

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Lhais Aparecida Teodoro
Profª Ma. Denise Maria Osugui

RESUMO

Este estudo aborda a importância da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção de lesão por pressão, justifica-se pela importância da prevenção que deve ser realizada para evitar lesão por pressão e agravamentos. Tem como objetivo investigar a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), descobrir as dificuldades encontradas pela enfermagem em aplicar estratégias de prevenção na Lesão por Pressão, analisar os conhecimentos científicos sobre lesão por pressão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descrita e transversal realizado através da análise de conteúdo de Bardin que consiste na interpretação, organização e sistematização de conteúdo textuais obtidos através das entrevistas, por meio de um roteiro de entrevista aplicado aos enfermeiros em uma clínica cirúrgica de um hospital geral do Sul de Minas Gerais, o áudio das entrevistas foram gravados e transcritos para uma análise. Participaram do estudo 5 enfermeiros que enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. Os resultados apontam que a enfermagem possui conhecimento suficientes para prevenir uma LP, mais não o conhecimento suficiente quanto a nova classificação conforme alterado na NPUAP em 2016. Além disso não foi possível verificar a utilização da SAE e escalas de risco, anamnese, exame físico diariamente, o envolvimento da equipe multidisciplinar. Ao final, se ressalta a importância da atuação da educação permanente no treinamento da equipe de enfermagem e o desenvolvimento de protocolo de prevenção de LP que demonstra o valor desta prática e que guia os profissionais nos momentos de dificuldades, estratégias que possibilitam a prevenção de LP.

Palavras-chave: Lesão por Pressão, Prevenção, Estratégias.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como assunto Lesão por Pressão, cujo conceito é uma lesão na pele e no tecido subjacente resultante da pressão prolongada sobre a pele, tem como tema a importância da assistência prestada pela enfermagem ao paciente com Lesão por Pressão, O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é uma organização americana que dedica-se à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, substituiu a terminologia “Úlcera por Pressão (UPP)” por “Lesão por Pressão (LP)”, em abril de 2016 (LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016)

O presente estudo apresenta como problema a realização das medidas preventivas em uma Lesão por Pressão pela enfermagem. Portanto o enfermeiro deve voltar sua atenção, de modo especial, para indivíduos com predisposições a ter uma possível lesão por pressão. A equipe deve ter competência profissional para identificar, minimizar os fatores de riscos para as lesões. Avaliar diariamente a pele do paciente e, em presença de hiperemia, implementar a realização de mudança de decúbito, se necessário deve-se colocar colchão perfilado no leito do indivíduo (LISE, SILVA, 2007)

A equipe em geral de enfermeiros e técnicos, deve observar a condição clínica do paciente, proteger as áreas de proeminências ósseas com travesseiros ou coxins, evitando atrito nestas áreas (TIMM, et. al. 2016)

Outra forma de prevenção muito importante é deixar a pele sempre limpa, hidratada e seca, após o banho deve-se atentar para estes cuidados e sempre estar orientando os cuidadores/familiares (BRASIL, 2016)

Justifica-se pela importância da prevenção que deve ser realizada para evitar lesão por pressão e agravamentos. Isto é possível através dos cuidados e assistências realizados pela equipe de enfermeiros e técnicos, evitando o aparecimento de lesões de vários estágios. Segundo Fernandes Rego, 2012, as lesões por pressão são causadas por fatores intrínsecos, dentre eles, estado físico do paciente, integridade da pele e sistema vascular e linfático, idade, diabetes, distúrbios hematológicos, idade, nutrição, doenças degenerativas e extrínsecos, a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade.

Espera-se com este trabalho oferecer informações para a sociedade a respeito dos cuidados domiciliares, oferecendo informações que possam prevenir lesão por pressão e atuantes da área ofertar conhecimento técnico-científico e implementação de estratégias no campo de trabalho, promovendo qualidade de vida.

Pretende-se analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção da lesão por pressão, verificando a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), a dificuldade encontrada pela enfermagem em aplicar estratégias de

prevenção na lesão por pressão e visar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as recomendações para prevenir a LP.

A Lesão por Pressão (LP), é uma lesão localizada na pele ou tecidos subjacentes, sobre uma proeminência óssea, secundárias e a um aumento de pressão externa, ou pressão em combinação com cisalhamento. As LP, causam danos ao paciente, dificultando a recuperação, causando dor, levando ao desenvolvimento de infecções devido internações prolongadas (BRASIL, 2016)

A enfermagem frente o processo de prevenção de Lesão por Pressão destaca-se , como avaliando as necessidades, queixas ouvidas, história pregressa, realização de balanço hídrico, procedimentos estéreis, mudança de decúbito, deambulação orientações quanto a ingestão hídrica, condições nutricionais, administração de medicamentos conforme prescrição médica, análise da ferida em lesões pré existentes, elaboração de estratégias terapêuticas, classificação de riscos conforme Protocolo da Instituição (ALVES, et al. 2008)

Dentre essas etapas, o processo de enfermagem ao prestar assistência deve ser individualizado para atender melhor às necessidades pedidas ou observadas. É importante que a coordenação de enfermagem ao realizar a escala mensal dos funcionários de enfermagem de acordo com os postos, estabeleçam escalas de distribuição quantidades de pessoal de enfermagem por quarto/apartamento para assegurar a assistência de enfermagem à clientela (MORO, et. al, 2007)

Assim a sensação de ser cuidado por uma única pessoa todos os dias será de grande importância, visto que, a partir do momento em que existe um acompanhamento contínuo, as observações são mais precisas, enriquecendo o conhecimento profissional para prestar um cuidado mais especializado (ROCHA, BARROS, 2007)

Para melhor entender o processo de prevenção aplicada pela enfermagem, deve-se compreender e aprender os cuidados estabelecidos pela equipe de enfermagem, planejamentos realizados de acordo com as necessidades percebidas, pois o conhecimento do profissional que presta o cuidado ao indivíduo é fundamental, para não prejudicar ainda mais a saúde da pessoa, mas proporcionar segurança a família e cuidadores que podem verificar a importância de medidas simples, mas com grande valor pode colaborar na melhoria do bem-estar físico, mental e social (MIYAZAKI, CALIRI, SANTOS, 2010).

2 DESENVOLVIMENTO: FISIOLOGIA DA PELE

O enfermeiro deve possuir conhecimento sobre as bases da fisiologia da pele para subsidiar uma boa avaliação no processo de planejamento e implementação de medidas preventivas (ROSA; MALISKA; SALUM; 2016).

A pele é o maior órgão do corpo humano de defesa que envolve toda parte externa do corpo, correspondendo cerca de 15% do peso corporal total, com o propósito de proteção do organismo contra ação de agentes externos (físicos, químicos e biológicos), controle do fluxo sanguíneo, regulação térmica, defesa orgânica e funções sensoriais (calor, frio, pressão, dor e tato) (LIMA, 2015).

A pele é formada por três camadas, são elas, epiderme, derme e hipoderme, e cada uma tem características e funções diferentes, sobre a qual repousam as camadas já citadas, permitindo que a pele se movimente livremente sobre as estruturas mais profundas do corpo (CÂMARA, 2009).

