conhecimento das ações adequadas a serem desenvolvidas e efetivá-las de maneira correta, bem como educação permanente em busca de ideais comuns, tem por finalidade diminuir as lacunas existentes no serviço de saúde e conseqüentemente, poderão diminuir custos, redução de tempo de internação, proporcionar conforto do paciente e conseqüentemente a produção do cuidado e da gerência do cuidado com mais qualidade (STEIN et al., 2012).

Tabela 4 – Tempo de atuação na UTI dos participantes da pesquisa São Mateus -ES, 2019

	Hospital A	Hospital B	Hospital A/B
<1 ano	11,11%	33,33%	22,22%
1 a 4 anos	55,55%	11,11%	33,33%
5 a 10 anos	33,33%	44,44%	38,88%
Mais de 10 anos	0%	11,11%	5,55%

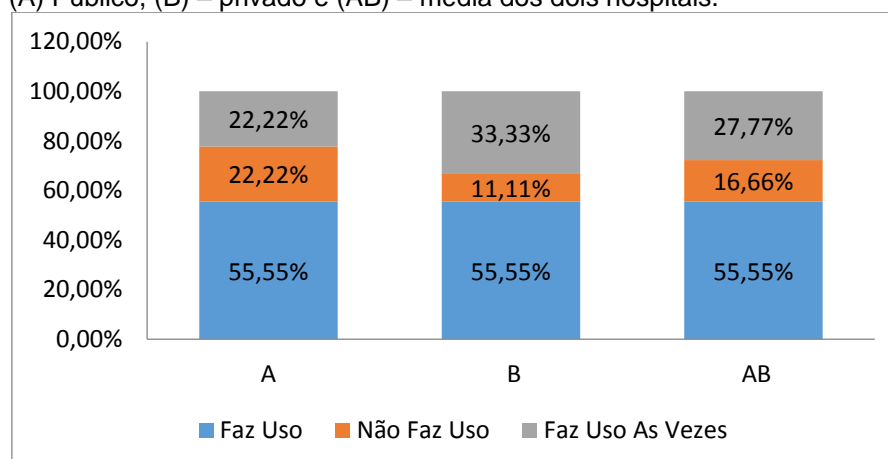
Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Quanto ao tempo de atuação na UTI, 5 (55,55%) dos entrevistados do Hospital A, tinham entre 1 a 4 anos de atuação, sendo apenas 1 com menos de 1 ano, o que a corresponde 11,11% e nenhum dos entrevistados com mais de 10 anos de atuação em Unidade de Terapia Intensiva. Em relação aos entrevistados do hospital B, 4 (44, 44%) dos entrevistados com tempo de atuação entre 5 a 10 anos e um com mais de 10 anos. Sendo a média de tempo de atuação de ambos os hospitais A e B, 6 (33,33%) dos entrevistados com tempo de atuação em UTI de 1 a 4 anos e 7 (38,88%) com tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva entre 5 a 10 anos.

4.2 BLOCO B

4.2.1 Questões norteadoras

Gráfico 1 - Utilização da Escala de Braden pelos enfermeiros dos hospitais (A) Público, (B) – privado e (AB) – média dos dois hospitais.



Fonte: Arquivo pessoal da Pesquisadora

Os entrevistados foram questionados quanto à realização da escala de Braden nas UTIs. No Hospital A 55,55%, que correspondeu a 5 dos entrevistados, relataram fazer rigorosamente o uso da escala de Braden na sua avaliação diária, enquanto 2 (22,22%) fazem às vezes e 2 (22,22%) não fazem. Já os entrevistados do hospital B, 55,55% responderam fazer afirmativamente igualando-se aos entrevistados do Hospital A, ao passo que 1(11,11%) relatou não fazer sendo que 3 (33,33%) faz as vezes, porém foram bastante realistas dizendo que muitas vezes copiam e colam e a dinâmica do setor ^A a a sua realização. A média do total de entrevistados mostrou que 58,82 % faz uso da escala de Braden e 3 que correspondem a 17,34 % não fazem uso da escala.

O uso da escala de Braden deve ser regular, não limitado apenas na admissão do cliente na UTI, uma vez que o risco é contínuo sendo a identificação precoce deste cliente primordial para se implementar medidas preventivas capazes de reduzir a incidência de LPPs (ARAUJO; ARAUJO; CAETANO, 2012).

Segundo Brasil (2013), cabe ao enfermeiro a atribuição de avaliar e prescrever os cuidados com a pele de cada paciente, aliado a participação da equipe multiprofissional que é de fundamental importância para planejamento do cuidado de pacientes com LPP, além dos ajustes nutricionais, bem como 82% da implantação de intervenções que contribuem para a mobilização do paciente no leito.

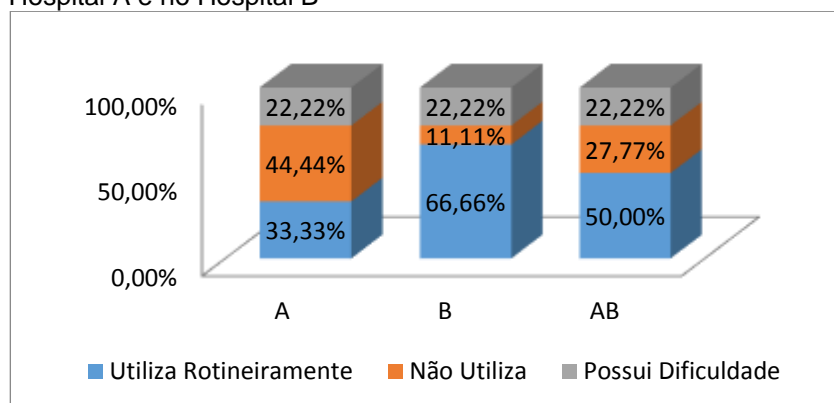
Os enfermeiros são os principais responsáveis pelo cuidado de clientes com LPP e adotar medidas preventivas de seu aparecimento, bem como prevenir os riscos de formação de LPP são de fundamental importância (GOULAR et al., 2016).

Infelizmente, o que se observa muitas vezes é que essa importância é negligenciada e passa-se a usá-la apenas como forma de preenchimento de protocolos institucionais (DEBON et al., 2018).

Alguns enfermeiros não fazem o uso da escala sendo justificado pela falta de tempo corrente e em muitos dos casos ao excesso de atividades desenvolvidas dentro das UTI ou por não fazer parte da rotina e não ser tão cobrado pela gerência a realização do procedimento. Importante destacar, conforme encontrado na literatura, que o uso da escala de Braden tem por objetivo individualizar o tratamento que será realizado para cada paciente de forma sistematizada, através da pontuação nela obtida e é, portanto, considerada uma escala preditiva, pois permite avaliar de forma global o paciente para o risco de lesão, portanto deverá ser feita no primeiro contato com o cliente (SIMÃO, 2010).

E, sendo a enfermagem a principal responsável pela integridade da pele do paciente é de fundamental importância conhecer e saber aplicar corretamente as ferramentas para avaliação de risco de lesão por pressão, uma vez que a utilização adequada de escalas como a de Braden, podem além de avaliar os riscos, prevenir o desenvolvimento da lesão por pressão, identificando antecipadamente o paciente predisposto ao desenvolvimento devido a ações fisiológicas ou ambientais (SALGADO et al., 2018).

Gráfico 2 - Utilização do Sistema de Classificação Internacional no Hospital A e no Hospital B

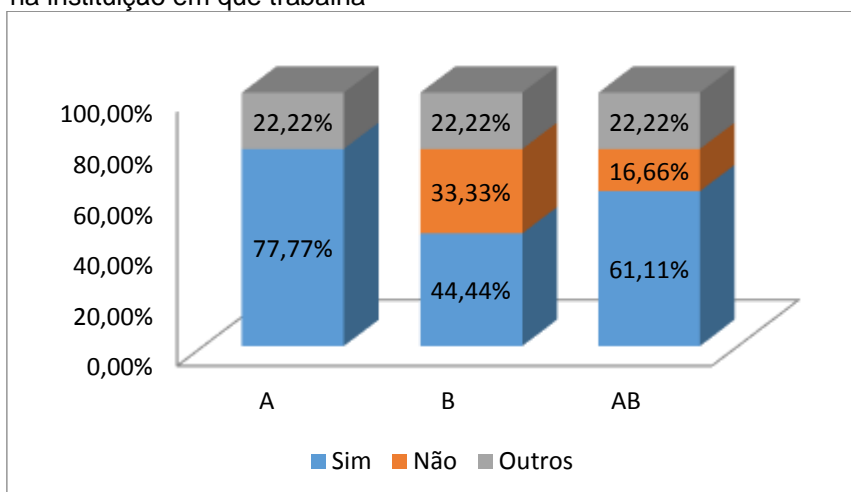


Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora

Quanto ao uso do sistema de classificação internacional, ao serem questionados, os entrevistados do Hospital A relataram ter dificuldade ou desconhecerem (22,22%), enquanto 4 não utilizam (44,44%) e 3 (33,33%) relataram utilizar rotineiramente. Já no Hospital B, 66,66% que correspondem a 6 do total de enfermeiros entrevistados, relataram fazer uso rotineiramente do sistema de classificação internacional nas suas evoluções diárias contra apenas 1 (11,11%) que não utiliza e 2 (22,22%) que relatou ter dificuldade ou desconhecer a nova classificação. Sendo a média geral de 50% dos entrevistados Hospitais A e B fazem uso do sistema de classificação internacional contra 27,77% que não utiliza e 22,22% que desconhece ou tem dificuldade durante a utilização para realizar a classificação.

O número elevado de enfermeiros com conhecimento inadequado (27,3%) sobre o tema, se justifica pelo pouco tempo de experiência profissional e número reduzido de profissionais com especialização na área de Estomaterapia (GONZAGA, 2015). Nesse estudo também não foi encontrado entre os participantes destas pesquisas nenhum profissional com especialização na área (Feridas), ou seja nenhum enfermeiro com especialização em Estomaterapia sendo observado a maioria com formação mais generalista do cuidado.