A epiderme é a camada superficial da pele, a principal função é formar uma barreira protetora do corpo, protegendo contra danos externos e dificultando a saída de água do organismo e a entrada de substâncias e de micróbios. Na epiderme encontra-se os melanócitos que produzem o pigmento que dá origem a cor da pele, chamado de melanina e células de defesa imunológica (células de Langerhans). A epiderme também dá origem aos anexos cutâneos: unhas, pelos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas (DERMATOLOGIA, 2016).

A derme localiza-se entre a epiderme e a hipoderme, formada por tecido conjuntivo (fibras de colágeno, elastina e gel coloidal) que dão elasticidade e equilíbrio à pele, também constituem de vasos sanguíneos e linfáticos, nervos e terminações nervosas. A união entre a epiderme e a derme é chamada de junção dermoepidérmica ou membrana basal, esta junção mantém o contato entre as duas camadas, fornecendo nutrientes para as células epidérmicas através dos vasos sanguíneos (SOUZA, et. al 2010)

A hipoderme é a última camada da pele, formada por células gordurosas (adipócitos), organizada em lóbulos de gordura divididos, fornecendo proteção contra traumas físicos, além disso, a hipoderme mantém a temperatura do seu corpo e acumula energia para desempenho das funções biológicas (CÂMARA, 2009).

3 LESÃO POR PRESSÃO (LP)

A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) é um órgão americano dedicado a gestão e prevenção de Lesão por Pressão, no dia 13 de Abril de 2016, anunciou como alteração na terminologia de Úlcera por Pressão por Lesão por Pressão e os estágios do sistema de classificação, devido estudos realizados em diversos países inclusive o Brasil (SILVA, 2016).

Lesão por Pressão é uma lesão da integridade da pele e/ou tecidos, geralmente ocorre em proeminências ósseas, causando dor ou não, quando acometido uma profundidade maior, perde-se a sensibilidade. A lesão pode apresentar uma pele intacta ou lesão aberta, os locais mais comuns onde se formam as lesões são as regiões sacral, calcâneos, quadris, tornozelos, portanto o cliente tem sua vida social e mental prejudicado e para o serviço de saúde geram diversos gastos e problemas (TIBES, et. al 2016).

A lesão por pressão é causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual quando não tratada, e causar diversas complicações físicas e psicológicas nos indivíduos, incluindo desconforto, dor e sofrimento, além de aumentar o risco de complicações e o tempo de internação. Sendo assim, para que o paciente não passe por isso, a enfermagem tem um papel fundamental durante o período de internação do paciente (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Compete ao enfermeiro identificar precocemente as lesões por pressão, que se classificam em estágios distintos, e adotar medidas preventivas rapidamente, que são necessárias ao cuidado relacionado à integridade da pele, tomada de decisão, estabelecer metas e aplicar todo planejamento realizado (LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016).

3.1 Classificação de Lesão por Pressão

O NPUAP no dia 13 de abril de 2016 atualizou a nomenclatura dos estágios dos sistemas de classificação, acreditando na importância da disseminação dessas informações para os profissionais. Segundo o NPUAP, a expressão descreve de forma mais clara, precisa, o tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada. O sistema de classificação atualizado inclui as seguintes definições: (NPUAP. 2016).

3.1.1 Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável

Neste estágio a pele apresenta-se intacta com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em peles mais escuras, Tem como sinais, eritema, mudanças na sensibilidade, temperatura, entumescimento podem resultar as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem a descoloração púrpura ou castanha, que podem indicar LP em tecidos mais profundos (RODRIGUES, 2008).

3.1.2 Lesão por Pressão Estágio 2: Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme

Neste estágio há exposição da derme devido a perda da pele em sua espessura parcial, o leito da ferida é viável, com coloração rosa ou vermelha, úmido e pode apresentar-se com uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. Esta lesão resulta de microclima inadequado, cisalhamento da pele, não sendo visível, tecido adiposo (gordura) e tecidos profundos. O tecido de granulação, esfacelo e escara também não estão presentes (LIMA, 2015).

Este estágio não deve ser utilizado 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) (CALIRI, et al., 2016).

3.1.3 Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

O tecido adiposo é visível neste estágio devido a perda da pele em sua espessura total e tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. O dano tissular caracteriza a profundidade mas varia conforme a localização anatômica da lesão, como áreas com adiposidade podem desenvolver lesões profundas, podendo ocorrer deslocamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica o reconhecimento da extensão da perda tissular, deve-se classifica-la como Lesão por Pressão Não Classificável (MORAES et al., 2016).

3.1.4 Lesão por Pressão Estágio 4: Perda total da espessura da pele e perda tissular

Há perda total da espessura da pele e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Podem estar visível, esfacelo e/ou escara, e ocorre frequentemente descolamento e/ou túneis e epíbole (lesão com bordas enroladas). O esfacelo ou escara pode prejudicar a identificação da extensão da perda tissular, então deve-se classificá-la como, Lesão por Pressão Não Classificável (MEIRA, et. al. 2016).

3.1.5 Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.

É a perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, há perda total da espessura da pele e tecido em que a extensão do dano tecidual no interior da úlcera não pode ser confirmada porque está coberto por esfacelo e/ou. Se o esfacelo ou escara for removido, a LPP ficará aparente e poderá ser classificado com estágio 3 ou 4.

Escara estável (seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (TIMM, et. al. 2016).

3.1.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Pele intacta ou não intacta com área localizada de vermelho escuro persistente, marrom ou roxa que não embranquece ou separação da epiderme apresentando um leito da ferida escuro ou com flictena se sangue. Apresenta dor, mudanças frequentes na temperatura que precedem alterações na cor da pele. A descoloração pode parecer diferentemente em peles mais escuras (MORAES et al., 2016).

Esta lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo, a ferida evolui rapidamente e exibe a extensão atual da lesão tissular. Quando houver tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, deve classificar como Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Em condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas não se deve utilizar esta classificação (PINTO, BRITTO, 2016).

A NPUAP, acrescentou outras definições de LP em abril de 2016, sendo elas: Lesão por Pressão relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa.(DOMANSKY,2012).

3.1.7 Definições Adicionais de Lesão por Pressão relacionada a Dispositivo Médico

Esta categoria resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos (escalpe, gelco, cateter venoso central, dispositivo de drenagem etc). A presença da LPP apresenta o formato do dispositivo utilizado. (Portanto deve-se caracterizá-la usando o sistema de classificação de lesão por pressão (TIBES, et. al, 2017).

3.1.8 Definições Adicionais de Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A LPP em membrana mucosa (interior, como nariz, boca, pulmões, etc.) é encontrada em regiões recobertas por mucosas com a utilização de um dispositivo médico. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser caracterizadas (FERNANDES, CALIRI, 2008).

4 PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO (LP)

A palavra “prevenção” significa conjunto de medidas antecipadas que visa prevenir um mal. A “lesão” constitui modificações patológicas ou traumáticas de um tecido causando perda de função de uma parte do corpo. Já a “pressão” é uma força exercida por algo que comprime, pressiona alguma coisa. (DOMANSKY, 2012).