Gráfico 3 - Recebeu Treinamento ou foi apresentado a escala de Braden na instituição em que trabalha

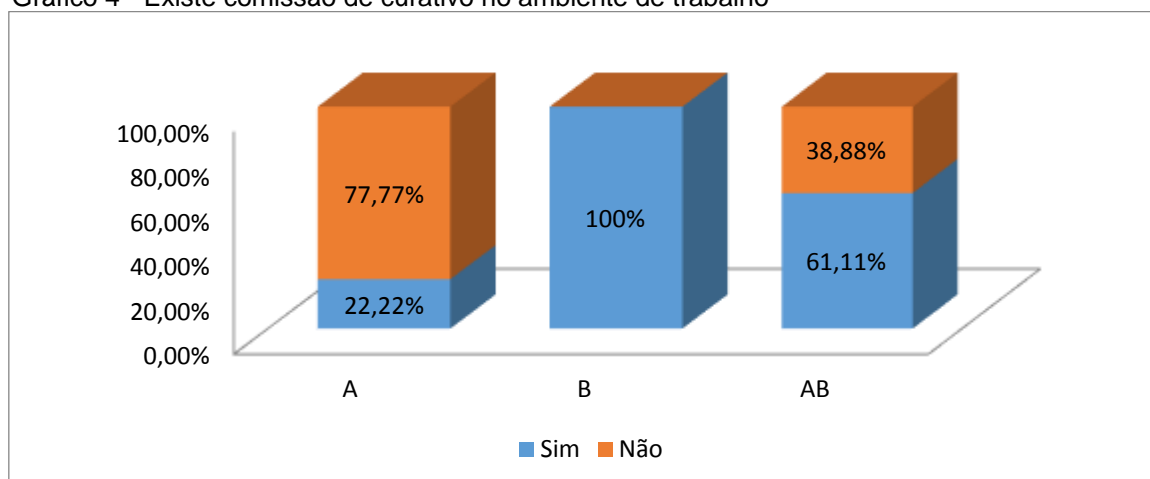


Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Dos entrevistados 77,77% dos enfermeiros do Hospital A relataram ter recebido treinamentos na instituição em que trabalham sobre a utilização da escala de Braden e 22,22% relataram ter recebido essa informação de outras fontes, tais como faculdade e cursos extras; enquanto que no Hospital B 44,44% dos entrevistados, o que corresponde 4 dos enfermeiros, receberam treinamentos da instituição sendo que 33,33%, o que corresponde a 3 dos enfermeiros relataram não ter recebido e 2 (22,22%) relataram ter obtido o conhecimento de outras fontes faculdade e cursos extras. A média dos Hospitais A e B apontou que do total dos entrevistados, 11 relataram ter recebido treinamento na instituição em que trabalha o que corresponde a 61,11%, ao passo que 3 (16,66%) não receberam e 4 (22,22%) obtiveram pela instituição em que se formaram ou por cursos extras realizados por conta própria.

Importante destacar que a escala de Braden é uma ferramenta de fácil manuseio, não tendo custo algum para a instituição; é um instrumento que funciona como indicador de saúde na segurança do paciente, possui um papel preventivo auxiliando na tomada de decisão e proporcionando uma visão global do cliente possibilitando a elaboração de medidas preventivas necessárias para evitar o aparecimento de uma LPP (DEBON et al., 2018).

Gráfico 4 - Existe comissão de curativo no ambiente de trabalho



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Em relação ao tipo de técnica para cada curativo, no Hospital A dos 9 entrevistados (11,11%) relataram fazer uso de uma técnica específica para cada LPP, enquanto 88,88 % não utiliza uma técnica específica. Já no Hospital B, foi observado que 7 (77,77%) dos entrevistados possuem uma padronização, sendo 2 o que corresponde a 22,22 %, não utiliza. Acredita-se que tal situação se deve por causa da presença de uma comissão de curativo atuante no Hospital B, o que não ocorre no Hospital A, onde segundo relato da maioria dos entrevistados, cada enfermeiro escolhe seu tipo de conduta e não existe uma padronização acompanhada de perto pela comissão de curativo.

A falta de uniformidade deixa transparecer uma falha de conduta e até comunicação entre as equipes, tendo em vista que cada um atua como acha ser o certo, tal fala é marcante nos entrevistados do Hospital A, com a ausência de uma comissão de feridas atuante evidenciando a necessidade da retomada da mesma para sistematizar o cuidado.

Dos enfermeiros entrevistados tanto do Hospital A quanto do Hospital B, 100% dos entrevistados relataram realizar avaliação rotineira da pele do paciente, tanto na admissão quanto diariamente ao assumirem o plantão e consideraram a realização de tal conduta fundamental para dar continuidade ao cuidado prestado dentro da UTI, principalmente, destacam sua importância durante realização do exame físico aprendido durante o período de faculdade.

É rotineira toda manhã no exame físico tem que ser feita para poder fazer a evolução do paciente que é admitido, porque tem que explicar se ele veio com lesão ou desenvolveu aqui. A avaliação é diária durante exame físico (ENF.14).

A gente costuma fazer durante a admissão e durante os banhos (ENF. 9).

Rotineiramente, na hora do banho, nas trocas de fraldas, nas mudanças de decúbito, na troca de curativos do dia. (ENF. 7).

A importância de o enfermeiro realizar uma avaliação estruturada de risco para LPP na admissão e repeti-la com regularidade durante a internação, bem como disponibilizar de recursos com escalas de Braden, possibilita identificar precocemente o risco de LPP identificando como fator de risco no contexto das necessidades de cada indivíduo (NPUAP; EPUAP, 2009).

Segundo Simão (2010), as LPP se constituem um problema constante dentro das unidades hospitalares, uma assistência deficiente ocasiona efeitos indesejáveis que se estendem pós alta, ocasionando complicações desse evento e possíveis internações.

Ao serem questionados sobre a importância de treinamentos, 100% dos entrevistados tanto da instituição A quanto da instituição B, relataram ser importante ou muito importante e sentem falta de não terem esses treinamentos regularmente na instituição, e em ambos os hospitais de acordo com relato dos entrevistados esses treinamentos não acontecem há mais de um ano: Os profissionais consideram a necessidade de atualizar os seus conhecimentos.

Muito eu acho que a gente faz muita coisa por conta própria (ENF 3).

Acho importante reciclar sempre a gente entra na rotina e vai se perdendo em algumas coisas. (ENF 7).

Com certeza não só a discussão como treinamento. A equipe como ser humano esquece, relaxa na sua atuação. Nós também sabemos que se torna mecânico o nosso trabalho, então para que isso não ocorra é necessário sim este treinamento. (ENF 2).

Atitude preventiva para LPP requer uma melhor compreensão dos profissionais que estão diretas ou indiretamente relacionados ao cuidado, bem como sobre os aspectos que envolvem seu desenvolvimento, um cuidado com base ética e adoção de práticas seguras e corretas bem como a busca por fontes corretas (SERPAS; PARANHOS, 2014).

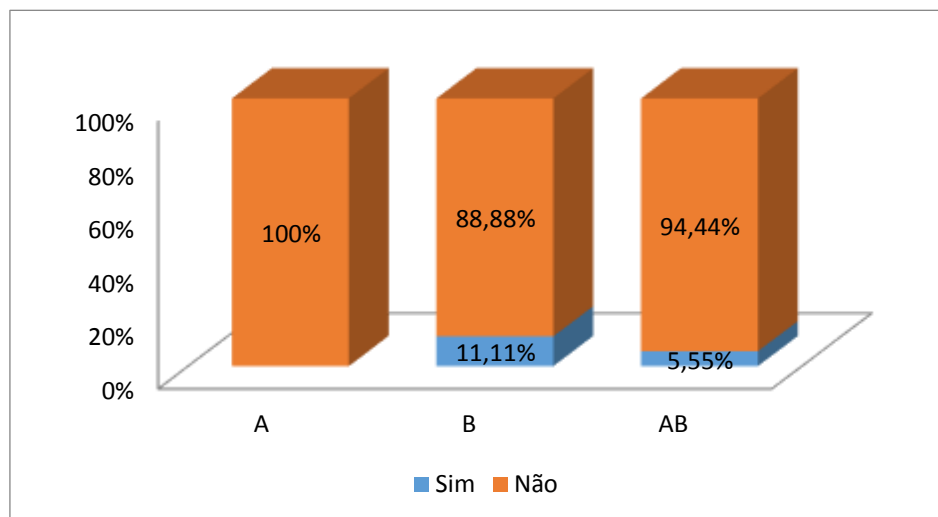
Quanto ao conhecimento sobre Políticas Públicas que tratam sobre o tema LPP no Brasil, 100% dos entrevistados tanto do Hospital A quanto do hospital B relataram que desconhecem as políticas públicas que tratam do cuidado com LPP, ou não se lê sobre o assunto LPP entre os entrevistados.

Muito pouco eu tenho lido, tenho trabalhado muito estou com pouco tempo e lendo outras coisas isso está um pouco defasado para mim (ENF 2).

Consideradas um indicador de qualidade na assistência prestada, as LPP devem ser uma preocupação dos profissionais, pois além de elevar os custos da assistência, mancham a imagem dos serviços prestados e dos profissionais no seu local de atuação. Dessa forma, os enfermeiros e sua equipe são peças fundamentais para avaliação de riscos e prevenção de LPP (FAUSTINO; GUSHIKEN; YUSHITOME; 2014)

A Anvisa por meio da portaria 529 e 01/04/2013 institui o programa de segurança do paciente cujo objetivo central é fornecer ferramentas para qualificação do cuidado em todo território nacional, bem como propor e validar protocolos, guias e manuais voltados para cuidados com LPP (BRASIL, 2013). Dessa forma, o surgimento de LPP dentro das UTIs pode estar associado à falta de execução dessas normas básicas de segurança.

Gráfico 5 - Conhecimento da taxa de incidência de LPP na UTI



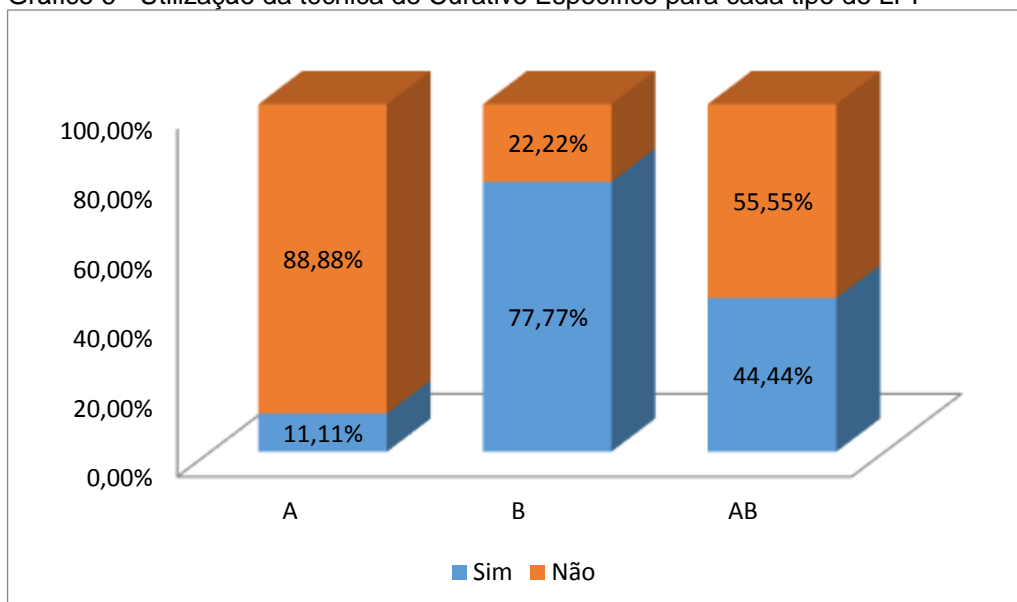
Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Maioria, 100% dos enfermeiros do Hospital A, relataram não terem conhecimento sobre a taxa de incidência de LPP dentro da unidade em que trabalham, já nos entrevistados do Hospital B, 88,88%, desconhecem, ou seja, não possuem qualquer conhecimento da taxa de incidência de LPP da sua unidade, sendo que 1 relatou ter conhecimento, o que correspondeu a 11,11%; comprovando que pouco se

pesquisa, pouco se notifica e possivelmente ocorrem subnotificações e pouco controle das taxas dentro das UTIs do norte do estado, o que é muito preocupante.