De acordo com o Protocolo para prevenção de lesão por pressão do Ministério da Saúde, 2013, as prevenções realizadas para evitar o surgimento de LP, devem ser aplicadas a todos os pacientes vulneráveis e que estejam em risco de desenvolver LP, unindo todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado, portanto, faz-se necessário a união de toda equipe de enfermagem para reunir as melhores opiniões e coloca-las em prática, permitindo que o problema não se torne maior para o paciente, e sistema de saúde (ROSA; MALISKA; SALUM; 2016).

Goulart et. al, afirma que as LP precisam de constante manutenção da integridade da pele que impeçam complicações quaisquer. São medidas preventivas, avaliação da pele, avaliação de risco de desenvolvimento de LP, inspeção diária da pele, manejo da umidade, verificar pele limpa, seca e hidratada, uso de dispositivos/materiais que auxiliam na prevenção da LP e conferir a participação da nutricionista que impõem as dietas corretas, quando necessário fazer a implementação de fisioterapia para restaurar a circulação do corpo.

ROSA; MALISKA, SALUM, 2016 apresenta seis etapas essenciais para prevenção de LP de acordo com Ministério da Saúde, são elas:

4.1 Avaliar a LP durante a Admissão de os pacientes

Consiste em avaliar o risco de desenvolvimento de LP contemplando a mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional e a existência da mesma no corpo.

4.2. Reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados

É uma etapa de prevenção que permite o enfermeiro identificar o risco de desenvolvimento da LP e ajustar sua estratégia conforme a necessidade apresentada do paciente, sendo individualizada todo planejamento.

4.3. Inspeccionar diariamente a pele

O enfermeiro deve examinar a pele cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea. Para uma melhor inspeção deve-se ter atenção redobrada em regiões anatômicas com proeminências ósseas, escapular, trocanter, occipital, isquio, sacral, calcâneo, maleolar e regiões que são submetidas à pressão por dispositivos médicos como, drenos, tubos, bolsas, etc. (ALBUQUERQUE; et al. 2014).

É importante que a enfermagem tenha conhecimento científico para prevenir uma lesão por pressão, pois essa patologia tem um grau de risco muito grande, quando acometida é complicado e muito delicado tratar ela. Portanto, a atuação da Educação Permanente é de sua importância na prevenção das lesões por pressão, para fornecer ações educativas como treinamentos teóricos e práticos periodicamente, evitando assim, condutas errôneas, e mantendo os profissionais dentro das técnicas e informações atualizadas, promovendo alternativas para um novo plano de cuidado (MIYAZAKI, CALIRI, SANTOS, 2010).

A prevenção é um grande desafio para equipe multiprofissional e para enfermagem, mas isso não impossibilita a enfermagem de realizar planejamentos, treinamentos, ações educativas e busca de novos conhecimentos e técnicas para tratar a lesão por pressão e garantir o bem-estar físico, psicológico para o paciente (LAMÃO, QUINTÃO, NUNES, 2017).

4.4. Realizar a manutenção do paciente seco e com a pele hidratada (manejo da umidade)

Durante este processo de cuidado, a pele deve ser/estar limpa quando apresentar sujidade, incluindo agentes de limpeza suave que não cause danos a pele como, ressecamento e irritação. Alguns pacientes apresentam sudorese intensa, incontinência

urinária e fecal, extravasamento de drenos e de ferida operatória. Portanto a utilização de agentes tópicos que previne a umidade, fraldas, absorventes, curativos oclusivos é aconselhável fazer uso para minimizar o contato da pele com a umidade (STEIN; et al; 2012).

O enfermeiro deve ter conhecimento sobre o manejo dos cuidados em pacientes que apresentam risco de desenvolver LP, e também orientar sua equipe que é responsável pelo cuidado prático e mostrar a eles habilidades durante a higienização corporal do paciente, fazer uso sempre de sabão neutro, hidrantes corporais e não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. Oferecer aparatos como comadres ou papagaios durante a mudança de decúbito, prevenindo então o aparecimento de LP (LAMÃO, QUINTÃO, NUNES, 2017).

4.5 Otimização da nutrição e da hidratação

A participação de outros profissionais da saúde como nutricionistas, fisioterapeutas fortalecem o cuidado de enfermagem em pacientes que apresentam risco de desenvolver LP. A dieta oferecida ao paciente conforme prescrição médica (cpm) nem sempre é bem aceita pelo paciente podendo causar alterações no estado nutricional como desidratação, edema, inapetência, disfagia e perda de peso. Portanto o enfermeiro deve comunicar o médico responsável imediatamente e o nutricionista para avaliar necessidades calóricas, vitamínicas e minerais e demais nutrientes que vão fortalecer o estado de saúde (MARTINS; SOARES; 2008).

4.6. Minimizar a pressão exercida

É preocupante para o enfermeiro a pressão sobre proeminências ósseas, isto apresenta risco maior de desenvolvimento de LP. Deve-se então reposicionar o paciente a cada 2 horas no leito/ poltrona, para aliviar áreas susceptíveis a formar LP e aliviar a circulação sanguínea do corpo. É recomendado o uso de matérias disponíveis nas instituições para auxiliar a redistribuição da pressão como colchões, coxins, travesseiros e almofadas (GALVÃO; et al. 2017).

Quando o enfermeiro detecta o risco de desenvolvimento de LP em um paciente, ele deve orientar sua equipe para quando for reposicionar determinado paciente, que tome muito cuidado, pois a pele deste paciente é sensível, então irá romper-se durante a fricção

realizada na mudança de decúbito. O objetivo da mudança de decúbito é oferecer conforto ao paciente e diminuição do risco de surgimento de LP (ARAÚJO, et. al. 2011).

4.7 Escalas de Riscos

Diante do exposto acima é necessária implementação de ferramentas que mensuram e norteiam os enfermeiros para as condutas que melhor se aplicam e facilite a execução das ações de prevenção das lesões. No entanto o enfermeiro tem como ferramenta escalas de risco que identificam pacientes que possuem risco de desenvolvimento de LP. São elas: Escala de Braden, Norton, Gosnell, Waterlow.

A escala de Braden é composta por seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade fricção e cisalhamento, estado nutricional. Sua pontuação é de 1 a 4, porém fricção e cisalhamento, varia de 1 a 3. A somatória final indica os valores de 6 a 23 pontos. O escore mais alto indica baixo risco de desenvolvimento de LP. Já os escore baixos indicam alto risco para desenvolvimento de LP (VOCCI, 2016).

Em 1962 foi criada a escala de Norton, é dividida em cinco sub-escalas: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. Cada parâmetro é avaliado com valores de 1 a 4, chegando a um escore de 20. Quanto menor for o escore maior será o risco para desenvolvimento de LP (SANTOS; NEVES; SANTOS; 2013).

Em 1973 Gosnell adapta a escala de Norton acrescentando nutrição e retirando a condição física e adiciona avaliação da integridade da pele, aparência, tonalidade e a sensibilidade. Essa escala varia de 5 pontos o valor mais baixo (menor risco) a 20 pontos o valor mais alto (maior risco de desenvolvimento de LP) (LIMA; GUERRA; 2011).

Em 1985 foi desenvolvida a escala de Waterlow, é dividida em 10 sub-escalas: peso/altura, sexo/idade, continência, tipo de pele, mobilidade, déficit neurológico, apetite, má nutrição tecidual, cirurgias de grande porte, trauma e medicação. Sua pontuação é classificada em risco, sendo alto risco, risco muito alto (ROSA, 2016).

4.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é uma prática considerado como atividade privativa do enfermeiro, onde utilizando métodos e estratégias como para auxílio durante o trabalho, baseando em princípios científicos para avaliação da situação, tomada de decisões, solução de problemas do processo de

saúde/doença. O primeiro passo para a enfermagem implementar a SAE é escolher a teoria de enfermagem que baseia em: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento dos resultados esperados, implementação da assistência de enfermagem e avaliação da assistência de enfermagem (ZANARDO, ZANARDO, KAEFER, 2011).

O Processo de Enfermagem promove autonomia, independência e especificidade à profissão, à medida em que subsidia o enfermeiro na interpretação, análise e julgamento dos problemas de saúde/doença. De acordo com a Lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, ressalta no art, 11, as atividades exclusivas do enfermeiro no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem, bem como na consulta e na prescrição da assistência de Enfermagem (FONTES, LEADEBAL, FERREIRA, 2010).

Conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, a implantação da SAE deve ser realizada em todas as instituições de saúde, públicas e privadas. O método científico que deve ser utilizado para a SAE é denominado “Processo de enfermagem” (PE) e é preconizado como contribuinte para o gerenciamento da sistematização das ações profissionais (SANTOS, 2016).

Assim, a SAE, torna-se uma ação eficaz na prevenção da LP, ofertando ao paciente o essencial da enfermagem: cuidar do outro quando este não consegue fazê-lo ou precisa de auxílio como orientação ou supervisão. A SAE possibilita ao enfermeiro de exercer a arte do cuidar, melhorando o atendimento individualizando ao paciente, planejando, analisando e realizando as suas devidas condutas (JÚNIOR, et. al, 2015).

5 FATORES DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO

Fatores de Risco são condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver uma doença ou um agravo à saúde. Os fatores de risco que podem desenvolver uma lesão por pressão são classificados como intrínsecos e extrínsecos, sendo intrínsecos: idade, redução da mobilidade ou imobilidade, déficit sensorial, alteração no nível de consciência, doenças agudas e crônicas, história de LPP, estado nutricional (PINTO, 2012).

Os fatores extrínsecos são: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade. A pressão é considerada o principal fator causador da lesão por pressão, sua intensidade, duração e a tolerância tecidual estão relacionados a imobilidade, atividade e a percepção sensorial (BLANES, AUGUSTO, 2016).

São complicações que impossibilitam melhorias na saúde: déficit de mobilidade/sensibilidade, desequilíbrio hidroeletrolítico, fricção constante, cisalhamento, edema, doenças sistêmicas, idade, alimentação, medicação, distúrbios metabólicos e alterações neurológicas e permanência de internação. Assim sendo o enfermeiro precisa avaliar constantemente a assistência prestada, se possível buscar auxílio na educação permanente para garantir melhoria da qualidade das ações prestadas por toda equipe (ROSA; MALISKA; SALUM; 2016).

Esses fatores de risco contribuem para o surgimento de lesão por pressão, e a enfermagem atua com medidas preventivas como: a utilização da escala de avaliação do grau de risco, identificação dos fatores de risco, avaliação do grau de risco de forma individualizada, planeja e realizar um plano de cuidado incluindo um colchão de poliuretano, mudança de decúbito, proteger proeminências ósseas, calcâneas com rolos e travesseiros, estimular a deambulação, exame físico completo, programas educativos para equipe de enfermagem, avaliar a necessidade do uso de materiais de curativo, realizar também .hidratação da pele e sempre inspecionar a pele (MEDEIROS, LOPES, JORGE, 2009).

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Material

Trata-se de uma pesquisa qualitativa através da análise de conteúdo de Bardin, com objetivo de analisar os procedimentos realizados e implementados pela enfermagem, para prevenir a lesão por pressão.

6.2 Métodos

Os entrevistados foram abordados por meio de um roteiro de entrevista aplicado durante o segundo semestre de 2017, buscando esclarecer a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), verificar a dificuldade encontrada pela enfermagem em aplicar estratégias de prevenção na lesão por pressão, visar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as recomendações para prevenir a LP. Após os resultados das entrevistas foram avaliadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin.

A análise de conteúdo de Bardin consiste na interpretação, organização e sistematização de conteúdo textuais obtidos através das entrevistas, com o objetivo principal de explorar e interpretar determinado objeto de interesse. Pode ser classificado em quantitativo de caráter objetivo, embasada em procedimentos estatísticos da descrição de conteúdos textuais ou qualitativa de caráter subjetivo, embasada na formação e averiguação intuitiva de hipóteses. A análise de conteúdo compreende três fases: a) pré análise consiste na organização e preparação do material a ser analisado com distinção e delimitação do texto; b) exploração do material consiste na sistematização das categorias e unidades textuais com base no objetivo da pesquisa; c) tratamento dos resultados, interferência e interpretação, abrange a avaliação do conteúdo adquirido para obtenção dos indicadores adequados ao objetivo do texto e a consolidação das informações obtidas (BARDIN, 2002).

A pesquisa foi realizada através de um entrevista com 10 enfermeiros responsáveis por supervisionar um determinado setor de internação clínica em um hospital de médio porte do município. Os enfermeiros foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa aleatoriamente, comunicados sobre o propósito do trabalho e o conteúdo da entrevista, bem como a forma de gravação por meio de áudio que, depois da devida autorização seria transcrito na íntegra e transformado em categorias de análise.

Porém alguns se recusaram a gravar o áudio e optaram por escrever no roteiro de entrevista e depois ser transcrito no trabalho.

A pesquisa foi realizada somente após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas – FEPESMIG sob o Parecer nº 1.286.226.

7 RESULTADOS

A análise dos dados se deu por meio de uma entrevista gravada com 1 enfermeiro e um questionário respondido a escrita por 10 enfermeiros, os quais foram aleatoriamente convidados a participar do projeto para conhecer as estratégias implementadas na prevenção da LP.

Lobato et al (2017) afirma que a LP 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, causando cisalhamento, fricção e peso que desenvolve a LP.

Para melhor compreensão à narrativa dos entrevistados, após a transcrição das entrevistas na íntegra optou-se por utilizar ENF de análise, buscando elucidar as respostas dados pelos entrevistados. Os profissionais entrevistados relataram de forma escrita o que entende-se de Lesão por Pressão.

ENF de Análise 1: *“Constitui em, uma pressão aumentada em determinada proeminência óssea faltando suprimento sanguíneo local, tendo 4 estágios (1, 2, 3 e 4).*

ENF de Análise 2: *“Alteração tecidual causada devido pressão aumentada por im período prolongado, ocasionando pela falta de oxigênio e suprimento de nutrientes no tecido”*

ENF de Análise 3: *“Lesão por Pressão se caracteriza por indicar uma extensão do dano tissular ou descontinuidade tissular. Mais esclarecido é dano causado a pele ou tecidos moles adjacentes ou sobre proeminências ósseas. É apresentada em 4 estágios (1, 2, 3, 4)”.*

ENF de Análise 4: *“Ocorre devido a falta de nutrientes e oxigênio, diminuição da mobilidade física, levando a isquemia local. Normalmente em locais de proeminências óssea. Classificada em grau I, II, III”.*

ENF de Análise 5: *“Lesão provocada pela pressão das proeminências ósseas contra os tecidos moles (musculatura, tecido adiposo e pele”.*

Segundo Martins e Soares (2008) as medidas de prevenção realizadas pelos enfermeiros é um trabalho eficaz quando há um conhecimento teórico-científico sobre a etiologia e também da realidade da instituição.