Segundo Borghardt et al. (2016), conhecer a incidência das úlceras por pressão é imprescindível para demonstrar a relevância desse evento adverso nas instituições hospitalares, em contra partida torna-se um desafio para a enfermagem à beira do leito, durante a prestação dos cuidados, bem como para os gestores dos serviços e como indicador de qualidade da assistência. Uma vez que a obtenção sistemática desses indicadores nos serviços de saúde está intimamente ligada às metodologias de avaliação dos processos assistenciais e àquelas relacionadas à segurança do paciente.

Gráfico 6 - Utilização da técnica de Curativo Específico para cada tipo de LPP



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

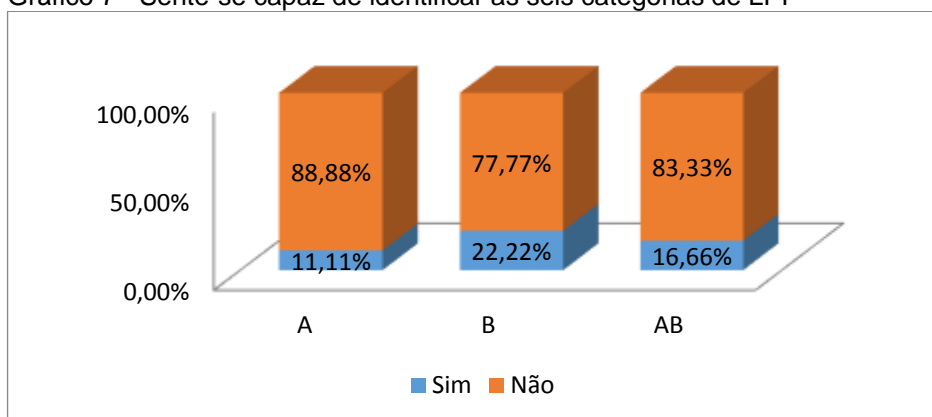
Quanto a presença e uma comissão de curativo no ambiente de trabalho no Hospital A 77,77% relataram não possuírem, ao passo que no Hospital B 100% dos participantes relataram contar com ajuda da comissão de curativo atuante para auxiliar na avaliação dos LPP.

Os enfermeiros do Hospital B destacaram a importância da comissão de curativo para discutir e manter o trabalho uniformizado dentro das UTIs, direcionando e sistematizando cada conduta a ser tomada, mas o que se observou nessa pesquisa foi falas positivas e negativas.

Positivas quanto a uniformidade de condutas; negativas, pois se espera tudo da comissão, gerando uma certa comodidade por parte dos enfermeiros que não

fazem parte da comissão, o que foi observado na fala dos enfermeiros do hospital B, ocasionando uma certa sobrecarga nos membros da comissão, enquanto no Hospital A, a falta de uma comissão atuante tem ocasionado uma diversidade de conduta, o que na visão da maioria tem ocasionado quebra do cuidado padronizado e uniformizado.

Gráfico 7 - Sente-se capaz de identificar as seis categorias de LPP



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Foi observado na fala dos entrevistados que a maioria possui dúvidas referentes ao tema LPP, chegando 88,88% no Hospital A e 77,77% no Hospital B, principalmente no que tange a classificação das lesões. Tal fato se justifica por se pesquisar pouco, conhecer pouco o assunto e relatarem necessidade de mais treinamentos, além é claro, que a ausência de um profissional com especialização na área de Estomaterapia pese bastante. Em ambos os hospitais os relatos de treinamentos regulares para atualização das equipes não ocorrem e os que foram realizados já tem algum tempo e que se faz necessária a atualização, o que foi observado nas falas dos entrevistados.

O National Pressure ulcer advisory panel (NUAP), atribui ao enfermeiro a habilidade de classificar a LPP como sendo uma de suas atribuições básicas (BORGHARDT., et al 2016), no entanto em nosso estudo foi constatado que 88,33 %, média entre as instituições A e B se dizem não serem competentes para identificarem as categorias de classificação incidência de LPP dentro da sua UTI, o que é muito preocupante.

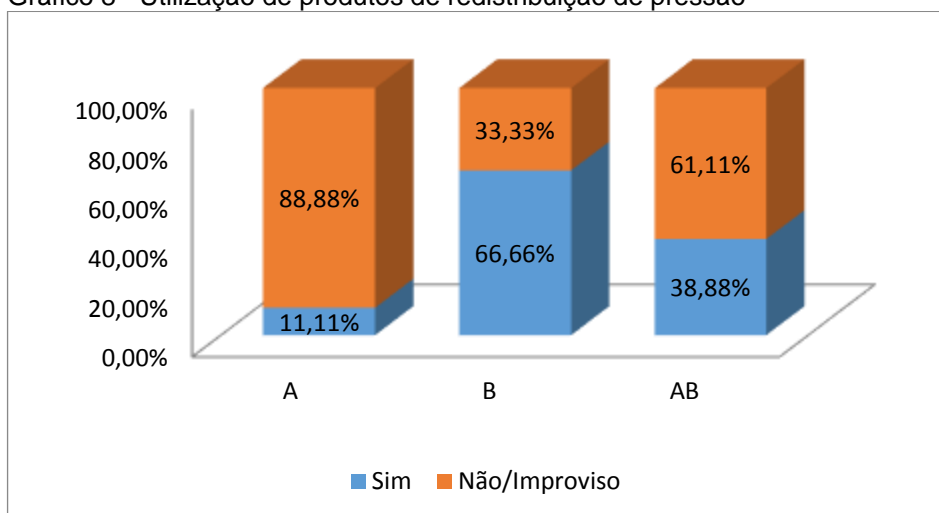
Por se tratar de uma temática em constante evolução de conhecimentos sempre envolvidos a novas práticas clínicas, é de fundamental importância a busca de conhecimento para atualizar-se, pois possibilitará em uma melhor assistência ao

cliente portador de LPP, entretanto o que foi observado em nosso estudo é que atualização adquirida de LPP pelos entrevistados foi o último treinamento dado pela instituição há mais de um ano em ambos os hospitais.

Foi observado na fala de alguns dos entrevistados tanto no Hospital A quanto do Hospital B uso rotineiro de luvas com água, uso de cobertor e edredons para fazer mudança de decúbito, materiais inapropriados, o famoso “jeitinho da enfermagem”, uso de técnicas defasadas e que muitas vezes podem contribuir para o aparecimento de LPP. Logo, há necessidade visível de atualização constante entre os entrevistados, bem como maior disponibilidade por parte das instituições de produtos de redistribuição de pressão, evitando dessa forma o uso de cobertores, edredons e luvas cheias de água como forma de improviso.

A mudança de decúbito pode ser realizada a cada 4 horas quando em uso de superfícies redutoras de pressão ou a cada duas horas a quatro horas, quando em uso de superfícies não redutoras, ao passo que em clientes com capacidade circulatória normal o período de 2h é recomendado em uma mesma posição. (COELHO et al., 2012).

Gráfico 8 - Utilização de produtos de redistribuição de pressão

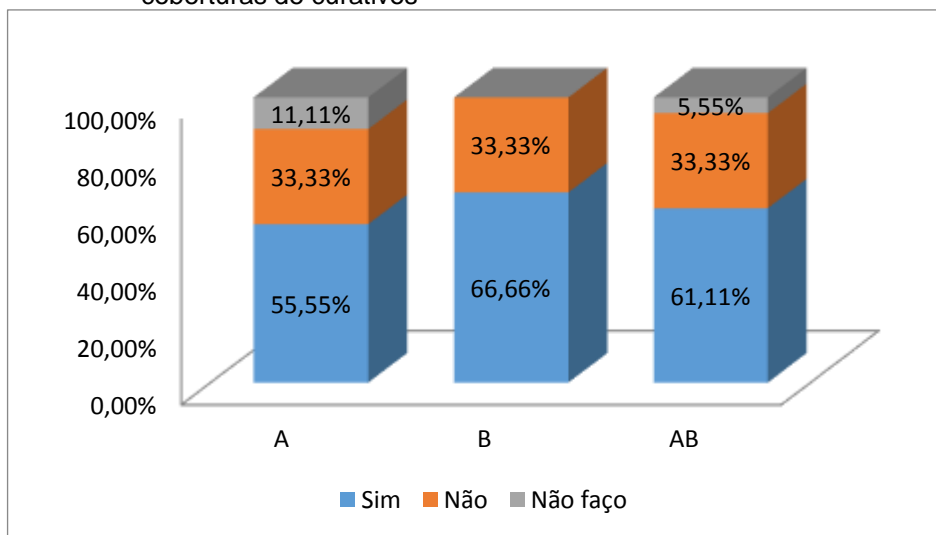


Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

No que diz respeito aos produtos de redistribuição de pressão, os enfermeiros do Hospital A responderam que 88,88 % fazem uso de improvisos ou não usam, ao passo que os entrevistados do hospital B, 33,33 contra 66,66% os que fazem uso. Acredita-se que por se tratar de um hospital privado, onde as cobranças e a presença de uma comissão de curativo têm influenciado nesse cuidado. A média de 11

entrevistados (61,11%), improvisam ou não usam produtos de redistribuição, sendo 38,88% que relataram fazer uso.

Gráfico 9 - Sente confiança para fazer recomendações a equipe sobre as coberturas de curativos



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

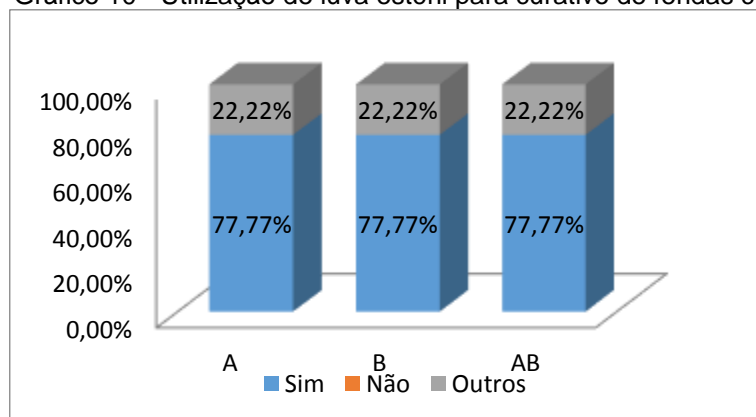
Um grupo significativo não possui confiança ao orientar sua equipe; em ambos os hospitais, 33,33% relataram insegurança quanto às coberturas e cuidados com LPP, sendo que 1 (11,11%) enfermeiro do Hospital A, não considera importante passar essa informação para a equipe, pois do seu ponto de vista cabe somente ao enfermeiro o conhecimento.

Os dados sugerem fragilidade no conhecimento básico do enfermeiro sobre o tema LPP, o que é muito preocupante, tendo em vista ser um tema sério de saúde pública; o fato também foi observado em uma pesquisa realizada em um hospital universitário da grande Vitória que evidenciou uma incidência elevada de LPP em pacientes dentro da UTI (BORGHARDT et al., 2016).

Mais uma vez chamando atenção para o papel do enfermeiro na aplicação de medidas preventivas, bem como execução de escalas de risco. Todavia, o estudo apontou que aproximadamente 33,33% dos entrevistados, tanto do Hospital A, quanto do Hospital B, não se consideram confiantes para fazerem orientação de coberturas ou passam essa orientação para equipe técnica. O fato chama muito atenção, pois são os escores de riscos que apontam atitudes preventivas a serem executadas (MIYAZAKI et al., 2010).

Outro fator a ser destacado aqui e que nos chama atenção é a importância da falha na comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, sendo que o papel do líder, no caso o enfermeiro, não é muito discutido em sala de aula, mas vivenciado na prática cotidiana (SILVA et al., 2013); o que foi identificado na fala de 1 (11,11%) enfermeiro que disse não considerar importante a orientação para equipe, pois considera que essa informação cabe somente ao enfermeiro.

Gráfico 10 - Utilização de luva estéril para curativo de feridas crônicas



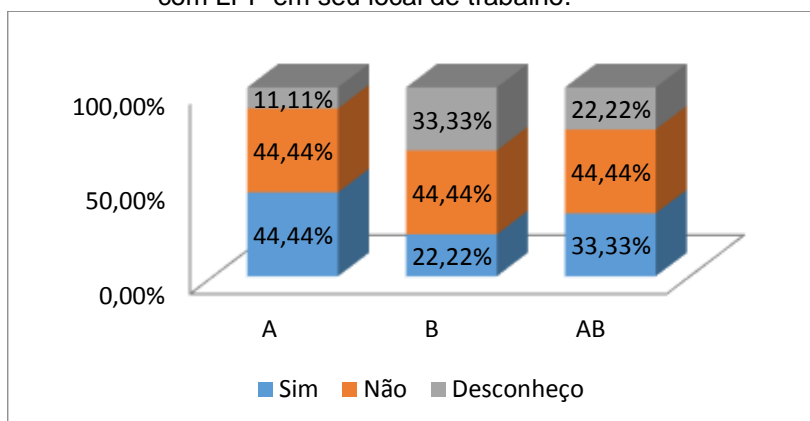
Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

No item utilização de luva estéril para realização de curativo de LPP crônicas, (77,77%), tanto do Hospital A quanto do Hospital B, relataram fazer uso de luva estéril ao passo que 16,66% relaram outras práticas, como uso do curativo estéril durante a realização do procedimento e luva de procedimento.

Esse uso elevado de profissionais que ainda usam luvas estéreis para troca de curativos de feridas crônicas, se justifica pela não atualização ou falta de treinamentos realizados pelos profissionais, permanecendo práticas inadequadas ou ultrapassadas de cuidados.

A NPUAP (2000) e O guia Agency for Health care Policy na Research atual Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), (1994) recomendam uso de técnica limpa, alertando para cuidado com a luva que está em contato com lesão se restringir apenas a lesão e não manipular outros materiais ou superfícies. E ainda, que a mesma luva, poderá ser usada deste que se comece da ferida menos contaminada, se o mesmo paciente tiver mais de uma lesão.

Gráfico 11 - Existem Normas, Protocolos, Manuais para o cuidado com LPP em seu local de trabalho.



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Tanto os enfermeiros do Hospital A (44,44%) quanto do Hospital B (44,44%), relataram não ter acesso ou não conhecerem os protocolos e manuais existentes de suas instituições, sendo 11,11% no Hospital A e 33,33% no Hospital B; foi observado nas falas dos entrevistados sentimento de falta de um manual atualizado e de fácil acesso para consulta dentro da UTI; o estudo identificou que os entrevistados, tanto no Hospital A quanto no Hospital B, relataram desconhecer os acessos aos protocolos de suas instituições, o que é muito preocupante; sendo a média de conhecimento dos protocolos nos dois hospitais, 33,33%.

Os entrevistados foram questionados sobre quais ações os enfermeiros apontam como fundamentais para prevenir o desenvolvimento de LPP; na ordem decrescente foram: a mudança de decúbito teve destaque em todas as respostas como a principal ação de responsabilidade da equipe de enfermagem com o objetivo de prevenir as lesões de pele, porém foram realistas em expor que sabem da importância, mas muitas vezes não conseguem realizá-las no intervalo correto padronizado.

Outros cuidados como hidratação da pele, higienização, prevenção de umidade, troca de fraldas, uniformidade de conduta, cuidados com atritos, nutrição adequada, trabalho multidisciplinar, capacitação de Enfermeiros e Técnicos de enfermagem, disponibilidade de coberturas, redução de tempo de internação e acompanhamento de exames (oxigenação sanguínea) também foram citados. Logo, percebe-se nas falas dos enfermeiros a utilização da supervisão como um instrumento de gerenciamento e orientação, conduzindo o trabalho dentro das UTIs.

É a mudança de decúbito, não tem jeito, não tem cobertura milagrosa, não tem colchão milagroso só a mudança de decúbito... (ENF 17).

A uniformidade de conduta, se não tiver uniformidade fica difícil a gente prevenir, a mudança de decúbito aqui é muito difícil de fazer o tempo todo. (ENF 10).

A mudança de decúbito a cada 2h, prevenção de umidade, troca de fralda de acordo com eliminações, manter os lençóis bem esticadinhos (ENF 7).

As falas em depoimentos permitem-nos identificar a importância atribuída à mudança de decúbito ao paciente internado dentro das unidades de terapia intensiva, bem como a responsabilidade delegada à equipe de enfermagem em relação a esse cuidado. Resultados semelhantes estão apresentados em estudos anteriores, nos quais a mudança de decúbito é citada como principal ação de responsabilidade para prevenir LPP (STEIN et al., 2012).

Vale destacar que a mudança de decúbito não depende de uma simples prescrição de enfermagem, mas de um bom dimensionamento da equipe, prejudicado pelo elevado número de absenteísmo, faltas imprevistas, entre outros, ocasionando sobrecarga de trabalho e até desmotivando. Outro ponto importante a ser considerado é que os clientes internados na unidade de terapia intensiva são totalmente dependentes do cuidado da equipe, uma vez que possuem, na maioria das vezes, sua mobilidade física prejudicada, portanto necessitam de cuidados muito complexos exigindo de toda equipe estado de alerta constante, bem como habilidade e conhecimento técnico e científico (STEN et al., 2012).

A mudança de decúbito segundo Rogenski e Kurcgant (2012) é importante no alívio e redistribuição da pressão sobre a pele, uma vez que permite que o fluxo sanguíneo flua dentro das áreas de isquêmias e contribua na recuperação dos tecidos dos efeitos da pressão. A alternância do lado pode ser realizada a cada quatro horas, quando em uso de superfícies redutoras de pressão, enquanto em pacientes com capacidade circulatórias normais o período máximo recomendado é de duas horas em uma mesma posição (COELHO et al., 2012).

Já em relação às dificuldades/ dúvidas encontradas no manejo de escalas ou instrumentos de avaliação dentro das UTIs o destaque na fala da maioria dos entrevistados são: copiar e colar de uma escala preestabelecida, o uso incorreto da escala ou falta do uso, dúvidas na hora da pontuação, a falta de padronização, a falta de uniformidade entre os próprios enfermeiros, mudança brusca de conduta para o cuidado, como por exemplo troca de uso de coberturas em menos de 24h principalmente enfermeiros do Hospital A. Talvez isso ocorra em decorrência da falta

de uma comissão de curativo atuante, favorecendo mudança de conduta em espaço curto de tempo, prejudicando a realização de uma assistência sistematizada dentro das UTIs, onde cada enfermeiro trabalha do seu jeito, o que prejudica a assistência de qualidade. Tal relato não se percebe na fala dos enfermeiros do Hospital B que possui uma comissão de curativo ativa, proporcionando uma assistência mais sistematizada na fala da maior parte dos entrevistados. Todavia, observa-se uma dependência da comissão para definir toda a conduta a ser utilizada ao longo da assistência, uma vez que fica a cargo do membro da comissão de cada UTI avaliar e definir a conduta, ocasionando relato de sobrecarga.

Hum!!! A gente não usa a verdade é essa, o desuso. Então como a prescrição é padrão cópia e cola já vi caso de paciente com baixo risco de Braden e acamado então não baixo risco de Braden. Então a gente não usa né (ENF 1).

A maior dificuldade é a conscientização de todos os enfermeiros, como passa por quatro enfermeiros na nossa escala, cada um, percebo, tem o seu ponto de vista até no tratamento na escolha da cobertura as vezes eu opto por uma cobertura, passo o plantão informando o porquê e quando chego no outro plantão já é outra cobertura (ENF 5).

Nosso principal problema, na nossa UTI, a escala de Braden não é bem utilizada, então as dificuldades elas não aparecem tão bem assim, a escala de Braden aqui, que eu percebo, não é bem entendida como ferramenta para prevenir LPP parece como uma escala que deve ser feita no cotidiano e só (ENF 17).

Em outros estudos na mesma temática, identificaram a mesma fala na qual o cuidado individualizado é tido como mais importante em detrimento ao preenchimento da EB, sendo observado que as LPP se apresentam como algo trivial, esperado, e alguns casos negligenciados pelos profissionais que se preenche os itens das subescalas sem avaliar presencialmente o paciente (DEBON et al., 2018).

Segundo Fernandes (2000), clientes internados em UTI em uso de suporte ventilatório, alteração do nível de consciência, sedação, drogas vasoativas, restrição de movimentos por um longo prolongado período de tempo, somados a instabilidade hemodinâmica estão mais propensos a desenvolver LPP.

Dessa forma é de fundamental importância a utilização da EB por profissionais capacitados e bem treinados para obtenção de resultados positivos, tendo em vista que a EB é tida como instrumento de avaliação, prevenção e tratamento; deve ser realizada em conjunto por toda equipe (SILVA et al., 2014). Todavia, é importante destacar que dispor de um instrumento de apoio para realização da avaliação é

importante, entretanto nada substitui a avaliação clínica realizada do enfermeiro (D'ARCOS et al., 2006).