Para se obter uma prevenção de qualidade é fundamental o conhecimento sobre como a LP se desenvolve, suas causas, os fatores de risco, intervenções que reduzem riscos de complicações, para melhor custo benefício da prevenção (ROLIM, et. al, 2013).

Tem-se como instrumento de auxílio durante a realização da prevenção escalas de avaliação de risco, são elas: Braden, Norton, Gosnell e Waterlow porém a mais utilizada no Brasil e na instituição escolhida para aplicar o questionário de entrevista foi a Escala de Braden que foi validada e adaptado no Brasil em 1999 e desde então é usada em várias instituições brasileiras de saúde. Assim a escala de Braden apresenta-se como um instrumento eficaz no auxílio ao enfermeiro quando em processo de avaliação, para adotar medidas preventivas (PINTO, BRITTO, 2016).

O enfermeiro deve estar sempre tomando de decisão corretas, avaliando e aplicando técnicas e adequação nos cuidados realizados, avaliando suas reais necessidades, sendo imprescindível, que o cuidado de enfermagem seja realizado de forma individualizada, com a participação do paciente e fundamentada em bases científicas para que não haja dificuldades durante todo o processo (STEIN, et al. 2012).

Neste sentido, buscou-se compreender o planejamento realizado para prevenir a LP e as dificuldades encontradas durante o processo.

ENF de Análise 1: *“Oriento os funcionários sobre a correta mudança de decúbito descomprimindo as áreas de proeminência óssea. Dificuldade: adesão da equipe e material disponibilizado”.*

ENF de Análise 2: *“Primeiramente colho o histórico do paciente com doenças de base, estilo de vida, situação nutricional, etc. Após, realizo o exame físico avaliando a pele, proeminências óssea, edemas, obesidade, desidratação, distúrbios vasculares e etc. Posteriormente monto um plano de cuidados elaborando ações de enfermagem (cuidados), a ferramenta que utilizo no CTI é a escala de Braden. Uma das orientações para prevenção de lesão é a mudança frequente de decúbito, instalação de plástico filme em regiões candidatas a lesões, uso de colchão pneumático, hidratação da pele, observar e acompanhar estado nutricional, manter roupa de cama (lençol) sempre esticado, evitando dobras para evitar atrito.*

ENF de Análise 3: *“Através de uma educação permanente, dentro de protocolos da instituição para ofertar o melhor cuidado. Mudança de decúbito de 2/2 horas, utilizar adjuvantes de proteção de proeminências ósseas e uma equipe sincronizada. *Colaborar c/ empatia...”.*

ENF de Análise 4: *“Aplicação da escala de Braden, avaliação de proeminências ósseas, mudança de decúbito frequente”.*

ENF de Análise 5: *“Primeiro verificar as limitações dos pacientes p/ mudança de decúbito. Depois reunir equipe (enfermagem) cuidadores e família na conscientização da importância da mudança de decúbito a cada 2/3 horas.*

As LP tornam – se cada vez mais um problema no ramo da saúde, afetam pacientes, nos lares, nos centros de saúde, nas instituições hospitalares e, em particulares, nas unidades de terapia intensiva. A assistência planejada e prestada pelos enfermeiros tem como ferramenta aparatos tecnológicos modernos disponível que auxiliam durante todo trabalho desenvolvido, para dar continuidade e termino no processo de cuidado (LIMA, et. al. 2016).

Portanto os enfermeiros contam com um avanço na tecnologia bem mais moderno que em outros tempos passados na história. Diante desta modernidade, cabe o enfermeiro fazer uso desses avanços para otimizar sua assistência, tornando, o cuidar mais eficaz (LIMA, et. al. 2016).

Ao refletir sobre o uso da tecnologia na pratica dos enfermeiros como ferramenta de trabalho, foi abordado aos enfermeiros participantes qual ideia para implementar na qualidade da assistência prestada ao cliente evitando o início de uma lesão por pressão. No entanto observa-se a preocupação dos participantes em aplicar estratégias para prevenir a LP, enfatizando a importância da mudança de decúbito, orientações, aulas administradas pela Educação Permanente. Segue-se as respostas a abaixo:

ENF de Análise 1: *“A ideia já tivemos que é o projeto mudar é preciso. Revigorando-o e revendo o processo continuamente”.*

ENF de Análise 2: *“A utilização de placa de hidrocolóide como curativo, digo, utilizando prevenção de lesão. Participar de cursos de atualização sobre o tema p/ colocar em prática novas técnicas”.*

ENF de Análise 3: *“Que realmente funcione às medidas de decúbitos talvez gincanas pelo melhor cuidado, ofertar brindes. Quem sabe ou mexer nos benefícios ofertados pela Empresa. Mas a empatia está acima de TUDO... Espero que tudo mude um dia de 2/2 horas.”*

ENF de Análise 4: *“Programas educacionais para os colaboradores, familiares e acompanhantes”*

ENF de Análise 5: *“Solicitar colchão adequado e hidratação da pele. Verificar deficiências nutricionais e trabalhar c/ nutricionista e médico.*

As intervenções preventivas executado pelo enfermeiro, encurtam o agravo da LP e atingem resultados positivos quando os enfermeiros tomam decisões voltadas para a prevenção da LP, durante a hospitalização, sendo possível a redução de custos e tempo de internação, gerando uma qualidade de vida satisfatória (CALDINI. et. al. 2017).

8 DISCUSSÃO

O empenho dos enfermeiros e da equipe multidisciplinar depende da boa comunicação e implementação de instrumentos e ferramentas que padronizem as ações entre eles. É a melhor forma de combater a instalação de LP. O cuidado padronizado mantém a sequência da assistência, com isso o tempo de internação e melhora no quadro clínico será rápido (CALDINI. et. al. 2017).

Em relação ao nível de conhecimento dos enfermeiros quando questionados sobre seu entendimento de LP, todos conseguiram identificar corretamente sobre o assunto porém diante dos novos estágios de classificação de LP de acordo com a NPUAP, não foram encontradas nas respostas, mas, foi possível identificar a pretensão de ações educativas para novos conhecimentos de acordo com as mudanças realizadas pela NPUAP em 2016 (NPUAP, 2016).

Foi possível identificar no segundo questionamento a percepção dos enfermeiros frente as medidas preventivas realizadas por eles, benefícios esperados, planejamentos e seu papel como educador, contribuindo assim no reestabelecimento do paciente. As dificuldades encontradas pelos enfermeiros foram poucas, porém importantes para a continuidade do cuidado prestado.