Quanto aos critérios de identificação e avaliação no seu cotidiano cada enfermeira, tanto Hospital A quanto do Hospital B, relata fazer uso da observação da ferida quanto classificação, se classificável ou não, sua extensão, diâmetro, presença de tecido de granulação, esfacelos, exsudato, odor, bordas regulares ou irregulares para realizar seus registros; o uso de fotografias para realizar avaliação também foi citado por um enfermeiro entrevistado. No hospital B foi relatado existência de um formulário onde estes critérios são pontuados e deixados para que a comissão faça a sua avaliação final e defina o uso da cobertura, bem como o tempo de tratamento que será padronizado para toda equipe. Essa conduta só se modifica mediante orientação da comissão. Ao passo que no hospital A isso não ocorre, não existe um formulário e nem uma comissão ativa, segundo os entrevistados cada enfermeiro faz sua avaliação, define sua conduta e inicia o tratamento de imediato, o que pode ser modificado pelo próximo plantonista se ele considerar que não está correta.

Um ponto citado pelo entrevistado foi a falta de instrumento para realizar avaliação das lesões, como régua para mensuração, tendo que ser improvisado por alguns enfermeiros e a consulta do profissional médico para auxiliar na conduta ainda se faz presente na fala de alguns profissionais.

Então faço a inspeção da pele a primeira coisa que eu vou observar se ela é classificável ou não, se ela é classificável eu classifico o grau que ela está e depois eu vou evoluindo a lesão e o tecido que ela apresenta, exsudato se tem ou não, tamanho, largura, perilesional, comprimento ai já identifico a dificuldade porque nem tudo você dispõe né régua para mensuração não existe no setor, então você faz no olhar coloco a região a coloração se esta macerada o tecido perilesional dessa forma (ENF 16).

Ah a primeira coisa que a gente evolui a classificação estágio a característica da lesão a profundidade o diâmetro só que não tem ferramenta para medir e as características do exsudato presente ali (ENF 17).

A gente vê a extensão o grau dependendo pede auxílio ao médico para poder está identificando se é a melhor conduta (ENF 15).

Em relação aos principais fatores de risco que na prática cotidiana dos entrevistados influenciam com maior proporção no aparecimento da LPP dentro das UTIs, tanto do Hospital A quanto do Hospital B foram: a obesidade, pacientes idosos, edemaciados, hemodinâmica prejudicada, uso de drogas vasoativas, presença de drenos, sondas, distúrbios do sistema do trato gastrointestinal, aparecimento de

diarreias, nutrição inadequada, cliente recebendo aporte nutricional com valor menor do que necessita, clientes impossibilitados de realizar mudança devido instabilidade no quadro clínico, umidades excessivas, falta de conscientização da equipe técnica para realização, mudança de decúbito, falta de dispositivos adequados para realização de prevenção e falta de mão de obra, são os itens mais citados que favorecem o surgimento de LPP nas UTIs.

Devido ao nosso déficit de funcionários, folga, desfalque de funcionários que dificulta muito na conduta e exercer o cuidado de mudança de decúbito a gente acaba selecionando os pacientes para realizar a mudança de decúbito (ENF 5).

A gente tem o problema com o quantitativo de profissionais para conseguir fazer essa mudança de decúbito não tem horário adequado (ENF 7).

Faltam instrumentos para prevenção, não é questão de curativos, mas para prevenção (ENF 6).

A conscientização da equipe na mudança de decúbito por mais que o enfermeiro oriente tem que ficar em cima como se fosse um fiscal olhando aquele relógio (ENF 2).

No cenário hospitalar cotidiano, algumas situações adversas como faltas não previstas, sobrecarga de trabalho em decorrência, instabilidade do quadro clínico dos pacientes e atividades não planejadas podem comprometer uma assistência de qualidade (SOUZA et al., 2011).

Dessa forma, existe a necessidade de que se garanta um número adequado de trabalhadores para assegurar a qualidade da assistência prestada durante as 24h/dia, tendo em vista a complexidade de atividades previstas, bem como de conhecimento científico (SILVINO et al., 2011).

Já em relação às principais ações preventivas adotados na prática cotidiana por cada enfermeiro, tanto os enfermeiros do Hospital A quanto do Hospital B, pode-se destacar: a mudança de decúbito, controle da umidade, hidratação da pele, uso de filmes e placas extras finas, dispositivos e orientação da equipe técnica, são as mais realizadas. Todavia, algumas dificuldades prevalecem e tentam ser trabalhadas, algumas práticas esquecidas tentam ser retomadas, como no caso do Hospital A, onde ocorreu a tentativa de retomar uso de relógio da mudança de decúbito; segundo relato dos enfermeiros, anda meio deixado de lado, o imprevisto também é relatado, com uso de técnicas defasadas para evitar LPP.

Nós estamos tentando retomar os horários de mudança de decúbito, já foi feito um trabalho algum tempo atrás com relógio de cabeceira a gente está tentando retomar esse relógio com horários programados (ENF 17).

Pois é, a gente não tem um padrão correto que todo mundo segue cada um vai seguindo e fazendo o seu às vezes são coisas antigas que você tem que estar usando, porque a gente não consegue recursos materiais então a gente, com aquele jeitinho vai levando a enfermagem para poder estar evitando a LPP uso de coxim, de luva na mudança de decúbito (ENF 15).

As principais dificuldades na assistência encontradas por todos os enfermeiros, tanto do hospital A quanto do hospital B, para realização de prevenção, foi a falta de conscientização da equipe, engajamento no cuidado, a capacitação, o excesso de afazeres do enfermeiro, a falta de funcionários, falta de uniformidade, de conduta, espaço físico limitado, falta de dispositivo adequados. Foi evidenciado nas falas dos participantes da pesquisa.

A dificuldade que eu vejo é o engajamento da equipe, é abraçar a causa eles acham uma coisa banal, as vezes já escutei: para que passar esse creminho, já usei o hidrante é um serviço de formiguinha até fazer entender colocar a equipe no ritmo demora um pouco (ENF 5).

A equipe de enfermagem com o passar do tempo, torna-se mecânica a necessidade de a gente estimular esse profissional, tanto eu sendo estimulada, tanto eu estimulando este profissional (ENF 2).

A conscientização dos técnicos é um dos pontos mais difíceis, principalmente a equipe da noite eles acham que mudar o paciente 2/2h é um espaço curto não precisa (ENF 13).

A gente sempre tem um funcionário de folga (ENF12).

O excesso de afazeres carga de trabalho a falta de funcionário; são 05 funcionários, aí falta um dois, ficam 03 pacientes com um funcionário ou 02 funcionários com 03 pacientes, assim é muito complicado (ENF10).

A falta de capacitação mesmo quando você é bem capacitado você tem outro olhar outra visão (ENF11).

Ao serem questionados sobre o que cada enfermeiro tem feito para garantir um cuidado sistematizado e uniforme com relação as LPPs no seu cotidiano o destaque foi: trabalhar a conscientização de toda equipe para importância do cuidado preventivo foi uma das principais ações em ambos os hospitais, tanto A público, quanto o B privado, seguido do cuidado com a evolução; o registro deixado em prontuário com relação a cobertura utilizada, o cuidado com o colchão pneumático (se está ligado corretamente), a utilização do relógio que auxilia na mudança de decúbito, estar junto da equipe de técnicos acompanhando o serviço. No entanto,

existem aqueles que acreditam que não adianta orientar somente, tem que cobrar, pois só a conversa não resolve.

Então eu tenho procurado conversar bastante com a equipe sobre a importância disso assim, tentar conscientizar mesmo o que é importante, o que é necessário (ENF 13).

O cuidado de verificação do colchão pneumático, porque a gente tem aqui. às vezes o profissional esquece e tira da tomada; essas coisas a gente tenta vigiar (ENF 17).

Então eu acho que a orientação da equipe, estar treinando e se colocando no lugar do outro e passando para os colegas a necessidade da mudança principalmente de decúbito procurar estar repassando isso (ENF 15).

Olha eu acho que a cobrança é o principal, isso não tem jeito, infelizmente é chato, a gente é tachado de todos os nomes, mas para sair um paciente melhor do que entrou, a gente tem que cobrar então só cobrando (ENF 6).

Com relação à questão da autonomia para definir conduta de prescrição de terapias tópicas, os enfermeiros do Hospital A relataram total autonomia, tanto para prescrever quanto para definir conduta, embora apontaram também a dificuldade de uniformidade e falta de uma comissão atuante, enquanto que para os enfermeiros do Hospital B, esta autonomia é delegada e depende da avaliação da comissão de curativo; geralmente um enfermeiro do setor que fica responsável por essa avaliação e definirá a conduta a ser tomada, bem como a escolha troca da cobertura pois discutir com membros da comissão. A existência de uma boa troca de informação entre os médicos e enfermeiros dentro das UTI, foi observado nas falas dos entrevistados. Já em relação a outras especialidades médicas observou-se uma certa resistência com cirurgia vascular e cirurgia geral.

Aqui nós prescrevemos, fazemos a prescrição noturna e em relação as coberturas não pode, porque essa liberação é feita pela comissão de pele a gente já pega recebe e faz as instalações dessas coberturas (ENF 8).

Hoje aqui a gente tem plena autonomia, nas clínicas ainda têm os médicos, mas aqui a gente tem plena autoridade (ENF 12).

Total autonomia fica por conta do enfermeiro. Assim a gente pede ao médico para pedir avaliação da cirurgia em caso de necrose quando a gente vê que não dá para manter as coberturas que a gente tem, aí a gente pede para avaliar, mas fica mais por conta da enfermagem (ENF 5).

Nós temos ainda resistência da cirurgia vascular e profissionais da cirurgia geral em relação a terapia intensiva, nós temos 99% de autonomia na prescrição de curativos de coberturas para utilização (ENF 17).

Ao serem questionados sobre as fontes de atualização profissional para LPP, foi observado que pouco se pesquisa sobre o assunto, muitas vezes pela falta de tempo, mais de um emprego, entre outros motivos. Porém, os entrevistados relatam uma certa preocupação com a necessidade da busca por conhecimento; a maioria relata uso da internet como fonte de pesquisa rápida imediata e citam leitura de artigos científicos. Cursos on line, os livros ainda são bastante citados como fonte de consulta diária, e os treinamentos que a instituição ofereceu há algum tempo e que necessitam de atualização.

As últimas atualizações são o que os hospitais deram. Mas eu procuro estar sempre lendo a respeito, estar um pouco atualizada para não perder e acabar ficando para trás, também na internet, livros, busco artigos (ENF 5).

Então eu preciso ler mais sobre o assunto. A última capacitação foi muito produtiva. Nessa capacitação eu tive acesso a muitos materiais e pós questão de deixar para depois não busquei informação, mas tenho acesso a estas informações depois dessas perguntas eu preciso ler mais urgentemente risos (ENF16).

De acordo com Stein et al., (2018), a importância do conhecimento das ações a serem aplicadas de forma adequada diminuem as possíveis lacunas existentes, o envolvimento da equipe na busca de ideias comuns e a educação permanente poderão produzir melhorias significativas e como consequência gerar redução de custos, visto que proporcionará redução do tempo de internação, garantindo conforto e mais qualidade da gerencia do cuidado prestado.

Foi observado um número considerável de profissionais desatualizados em questão ao conhecimento sobre cuidado com LPP, o que pode ser identificado na fala os “cópia e cola” da escala de Braden, relataram não se sentirem competentes para identificar as seis categorias de classificação de LPP e sentem insegurança no momento de orientar ou não orientar a equipe técnica. Dados esses confirmados também em uma pesquisa realizada em um hospital da grande Vitória, onde foram identificados um número de 27,3% dos enfermeiros com conhecimento inadequado sobre o assunto em questão (GONZAGA, 2015).

E assim, embora acreditemos que tais dados apresentados e discutidos são de extrema relevância para o cuidado de LPP dentro das nossas UTIs, temos que reconhecer a limitação da pesquisa, uma vez que os dados coletados foram obtidos através de autor relatos dos entrevistados, não foi realizada avaliação em lócus das atividades desenvolvidas, além dos dados serem realizados por um único pesquisador

com utilização de entrevista elaborada tendo como referência um estudo realizado em um hospital da grande Vitória com temática semelhante.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo apontaram que os enfermeiros demonstram conhecimentos das medidas preventivas necessárias para a LPP dentro das unidades de terapia intensiva, tais como mudança de decúbito, avaliação diária da pele, uso de colchão pneumático, coxins, uso de hidratantes corporais, cremes barreiras e suporte nutricional foram citados.

Todavia, o estudo apontou que, embora os enfermeiros reconheçam a importância dessas estratégias, alguns entraves como sobrecarga de trabalho, estado crítico do paciente, equipe incompleta, falta de conhecimento e treinamentos atualizados sobre o tema, impedem que ações sejam implementadas no contexto de investigação de risco.

Faz-se necessário que tais aspectos sejam revistos na prática o quanto antes, tendo em vista ser o tema LPP um grande problema de saúde pública, difícil tratamento e muito oneroso para as instituições. Novas discussões devem ser feitas pelos gestores e gerentes sobre os cuidados, com intuito de obtenção de melhores condições de trabalho e que resultem em práticas melhores e mais seguras dentro das UTI do norte do estado do Espírito Santo.

Importante destacar também a necessidade dos enfermeiros de atualização contínua sobre o tema, seja por meio de participação em eventos/ cursos para que garantam a criação de novos dispositivos, novas discussões e ações coletivas de capacitação e dessa forma melhorar a qualidade do serviço e assim contribuir para diminuição da incidência de LPP dentro das unidades de terapias intensivas.

E assim, o aprimoramento do conhecimento e das estratégias dos enfermeiros na prevenção, cuidado e tratamento de LPP dentro das UTIs; as discussões contínuas poderão fornecer ações e condutas mais eficazes e seguras. A realização da educação continuada dentro dos hospitais é de suma importância, faz com o profissional esteja em constante aprendizado, num processo de reciclagem contínuo.

O resultado desse estudo contribuirá para que estudos futuros sejam realizados, uma vez que foram diagnosticados a deficiência no conhecimento sobre o tema, possibilitando que estratégias sejam implementadas para construção de protocolos e treinamentos atualizados para o cuidado de LPP estimulando assim formação de uma comissão de curativos cada vez mais atuante que consiga envolver

toda equipe multidisciplinar na prevenção, redução e cuidado de LPP nas nossas UTIs.

Assim, visando contribuir para este tema tão importante, foi elaborado uma Cartilha Educativa de consulta rápida, como produto final desse estudo, que permitirá ao enfermeiro uma consulta rápida em mãos durante sua rotina de avaliação diária da pele e das mucosas dos clientes internados dentro das nossas UTIS.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, T.M; ARAUJO, M. F; CAETANO, J.A. Comparação de escalas de avaliação de risco para Úlcera por Pressão em pacientes em estado críticos. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 24, n.5, p. 695-700, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/16v24n5.pdf>>. Acesso em 12 ago.2018.

_____. O uso da escala de Braden e Fotografia na avaliação do risco para úlcera por pressão. **Rev.esc.enferm.** v.46, n.3, p.858-64, 2012.

BEECKEEMAN, D et al. Knowledge and attitudes os nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. **Wordviews on evidence-based nursing**, 3. tri, p. 167-176, 2011.

BERGSTROM, N, et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nurs. Res**, v. 36, n. 4, p. 205-10, 1987.

BORGHARDT, A.T. et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n.3, p. 460-7, 2016.

BRASIL. Resolução nº 466/2012, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em :<http://conselho.saude.gov.br/resolucao/2012/Reso-466.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

_____. SOBEST. Sobende. Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP, 2016.

_____. Ministério Da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 501/2015, dispõe sobre a Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas, Brasília: DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de úlcera por pressão. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Resolução COFEN nº 311/2007, aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

BRYANT, R. A. **Acute and chronic wounds: nursing management**. Missouri: Mosby, 2000.

CAMPOS, S. F. Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr.**, Campinas: São Paulo, v. 23, 2010.

CROZETA, K. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino**. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

COELHO, A. D. A. et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento hospitalar, **Rev. Rene**, v. 13, n. 3, p. 639-49, 2012.

COSTA, A. M. et al. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidades de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. **Revista de enfermagem**. Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 58-74, 2015.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE NUMBER 15. Treatment of pressure ulcer. Rockville, MD: US Department of Health Human Services. Public Health Service, Agency for Health care Policy and Research vice , Agency for Health care Policy and Research. AHCPR Publication. 95-0652, 1994.

ROEHRS, Hellen. Avaliação das úlceras por pressão: Um cuidado de enfermagem. In MALAGUTTI, William e KAKIHARA, Cristiano Tarzia(orgs). **Curativo, estomas e Dermatologia: uma Abordagem Multiprofissional**. 2 ed. São Paulo: Martinari, p.519-534, 2011.

DÁRCO, C. et al. Úlcera de Pressão em UTI. In: Knobel E. **Condutas no Paciente Grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: um guia para os enfermeiros**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DEBON, R. et al. A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciente Idoso. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n.3, p.817-823, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.817-823>>. Acesso em: 7 set. 2018.

DOMANSKY, R.C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

FARIA G.B.G de. et al. Conhecimento e Prática dos Enfermeiros sobre o cuidado com feridas. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n.12, p. 4532-4538, dez. 2016.

FAUSTINO A. M.; GUSHIKEN, K. M.; YOSHITOME, A.Y. Políticas de Saúde em Úlcera por Pressão. In: BLANES, L; FERREIRA, LM, **Tratamento e Prevenção de úlcera Por Pressão**. São Paulo: Atheneu, 2014.

FERNANDES, L. M. **Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura.** 2000. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação Interinstitucional Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GONÇALVES, R.Q; Silva A.P; Prado, A.B; et al. Conhecimento da equipe de Enfermagem sobre Prevenção e Tratamento da Lesão. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 312-318, mar./abr. 2017.

GONZAGA G.B, **Conhecimento e prática de enfermeiro sobre o cuidado com feridas.** 2015. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

GOULARD F.M, et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Faculdade Objetivo**, Rio Verde, v. 4, p. 1-14, 2008. Disponível em: <http://www.faculdadeobjetivo.com.br>.> Acesso em: 12 jun 2019.

GOTHARDO, A.C. L.O. et al. Incidência de úlcera por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto. **J. Health Sci. Inst.** v. 35, n. 4, p.252-256, 2017.

HESS, C.T. **Tratamento de Feridas e úlcera.** 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso, 2002.

IRON, G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEIGH, I.H, BENNETT, G. Pressure Ulcers: prevalence etiology and treatment modalities. **A review. Amj surg.**, v. 167, n. 11, p. 25-30, 1994.

MAKLEBUST, J. Pressure Ulcer: Decreasing risk for old Adult. **geriatric Nurs.**, v.18, n. 6, p. 250-7, 1997.

MENEGON, D.B. et al. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 21, n. 4. p. 854-61, 2012.

MIYAZAKI, M.Y. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino americana Enfermagem.** v. 18, n. 6, p. 3-201, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MORAES, G. L. A. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamadas no domicílio. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. esp. 1, p. 7-12, 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Frequent asked question wound infection and wound control. Content last reviewed-july, 2000.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcer: clinical practice guideline**. Washington: Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista Escola Enfermagem**, USP: São Paulo, v. 33, n. esp., p. 191-206, 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>
>. Acesso em: 8 de jun. 2019.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em
:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2019.

ROCKENBACH, C. W. F. et al. Fatores de risco para desenvolvimento de úlceras de pressão em UTI. **Conscientiae Saúde**, v. 11, n. 2, p. 249-55, 2012.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev latinoam**, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16>. Acesso em 22 de jun. 2018.

ROGENSKI, N. M. B. Úlcera por Pressão: definição de Fatores de Risco, Epidemiologia e Classificação. In: BLENES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão**. São Paulo: Atheneu, 2014.

SALGADO, L. P. et al. Escalas Preditivas Utilizadas por Enfermeiros na Prevenção de Lesão Por Pressão. **Saber digital**, v. 11, n. 1, p. 18-35, 2018.

SERPA, L. F. et al. Validade preventiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf. Acesso em: 28 maio 2019

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H. Competência da liderança em enfermagem: conceitos atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Rev. Enferm. UERJ**: Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 533-539. out./dez. 2013.

SIMÃO, C. M. F. **Úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva e conformidade das ações de enfermagem**. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOBEST: **Associação Brasileira de Estomaterapia**. Disponível em <http://www.sobest.org.br>. Acesso em: 31 de ago. 2018.

SOUZA, G. P. S., et al. A problemática da elaboração da escala mensal de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n.1, p.137-41, 2011.

STEIN, E.A, et al. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **R. Pesq. Cuid. Fundam.**, v. 4, p.2605 - 2612, 2012.

SILVINO, Z. et al . The performance of nurses in the practice of managing in hospitals: an integrative review. **R. pesq. cuid. fundam.**, v. 3, n. 3, p.2233-2243,2011. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/1353.> Acesso em 19 junho de 2019.

ZOMBATO, B. T et al. Associação das subescalas de Braden como risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n.1, p.21-28, 2013.

WADA, A.; NETO, N.T.; FERREIRA, M.C. Úlcera por Pressão. **Rev. med. São Paulo**, v.3, n. 4, p.170-175, 2010.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS:

BLOCO A

1. sexo:
 2. Idade:
 3. Tempo de Atuação na Enfermagem:
 4. Tempo de atuação na UTI:
 5. Possui Especialização em UTI e / ou outra Área da Enfermagem?
-

Bloco B:

Questões Norteadoras de Resposta

1. Quais ações você aponta como fundamentais para prevenir o desenvolvimento de LPP na UTI?
2. Você faz uso da escala de Braden ou outro instrumento como ferramenta de avaliação de LPP no seu cotidiano?
3. Quais dificuldades/dúvidas você tem encontrado no manejo de escalas ou instrumentos de avaliação dentro da UTI?
4. Você faz uso do sistema internacional de classificação NPUAP/EUAP durante a avaliação do paciente portador de LPP dentro da UTI?
5. Você foi apresentado (treinamento) à Escala de Braden ou outra escala ou instrumento na instituição em que trabalha?
6. Quais os critérios utilizados para a identificação e avaliação da LPP no seu cotidiano?
 - * Características físicas da lesão;
 - * Tipo de Ferida;
 - * Usa mais de um Critério.
7. Utiliza uma técnica de curativo específica para cada tipo de ferida?
8. Conhece os principais fatores de risco, que na sua prática influenciam com maior proporção o aparecimento de LPP?