Como destaque conforme questão acima, apenas um enfermeiro informou realizar anamnese durante a admissão do paciente, colher o histórico do paciente e doenças de base, o estilo de vida, situação nutricional. Após realizar o exame físico, ele também avalia a pele e proeminências ósseas, edemas, obesidade, desidratação, em seguida este profissional realiza um plano de cuidado utilizando como auxílio a Escala de Braden.

Na questão relacionada ao planejamento de cuidados, observa-se que a maioria dos profissionais não realizam anamnese, exame físico, inspeção diária e uso de instrumentos que auxiliam no plano de cuidado. Uma boa avaliação é imprescindível para a prevenção adequada, deve-se haver maior interesse e esforço dos enfermeiros.

Sobre ideias para implementar na qualidade prestadas, foram descritas pelos enfermeiros no questionamento o uso de placa de hidrocolóide, projeto mudar é preciso, mudança de decúbito, gincanas, programas educacionais para a equipe de saúde, família, educador e colchões adequados e hidratação da pele. O conhecimento de anatomofisiologia da pele e LP é suficiente para que eles desenvolvam e escolham o melhor cuidado.

Esperava-se a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que contempla o cuidado na prevenção

Com base nas respostas obtidas neste estudo, os enfermeiros possuem conhecimentos suficientes para prevenir uma LP, mais não possuem conhecimento adequado quanto a nova classificação conforme alterado na NPUAP em 2016. Não foi possível verificar a utilização da SAE e escalas de risco, anamnese, exame físico diariamente, o envolvimento da equipe multidisciplinar. Foi citadas estratégias novas como implementação de programas educacionais para cuidadores, familiares e profissionais, gincanas, a inclusão do nutricionista e cursos de atualização do tema.

Desse modo, ressalta-se que se faz necessário que a instituição promova treinamento para a qualificação dos enfermeiros afim de que eles possam prestar assistência de forma padronizada, consensual para melhor a assistência e diminuir o tempo de internação promovendo a qualidade de vida dos pacientes.

Cabe ressaltar, que o grande fluxo de pacientes, a elevada taxa de internações e a sobrecarga de trabalho prejudicam o desempenho da equipe de enfermagem, impedindo a prestar assistência mais qualificada e busca de novos conhecimentos, deixando passar despercebidas algumas informações importantes que podem colocar em risco a segurança do paciente.

9 CONCLUSÃO

Esta pesquisa demonstrou que a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção de LP ocorre, muitas vezes habitual e os enfermeiros não realizam a vistoria desse cuidado, sendo uma conduta errada, pois a avaliação da assistência prestada permite a detecção dos problemas, isso possibilita melhorias da qualidade do cuidado. Diante disto os enfermeiros precisam avaliar constantemente a assistência prestada e buscar recursos quando não efetivo as ações realizadas.

De acordo com a pesquisa as dificuldades de prevenir apontam as deficiências nos recursos humanos, a capacitação e falta de adesão da equipe, e nos recursos materiais para promover o conforto e segurança ao paciente. Recomendam-se o estabelecimento de protocolo de prevenção de LP que demonstra o valor desta prática e que guia os profissionais nos momentos de dificuldades, estratégias que possibilitam a prevenção de LP.

A OMS lançou um protocolo de prevenção de LP que visa prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões de pele, visto que é de fácil acesso via internet que possibilita o entendimento de qualquer profissional e guias para medidas de prevenção efetivas e contribuem para o restabelecimento do paciente. Assim a busca constante pelo conhecimento deve permanecer no cotidiano do enfermeiro.

Compete ao enfermeiro fornecer orientações contínuas para sua equipe desde admissão até o momento da alta, onde o enfermeiro deve realizar avaliação da pele, avaliação de risco de desenvolvimento de LP, inspeção diária da pele, manejo da umidade, verificar pele limpa, seca e hidratada, uso de dispositivos/materiais e conferir a participação da nutricionista que impõem as dietas corretas, quando necessário fazer a implementação de fisioterapia para restaurar a circulação do corpo. Além de realizar anamnese e exame físico quando admitidos no setor. Deve estar atendo às dúvidas do paciente e familiares e esclarecê-las, provendo subsídios para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

THE IMPORTANCE OF ASSISTANCE PROVIDED BY THE NURSING TEAM TO
THE PATIENT IN THE PREVENTION OF PRESSURE INJURY

Lhais Aparecida Teodoro
Profª Ma. Denise Maria Osugui

ABSTRACT

This study addresses the importance of the assistance provided by the nursing team to the patient in the prevention of pressure injury, justified by the importance of the prevention that must be performed to avoid pressure injury and aggravations. The objective of this study is to investigate the use of nursing care systematization (SAE), to discover the difficulties encountered by nursing in applying prevention strategies in Pressure Injury, to analyze scientific knowledge about pressure injury. This is a qualitative, described and transversal research carried out through the content analysis of Bardin, which consists of the interpretation, organization and systematization of textual content obtained through the interviews, through an interview script applied to nurses in a surgical clinic of a general hospital in southern Minas Gerais, audio interviews were recorded and transcribed for analysis. The study included 5 nurses who fit the criteria for inclusion in the study. The results indicate that nursing has sufficient knowledge to prevent an LP, but not enough knowledge about the new classification as amended in the NPUAP in 2016. In addition, it was not possible to verify the use of SAE and risk scales, anamnesis, daily physical examination, the involvement of the multidisciplinary team. At the end, it is important to emphasize the importance of continuing education in the training of the nursing team and the development of an LP prevention protocol that demonstrates the value of this practice and guides the professionals in times of difficulties, strategies that allow LP prevention.

Keywords: Pressure Injury, Prevention, Strategies.

REFERÊNCIAS

ALVES, Ângela Rodrigues et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão no paciente hospitalizado. Rev. Inst. Ciênc. Saúde, São Paulo, p. 397-402, 2008

ARAÚJO, Thiago Moura de et al. **Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão.** Revista Brasileira de Enfermagem: REBEN, Brasília, v. 4, p.6-671, 2011

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** 2013. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-pressao>>. Acesso em: 28 maio. 2017.

BLANES, Leila; AUGUSTO, Fabiana S. **Protocolo: prevenção de úlcera por pressão.** Hospital de São Paulo, São Paulo, v. 0, n. 0, p. 15, jan. 2015.

CALDINI, Luana Nunes. et. al. **Intervenções e resultados de enfermagem para risco de lesão por pressão em pacientes críticos.** Rev. Rene. Fortaleza. v. 5, n.18, p. 598-605. 2017

CALIRI, Maria Helena Larcher et al. **Classificação das lesões por pressão.** 2016. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br>>. Acesso em: 17 maio 2017

CÂMARA, Vivianne Lira da. **Anatomia e Fisiologia da Pele.** 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2054/anatomia_e_fisiologia_da_pele.htm>. Acesso em: 18 maio 2017.

DERMATOLOGIA, Sociedade Brasileira de. **Conheça a pele.** 2016. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/cuidado/conheca-a-pele/>>. Acesso em: 17 maio 2017.