9. Na sua prática cotidiana, quais as principais ações preventivas com intervenções de enfermagem no cuidado você tem adotado?
10. Realiza avaliação rotineira da pele do paciente ou somente durante a admissão?
11. Considera importante a realização de treinamentos para discussão do tema?
12. Quais as principais dificuldades encontradas na assistência, no seu ponto de vista, para realização da prevenção de LPP?
13. Conhece as ações propostas pelas Políticas Públicas que tratam sobre a prevenção de LPP no Brasil?
14. O que você tem feito para garantir um cuidado sistematizado e uniformizado de LPP no seu cotidiano?
15. Conhece a taxa de incidência de Lesão por Pressão da sua unidade de trabalho?
16. Em seu local de trabalho existe uma comissão de curativos/pele?
17. Sente-se capaz de identificar as seis categorias de LPP nos pacientes?
18. Produtos de redistribuição de pressão (tais como camas, colchões especiais, cadeiras almofadadas) são utilizados no seu local de trabalho para evitar LPP?
19. Sente-se confiante para fazer recomendações à sua equipe a respeito das coberturas para feridas?
20. Na sua prática são utilizadas luvas esterilizadas para trocar curativos de feridas crônicas?
21. No seu local de atuação profissional há normas (protocolos, manuais, entre outras) acerca do cuidado com pacientes com feridas?
22. Em seu local de trabalho, qual o seu campo de ação (autonomia, autoridade e responsabilidade) em relação à prescrição (indicação) de terapias tópicas e execução de condutas para o tratamento de feridas?
23. Quais as suas fontes de atualização profissional para LPP?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a): A visão do Enfermeiro quanto à Prevenção, Redução e Cuidados de Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva, conduzida por Adriana Vieira Gama Lisboa. Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento técnico/científico de Enfermeiros quanto à Prevenção e Redução de Lesão por Pressão dentro das UTIs.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada e nem implicará em custos financeiros. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário contendo 23 questões sobre a temática apresentada.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Adriana Vieira Gama Lisboa, enfermeira, residente Avenida Esbertalina Barbosa Damioni, 137, Bairro Guriri Norte – São Mateus, ES, e-mail: adrianagamalisboa@uol.com.br (27) 999841627:

Se dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da FVC: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, Bairro Universitário – São Mateus, ES, e-mail: cep@ivc.br - Telefone: (27) 3313-0037.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Espírito Santo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A visão do Enfermeiro quanto à Prevenção, Cuidado e Redução de Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva.

Pesquisador: ADRIANA VIEIRA GAMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10481019.5.0000.8207

Instituição Proponente: INSTITUTO VALE DO CRICARE LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.272.047

Apresentação do Projeto:

As Lesões por Pressão em pacientes hospitalizados, têm se constituído em um sério problema de gestão de cuidado de enfermagem, devido aos elevados índices encontrados e aos custos emocionais e financeiros que acarretam o prolongamento da hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações. A busca por práticas clínicas seguras nos diversos ambientes de cuidado tem impulsionado profissionais de saúde a buscarem elaboração de rotinas cada vez mais aperfeiçoadas, onde ciência do cuidado com feridas e habilidades estejam interligados no cuidado de enfermagem ao cliente portador de Lesão por Pressão, constituindo dessa forma, requisitos básicos para resolução de impactos negativos na assistência de enfermagem. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento técnico/científico de Enfermeiros quanto à Prevenção e Redução de Lesão por Pressão dentro das UTIs. A pesquisa será realizada em dois hospitais do Norte do Espírito Santo onde os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiros atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva.

Endereço: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 29.933-415
UF: ES Município: SAO MATEUS
Telefone: (27)3313-0009 E-mail: cep@ivc.br



Scanned with
CamScanner



INSTITUTO VALE DO CRICARÉ



Continuação do Parecer: 3.272.047

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento técnico/científico de Enfermeiros quanto à Prevenção, Cuidados e Redução de Lesão por Pressão dentro das UTIs.

Objetivo Secundário:

- Identificar se os enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva possuem conhecimento das ações/intervenções existentes para prevenir as LPP;
- Averiguar quais estratégias tem sido adotadas pelos enfermeiros na gestão do cuidado de LPP nas Unidades de Terapia Intensiva;
- Elaborar uma cartilha de orientações práticas para os enfermeiros da UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A entrevista poderá gerar desconforto, pois verifica aspectos da sua rotina pessoal enquanto profissional, entretanto este desconforto será minimizado considerando a entrevista individual, garantindo sigilo absoluto e o acesso aos dados apenas pelo pesquisador.

Benefícios:

contribuir para a qualidade do gerenciamento do serviço de Enfermagem nas UTIs do Norte do Estado do Espírito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa em questão apresenta uma proposta relevante, visando objetivar quais estratégias são utilizadas para a prevenção de LPP, e assim propor ações para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Apresenta-se dentro das resoluções 466 e 510.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos estão ok, respeitando os requisitos do CEP.

Recomendações:

Sugiro a categorização das questões norteadoras em blocos, para melhor visualização e análise dos dados posteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Projeto dentro dos critérios a serem analisados pelo CEP.

Endereço: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 29.933-415

UF: ES

Município: SAO MATEUS

Telefone: (27)3313-0009

E-mail: cep@ivc.br



Continuação do Parecer: 3.272.047

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado aprovou o projeto de pesquisa tendo em vista que apresenta uma proposta relevante, visando objetivar quais estratégias são utilizadas para a prevenção de LPP, e assim propor ações para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Apresenta-se dentro das resoluções 466 e 510. Foi sugerido a categorização das questões norteadoras em blocos, para melhor visualização e análise dos dados posteriormente.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1316107.pdf	23/03/2019 14:19:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	23/03/2019 14:16:56	ADRIANA VIEIRA GAMA	Aceito
Outros	autonzacaorobertosilvares.pdf	23/03/2019 14:14:25	ADRIANA VIEIRA GAMA	Aceito
Outros	autorizacaomeridional.pdf	23/03/2019 14:12:29	ADRIANA VIEIRA GAMA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/03/2019 22:15:17	ADRIANA VIEIRA GAMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2019 17:37:12	ADRIANA VIEIRA GAMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

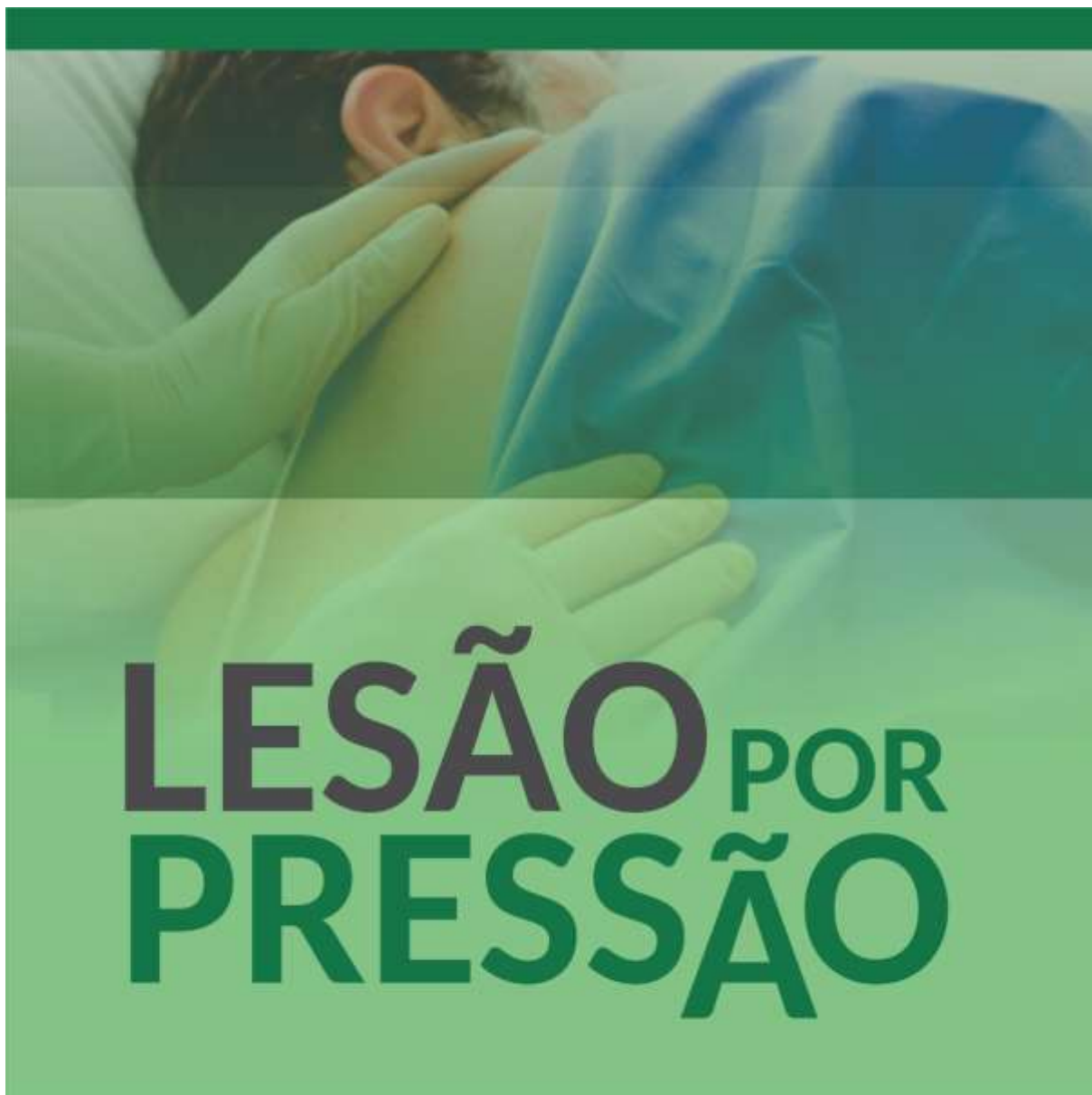
Não

SAO MATEUS, 18 de Abril de 2019

Assinado por:
 LILIAN PITTOL FIRME DE OLIVEIRA
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Humberto Almeida Franklin, 01, 1º Piso, Prédio A
 Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 29.933-415
 UF: ES Município: SAO MATEUS E-mail: cep@ivc.br
 Telefone: (27)3313-0009

ANEXO B – LESÃO POR PRESSÃO



LESÃO POR PRESSÃO

Cartilha Educativa para Consulta Rápida

Informativo para supervisão e cuidado
com a pele/mucosa e avaliação de
risco de lesões por pressão em pacientes
de Unidade Terapia Intensiva Adulta

Autora: Adriana Vieira Gama Lisboa

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Bicalho Nogueira

Mestrado Profissional em
Ciência, Tecnologia e Educação

Apresentação

Esta Cartilha Informativa foi desenvolvida como produto final da Dissertação de mestrado: A visão do Enfermeiro quanto à prevenção, redução e cuidados de Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva do norte do Estado do Espírito Santo, na cidade de São Mateus, realizado na Faculdade Vale do Cricaré. Elaborada para atenção aos pacientes das UTI's Adulta, têm por finalidade permitir ao enfermeiro supervisionar a pele e mucosas, avaliando o risco para desenvolvimento de Lesões Por Pressão (LPP), utilizando a Escala de Braden bem como adotar as melhores práticas para sua prevenção e cuidado com a pele. O enfermeiro que utiliza a Escala de Braden como ferramenta de avaliação diária, tem em mãos um instrumento validado para o Brasil de identificação de risco para a LPP, sistematizando os cuidados diários dentro das normas de segurança de paciente. Assim, é possível direcionar e otimizar os recursos humanos e materiais para prevenção de LPP, contribuindo para a redução da carga de trabalho dos profissionais e reduzindo os custos no tratamento.