DOMANSKY. Rita de Cássia. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: recomendações baseadas em evidências.** Editora Rubio. v.1, n. 1, p. 2014. 352p. Rio de Janeiro. 2012

FERREIRA, Marcello; LOGUERCIO, Rochele de Quadros. **Análise de Competências em Projeto Pedagógicos de Licenciatura em Física a Distância.** Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. v. 16, n. 2. p. 389-419. Ago. 2016

FERNANDES, Luciana Magnani; CALIRI, Maria Helena Larcher. **O uso da escala de braden e de Glasgow para identificação do risco para úlcera de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva.** Rev Latino-am Enfermagem. v. 6, n. 16, p. 33-38, agosto. 2008

FONTES, Wilma Dias de, LEADERBAL, Oriana Deyze Correia Paiva, FERREIRA, Jocelly de Araújo. **Competências para aplicação do processo de enfermagem:** auto

avaliação de discentes concluintes do curso de graduação. Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 3. p. 86-94, jul-set. 2010.

GALVÃO, Nariani Souza et al. **Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão.** Revista Brasileira de Enfermagem –REBEn. v. 70, n. 2, p. 8-312. Mar-abril. 2017

JÚNIOR, Belarmino Santos de, et. al. **Análise da assistência de enfermagem á idoso com risco de desenvolver úlcera por pressão.** Congresso Internacional de envelhecimento humano. v. 2, n. 1, p. 9. 2015.

LAMÃO, Luana Corrêa Lima; QUINTÃO, Vanilda Araújo; NUNES. Clara Reis. **Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão.** Revista científica interdisciplinar, Santa catatina, v. 1, n. 1, p. 122-181, out. 2016.

LIMA, Ana Ruth Vieira de. et. al. **TECNOLOGIA NO CUIDADO AO PACIENTE INTERNADO NUMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA: SEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.** Centro Universitário Católica de Quixadá. Ceará. v.1, n. 1, p. 2. 2016

LIMA, Roberto Barbosa. **A pele.** 2015. Disponível em: <www.dermatologia.net>. Acesso em: 15 maio 2017.

LISE, Fernanda, SILVA, Lurdes Chiossi da. **Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador.** Revista Científica de América Latina. Maringá. v. 29, n. 2, p. 85-89. 2007.

LOBATO, Carolina Pereira. et. al. **Lesão por pressão.** TeleCondutas. v. 1, n. 1, p. 3-21, Porto Alegre. 2017.

MARTINS, Dulce Aparecida, SOARES, Fabiana Fernandes Rego. **Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlcera de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de minas gerais.** cogitare enfermagem, 2008. v.1, n, 13, p. 7-83. 2008.

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas;

JORGE, Maria Salete Bessa. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros.** Rev. Esc Enfermagem USP, v.43, n. 1, p 223-228, São Paulo, 2009

MEIRA, Mariana do Valle, et. al. **Tratamento de lesões por pressão com gel à base de solução salina 20%: relato de caso.** Revista Pelle Sana. v. 3, n. 01, 2016

MIYAZAKI, Margareth Yuri, CALIRI, Maria Helena Larcher, SANTOS, Claudia Benedita dos. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, SP. v. 6, n.18, p. 10, nov-dez. 2010

MORAES, Juliano Teixeira et al. **Conceito e classificação de lesão por pressão:** Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro: RECOM, Itaúna, p.2292-2306, maio 2016

MORO, Adriana et. al. **Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados.** Rev. Assoc Med Bras. Santa Catarina, v. 4, n 53, p. 4-300, 2007

MOZZATO, Anelise Rabelato; GRYBOVSKI, Denize. **Análise de conteúdo como técnica de análise de dados quantitativos no campo da administração:** potencial e desafios. Anpad, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul. 2016.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do, et. al. **Sistematização da assistência de enfermagem:** vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev. Esc. Enfermagem, São Paulo. v. 4. N. 42. p. 8-643. 2008.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure Ulcer stages revised by NPUAP.** 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/pr2.htm>>. Acesso em: 22 julho 2017. 2016

PINTO, Aline Avanzi Marques; BRITTO, Heloisa de Almeida Sanches Pinheiro de. **Uso da escala de braden e sua aplicação na atenção primária na prevenção de lesão por pressão.** p. 14, Assis, São Paulo, 2016

PINTO, Eriana Nascimento. **Medidas preventivas relacionadas à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente:** revisão integrativa. 2012. 194 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Avaliação de risco de úlcera por pressão:** propriedades de medida da versão em português da escala de Walterlow. São Paulo v. 2, n 20, p. 50-143, Ago/dez. 2006

ROLIM, Jaiany Alencar. **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO COTIDIANO DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – REVRENE, Ceará, v. 1, n. 14, p. 57-148. 2013.

SANTOS, Renata Celidônio Machado dos Santos. **Sistematização da assistência de enfermagem:** construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico. Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis. p. 126. 2016

SERPA, L. F. et al. **Validade preditiva da escala de braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos.** Rev, latino-am. enfermagem, Sao paulo, v. 19, n. 1, p. 50-57, jan./fev. 2011.

SOUZA, Tháís Sanglard de et al. **Estudo clínico sobre úlcera por pressão.** Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn. v. 3, n 63, p. 470, mai-jun. 2010.

STEIN, Emanoeli Agnes. **AÇÕES DOS ENFERMEIROS NA GERÊNCIA DO CUIDADO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UNIDADE**

DE TERAPIA INTENSIVA. Revista de Pesquisa da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. v. 3, n. 4, p. 2-9. 2012.

TIBES, Chris Mayara et al. **Processamento de imagens em dispositivos móveis para classificar lesões por pressão.** Revista de enfermagem - reuol, São paulo, v. 11, n. 10, p. 384, jul./nov. 2017.

TIMM, Arlete Maria Brentano et. al. **Prevenção de úlcera por pressão.** Protocolo de Serviço do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria. p. 44. 2016

VOCCI, Marcelli Cristine. **ESCALA DE BRADEN Q.** Informativo para supervisão e cuidado com a pele/mucosa e avaliação de risco de lesões por pressão em pacientes pediátricos. v.1, n. 1, p. 1-16. 2016

ZANARDO, Graziani Maidana, ZANARDO, Guilherme Maidana, KAEFER, Cristina Thum. **Sistematização da assistência de enfermagem.** Revista contexto & saúde. Ijuí. v. 10, n. 20, p. 1371-1374, 2011

APÊNDICE I



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A importância da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção da lesão por pressão **Pesquisador Responsável:** Denise Maria Osugui
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário do Sul de Minas - Unis/MG

Telefone para contato: (35) 9 9972-7147

Nome da responsável: _____

Idade: _____

Anos: _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “A importância da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção da Lesão por Pressão”, de responsabilidade da pesquisadora Denise Maria Osugui. O qual tem por objetivo conhecer as estratégias implementadas na prevenção pela enfermagem. Tem como objetivo geral investigar a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), verificar a dificuldade encontrada pela enfermagem em aplicar estratégias de prevenção na Lesão por Pressão, analisar os conhecimentos científicos sobre lesão por pressão.

Este projeto justifica-se pela importância da prevenção que deve ser realizada para evitar lesão por pressão e agravamentos. Tem como objetivo geral demonstrar a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção da lesão por pressão

Será por meio de um roteiro de entrevista, aplicado no Hospital Humanitas com os(as) enfermeiros(as) e durante a entrevista serão gravados os áudios e transcritos para uma análise.