LESÃO POR PRESSÃO



DEFINIÇÃO: A Lesão por Pressão (LPP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. (NPUAP,2016).

Cisalhamento

É causado pela interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele. É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade, mas a pele permanece no lugar (ROGENSKI, 2014).

Fricção

É criada pela força de duas superfícies, movendo-se uma sobre a outra, provocando a remoção das células epiteliais e causando abrasões e lesões semelhantes a queimaduras de segundo grau. Exemplo disso é o fato de arrastar o paciente no leito ao invés de levantar (ROGENSKI, 2014).

Figura 1 - A figura demonstra a força de cisalhamento presente no calcâneo e na região coccígea quando o paciente escorrega no leito.

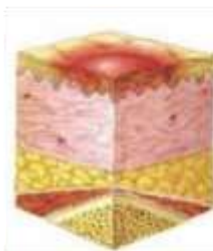


Fonte: saude.df.gov.br

ESTÁGIO 1

Pele íntegra com eritema que não embranquece. (NPUAP, 2016).

Figura 2 - Lesão por Pressão Estágio 1.



FONTE: NPUAP, 2016

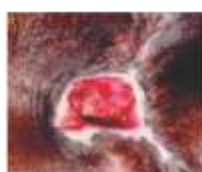
ATENÇÃO:

Alterações da pele na coloração roxa ou marrom, podem indicar lesão de pressão de tecido profundo.

ESTÁGIO 3

Perda da pele em sua espessura total (NPUAP, 2016).

Figura 4 - Lesão por Pressão Estágio 3.



Fonte: NPUAP (2016).

ATENÇÃO:

Fáscia, músculo, tendões, ligamentos, cartilagem e/ou osso não estão expostos.

ESTÁGIO 2

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido e também pode apresentar-se como flictena (bolha) com exsudato seroso intacto ou rompido (NPUAP, 2016).

Figura 3 - Lesão por Pressão Estágio 2.



Fonte: NPUAP (2016).

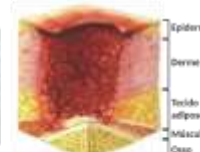
ATENÇÃO:

Não há presença de tecido de granulação, esfacelo e/ou escara.

ESTÁGIO 4

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular, exposição ou palpção direta de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelizações (NPUAP, 2016).

Figura 5 - Lesão por Pressão Estágio 4.



Fonte: NPUAP (2016).

ATENÇÃO:

As úlceras que se estendem para estruturas de suporte, incluindo fáscia, tendão ou cápsula articular, podem estar associadas à osteomielite.

Não Classificável — Tissular Profunda

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível (NPUAP, 2016).

Figura 6 - Lesão por Pressão Não Classificável.



Fonte: NPUAP (2016).

ATENÇÃO:

Não se deve remover escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) que estiver sobre um membro isquêmico ou no calcanhar.

Coloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece; coloração vermelha, marrom ou púrpura persistente, com aspecto de hematoma, ferida escura ou bolha cheia de sangue. (NPUAP, 2016).

Figura 7 - Lesão por Pressão Tissular Profunda.



Fonte: NPUAP (2016).

ATENÇÃO:

Podem ser difíceis de detectar em indivíduos com pele escura.

Classificações Adicionais

LPP Dispositivo Médico

Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (NPUAP, 2016).

Figura 8 - A Figura mostra um ferimento por pressão no estágio 2 na ponte nasal por dispositivo médico Ventilação não Invasiva com Pressão Positiva (VNIPP).



Fonte: vapothersm.com.br

Figura 9 - A figura mostra Lesão por Pressão estágio 3 na ponta nasal por máscara de ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP).



Fonte: vapothersm.com.br

Figura 10 - Lesão por Pressão causada por Dispositivo médico Sonda Vesical de Demora (SVD).



Fonte: Google

LPP em Membranas Mucosas

Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas. (NPUAP, 2016).

TIPOS DE TECIDOS

Granulação

Tecido viável de coloração avermelhada ou rósea, composto por vasos e fibroblastos. Comumente brilhante.

Figura 11 - A figura mostra a presença de tecido de granulação.



Fonte : Enfermagem arte do cuidar ,2014.

Necrose de Liquefação (esfacelo)

Tecido de coloração amarela ou branca, consistência macia e delgada. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão.

Figura 12 - Necrose de Liquefação (esfacelo).



Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2017).

Necrose (escara)

Tecido de cor cinza, preta ou marrom, com consistência dura e seca. Pode estar solto ou aderido ao leito da lesão.

Figura 13 - Necrose de Coagulação (escara).



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Exposição de tendões e fásia muscular

Tendões e fásia podem ser visualizados. Não se deve utilizar desbridantes enzimáticos nesses tecidos.

Figura 14 - Exposição de tendões e fásia muscular.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Check-list para avaliação de feridas

1. Número e localização;
2. Tempo de evolução;
3. Etiologia;
4. Fatores de risco (comorbidades, estado nutricional, mobilidade, vulnerabilidade);
5. Tipos de tecido estão presentes granulação/ necrose /escara;
6. Avaliar sinais de infecção (dor, calor, rubor, odor, secreção purulenta, sinais sistêmicos);
7. Medir e anotar o tamanho;
8. Avaliar possibilidade de desbridamento mecânico e/ou instrumental de tecido necrótico;
9. Avaliar se a ferida é seca ou exsudativa;
10. Escolher cobertura adequada.

Quando fazer a reavaliação?

Baixo risco em até 72 horas.
Risco moderado e alto a cada 24 horas.

LESÃO POR PRESSÃO

Escala de Braden

- Deve ser aplicado na admissão, pois permite uma avaliação preditiva.

Figura 15 - Escala de Braden (Fatores de Risco para Lesão por Pressão) versão resumida.

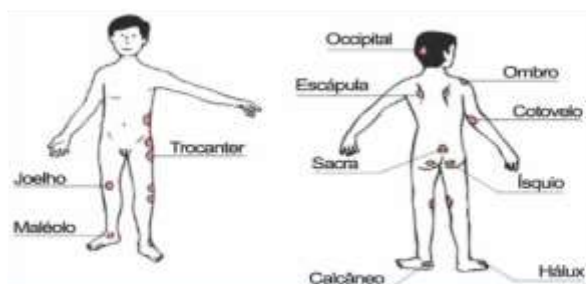
Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito Pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	
Risco muito Alto			6 a 9 pontos	
Risco Alto			10 a 12 pontos	
Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Baixo			15 a 18 pontos	

Fonte: Escala de Braden Paranhos (1999).

Atenção às regiões das proeminências ósseas

Figura 16 - Locais mais comuns para o aparecimento de úlceras por pressão.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2017).



Manejo da umidade:

Higienização e Hidratação da pele

Manter sempre a pele limpa e hidratada ;
Evitar umidade em excesso;
Utilização de água morna e sabão neutro ou próximo ao pH ,reduzir a irritação e o ressecamento da pele;

Evitar o uso de água quente e excesso de fricção da pele;

Utilizar hidratantes após o banho, ao menos uma vez ao dia em pacientes idosos e/ou com a pele ressecada;

Evitar massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas de hiperemia, a aplicação de hidratante deverá ser feita com movimentos suaves.

Fonte: Protocolo de Prevenção de LPP

Combatendo a umidade da Pele

Usar produtos de barreira;

Atentar para incontinência urinária e fecal;

Atentar extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele;

Oferecer um aparador (comadre ou papagaio) sempre que possível.

Fonte: Protocolo de Prevenção de LPP

Como Otimizar da nutrição e da hidratação

Solicitar o nutricionista;

Elaborar um plano de cuidados;

Sugerir suplementos nutricionais.

Fonte: Protocolo de Prevenção de LPP

As medidas preventivas devem ser adotadas para todos os pacientes que apresentam risco de desenvolver LP, mesmo naqueles que já estão com LP em qualquer estágio.

Cuidados com a Redistribuição da pressão

Realizar mudança de decúbito a cada 2 (duas) horas;

Não arraste, levante o cliente sempre que possível;

Verificar se nada foi esquecido sob o corpo do

paciente;

Cabeceira do leito até no máximo 30 graus;

Evitar que deslizem na cama e criem forças de cisalhamento;

Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas com eritema não branqueável;

Manter calcâneo flutuantes;

Evite posicionar em áreas do corpo com lesões por pressão;

Manter lençóis secos e esticados;

Não usar luvas cheias de água como coxim para elevar calcâneos;

Alternar elétrodos, sensores de saturimetria não invasiva, fixação de sondas.

Fonte: Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão

Figura 17 - Posicionamento adequado do paciente no leito.



Fonte: Guia de consulta rápida (2016).

Referências

ROGENSKI N.M.B. **Úlceras por pressão**: definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. Disponível em: <https://www.livrariacultura.com.br>. Acesso em :12 de maio de 2019.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **NPUAP pressure injury stages**. Washington, DC: NPUAP, 2016. Disponível em : <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. PRC nº 5, de 28 de setembro de 2017, **CAPÍTULO VIII DA SEGURANÇA DO PACIENTE**. Artigo 157 a 163. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr4/dados-da-atuacao/projetos/qualidade-daagua/legislacao/portarias/portaria-de-consolidacao-no-5-de-28-de-setembro-de-20171/view>.> Acesso dia 27/07/2019.

VOCCI, MC. **Guia de consulta Rápida informativo para supervisão de cuidado pele e mucosa, e avaliação de risco de LPP em pacientes pediátricos**, 2016. Disponível em: <www.hcfmb.unesp.br>. Acesso em 10 de maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília:Ministério da Saúde, 2013. Disponível em : <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 10 maio 2019.

TELESSAÚDERS-UFRGS. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>. Acesso em: 12 maio 2019.