Para que este objetivo seja alcançado, convido-lhe a participar deste estudo, não oferecerá nenhum risco à vida dos participantes, será respeitado seu anonimato, sua individualidade, opiniões e a recusa de caso houver. Tem-se como benefício esperado compreender os dados coletados e observar o quanto é importante o enfermeiro prestar um cuidado especializado, planejado e com qualidade e seu papel de educador em saúde, contribuindo assim no reestabelecimento do paciente. A participação na pesquisa é voluntária e será garantida a confidencialidade das informações geradas e privacidade do sujeito da pesquisa. Pesquisadora: Lhais Aparecida Teodoro Após ter sido orientada e esclarecida sobre os objetivos da mesma, concordo em participar da pesquisa.

Varginha, _____ de _____ de 2017

Denise Maria Osugui

Eu, _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

APÊNDICE II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Varginha, 22 de Junho de 2017.

Ilustríssimo(a) Senhor(a) Denise Maria Osugui.

Eu, Lhais Aparecida Teodoro responsável principal pelo projeto de pesquisa em campo de Iniciação Científica em nível de graduação, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa do Centro Universitário do Sul de Minas, no setor de internação clínica, sob o título: A importância da assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção da lesão por pressão. Orientada pela Professora: Denise Maria Osugui


Este projeto de pesquisa tem como objetivo descrever as estratégias implementadas na prevenção pela enfermagem. O procedimento adotado será uma entrevista entregue juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada entrevistado (a) participante da equipe de enfermagem da unidade de internação clínica. O presente estudo não oferecerá nenhum risco à vida dos participantes, será respeitado seu anonimato, sua individualidade, opiniões e a recusa de resposta quando julgar oportuno durante o período da coleta de dados que acontecerá no segundo semestre de 2017.

Espera-se com este trabalho oferecer informações para a sociedade a respeito dos cuidados domiciliares, oferecendo informações que possam prevenir lesão por pressão e atuantes da área ofertar conhecimento técnico-científico e implementação de estratégias no campo de trabalho, promovendo qualidade de vida.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário do Sul de Minas e pelos pesquisadores Lhais Aparecida Teodoro (lalalhais@hotmail.com) e Denise Maria Osugui (Deniseosugui@gmail.com)

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.



Dr. Alexandre de Jesus Braga
Diretor Presidente

Autorização Institucional

Eu, Alexandre Peloso Braga responsável pela instituição Unimed Vespasina Cooperativa de Trabalho Médica declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466/12 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Informamos ainda, que é prerrogativa desta instituição proceder a re-análise ética da pesquisa, solicitando, portanto, o parecer de ratificação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos desta Instituição (se houver).

Isaís Aparecida Tuedero

Pesquisador(a)

Dr. Alexandre Peloso Braga
Diretor Presidente

Responsável pela instituição

Dea Mai Or

Enfermeira – Hospital Humanitas - Unimed

Dea Mai Or

Orientador(a)

Documento em duas vias:

1ª via instituição

2ª via pesquisadores

Observação: informamos que no curso de graduação o responsável pela pesquisa é o professor/orientador.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____ Idade: _____

Tempo de Formação: _____

Cursos especializados: _____

Pós-Graduação () Mestrado () Doutorado ()

O que você entende de Lesão por Pressão?

Como você realiza o planejamento de cuidados para prevenir uma lesão por pressão? Quais as dificuldades encontradas?

Você tem alguma ideia para implantar na qualidade da assistência prestada ao cliente evitando o início de uma lesão por pressão?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Pesquisador: DENISE MARIA OSUGUI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78419317.0.0000.5111

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas-FEPESMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.379.301

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem apresentado, deixando claro seus objetivos, hipóteses, riscos e a metodologia a ser utilizada.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente na prevenção da lesão por pressão.

Específicos:

- Verificar a utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE);
- Verificar a dificuldade encontrada pela enfermagem em aplicar estratégias de prevenção na lesão por pressão;
- Visar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as recomendações para prevenir a LPP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não oferecerá nenhum risco à vida dos participantes, será respeitado seu anonimato, sua individualidade, opiniões e a recusa de resposta quando julgar oportuno.

Benefícios: Compreender o quanto é importante o enfermeiro prestar um cuidado individualizado e

Endereço: Avenida Alzira Barra Gazzola, 650
Bairro: Bairro Aeroporto **CEP:** 37.010-540
UF: MG **Município:** VARGINHA
Telefone: (35)3219-5291 **Fax:** (35)3219-5251 **E-mail:** etica@unis.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA DO SUL DE MINAS-
FEPESMIG



Continuação do Parecer: 2.379.301

ter um papel de educador em saúde, contribuindo assim na prevenção de danos ao paciente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta-se coerente com a proposta e não oferece riscos éticos em sua operacionalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos necessários para pesquisa. Os termos encontram-se no anexo que contém o projeto de pesquisa e o anexo do apêndice (termo de consentimento livre e esclarecido).

Recomendações:

Para garantir maior sigilo aos participantes, retirar o campo do nome no roteiro de entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta-se coerente com a proposta e não fere princípios éticos em sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP concorda com o parecer do relator e opina pela aprovação deste protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1005779.pdf	03/10/2017 20:33:19		Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	03/10/2017 20:32:33	DENISE MARIA OSUGUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice.pdf	02/10/2017 17:51:48	DENISE MARIA OSUGUI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	02/10/2017 17:45:12	DENISE MARIA OSUGUI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Alzira Barra Gazzola, 650
Bairro: Bairro Aeroporto CEP: 37.010-540
UF: MG Município: VARGINHA
Telefone: (35)3219-5291 Fax: (35)3219-5251 E-mail: etica@unis.edu.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela proteção por guiar os meus caminhos, possibilitar oportunidades, orientar minhas decisões e por nunca me abandonar a minha caminhada. Aos meus pais, José Francisco Teodoro e Marlene Aparecida Tereza (falecida), pela dedicação, amor, compreensão, incentivo e apoio por todos esses anos. Obrigada por me ensinarem a lutar e persistir, por acreditarem em minha capacidade e sempre investirem nos meus sonhos e estudos. Ao meu melhor amigo e namorado Marcelo Francisco Vitorino Junior, por colaborar, apoiar e incentivar nessa fase importante, obrigada por você acreditar no meu potencial. A toda a minha família, por serem minha base e meu refúgio. À minha orientadora Prof.^a. Ma. Denise Maria Osugui, pelos sinceros e sábios conselhos, pela disponibilidade, empenho e competência que culminaram na realização deste trabalho. À coordenadora do curso de Enfermagem Prof.^a. Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro, por toda sinceridade, compreensão, conselhos e confiança que me depositou desde o início do curso. A todos os professores que fizeram parte desta longa e difícil caminhada, em especial, Prof.^a. Daniela Scotini Carneiro, que me auxiliaram no decorrer dos meus estudos, ensinando e acreditando em mim. Às minhas inseparáveis amigas e companheiras Amanda Tânus, Crislayne Brito, Leticia Vilela, por toda ajuda, motivação, conhecimentos, estudos e sorrisos. Vocês são muito especiais para mim! Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para o meu aprendizado e crescimento, auxiliando nas minhas conquistas.