

## Lesão por Pressão: Medidas Terapêuticas Utilizadas por Profissionais de Enfermagem

### Lesion by pressure: Therapeutic measures used by nursing professionals

Analine de Souza Bandeira Correia<sup>1</sup>

Iolanda Beserra da Costa Santos<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivos:** Verificar a prática referente à avaliação da pele e do risco de desenvolvimento de lesão por pressão (LP) nos pacientes; identificar as medidas utilizadas pela equipe de enfermagem, na prevenção e uso de terapia tópica de lesões por pressão (LP); Investigar quais as dificuldades para cuidar da LP interpostas pelo ambiente de trabalho. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado nas Clínicas: Médica, Cirúrgica e UTI de Hospital de Ensino em João Pessoa/PB. Realizado com a equipe de enfermagem por meio de um questionário estruturado com variáveis de caracterização dos participantes e de cuidados preventivos e terapia tópica da LP. **Resultados:** Participaram 32 profissionais, onde 50% foram enfermeiros e 50% técnicos de enfermagem. Os cuidados realizados pela equipe de enfermagem ao portador de LP foram a avaliação da pele dos pacientes na admissão em 100% dos enfermeiros e 56,3% técnicos de enfermagem, o melhor momento para realizar este cuidado para 57,2% dos enfermeiros e 50% técnicos de enfermagem é o banho no leito. A avaliação do risco dos pacientes para desenvolver LP, 100% dos enfermeiros e 93,8% dos técnicos mencionaram realizá-la, sobre o modo como a realizam, 68,8% dos enfermeiros informaram utilizar a Escala de Braden. **Conclusão:** Os principais resultados apontam para uma conformidade entre as ações e as recomendações da literatura, no entanto acredita-se que é necessário investir em educação permanente sobre atualidades em coberturas/curativos, para que os profissionais de enfermagem tenham um embasamento científico mais significativo que permita atuar com segurança.

**DESCRIPTORIOS:** Equipe de enfermagem; Úlcera por pressão; Tratamento; Prevenção.

#### ABSTRACT

**Objectives:** To verify the practice regarding the evaluation of the skin and the risk of developing pressure injury (LP) in patients; To identify the measures used by the nursing team in the prevention and use of topical therapy of pressure lesions (LP); To investigate the difficulties to take care of LP interposed by the work environment. **Methodology:** Exploratory descriptive study with a quantitative approach, performed at the Clinics: Medical, Surgical and ICU of Teaching Hospital in João Pessoa / PB. Performed with the nursing team through a questionnaire structured with variables of characterization of the participants and of preventive care and topical therapy of LP. **Results:** 32 professionals participated, where 50% were nurses and 50% were nursing technicians. The cares provided by the nursing team to the LP patient were the evaluation of patients' skin on admission to 100% of nurses and 56.3% of nursing technicians, the best time to perform this care for 57.2% of nurses and 50 % Nursing technicians is bathing in bed. The evaluation of the risk of patients to develop LP, 100% of nurses and 93.8% of technicians mentioned performing it, on how they performed it, 68.8% of the nurses reported using the Braden Scale. **Conclusion:** The main results point to a conformity between the actions and the recommendations of the literature, however it is believed that it is necessary to invest in permanent education regarding the coverage / curative presentations, so that the nursing professionals have a more significant scientific base than to act safely.

**DESCRIPTORIOS:** Nursing team; Pressure ulcer; Treatment; Prevention.

1. Enfermeira. Bacharelado e Licenciatura pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista Multiprofissional em Saúde Mental – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental – NESC/UFPB.
2. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela UFPB. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB, das disciplinas Enfermagem Cirúrgica e Estágio Supervisionado em Assistência Hospitalar I

As lesões por pressão (LP) são consideradas um problema de saúde que persiste ao longo dos anos, ocorrendo em diversos contextos da assistência, principalmente no ambiente hospitalar, comprometendo a segurança e a qualidade de vida do paciente. Essas lesões trazem sérias consequências para os indivíduos, pelo sofrimento interposto e pelo maior risco de complicações, resultando em aumento do tempo de internação e em elevados custos para a instituição hospitalar <sup>(1)</sup> e para o orçamento familiar do paciente <sup>(2)</sup>.

Apesar de não haver dados uniformes quanto a incidência e prevalência dessas lesões a nível nacional, alguns estudos pontuais realizados nos diversos ambientes de cuidado apontam incidências que variam de 13,95% <sup>(3)</sup> à 37,03% <sup>(4)</sup> e uma prevalência que vai de 13,3% <sup>(5)</sup> à 57,89% <sup>(4)</sup>. Em relação aos locais escolhidos para realizar este estudo, autores trazem uma incidência entre 10,62% a 62,5% em UTI, de 42,6% em Clínica Médica e 39,5% em unidades cirúrgicas <sup>(6)</sup>.

Esses dados refletem que apesar dos cuidados direcionados a prevenção da LP, esta ainda é um agravo que persiste no cotidiano dos profissionais, sendo vista como um indicador de qualidade da assistência em saúde e de enfermagem <sup>(7-11)</sup>. No entanto, existe a possibilidade em reduzir essa incidência em cerca de 50% ao se instituírem ações de identificação do risco e de prevenção da LP <sup>(6)</sup>.

A definição da LP, anteriormente divulgada pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) em 2014 <sup>(12)</sup>, foi ratificada em abril de 2016, juntamente com o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPIA), como “um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato” <sup>(13)</sup>.

Nessa concepção a pressão se destaca como principal fator etiológico na gênese da LP e os seus efeitos patológicos podem ser atribuídos à sua intensidade/duração e à tolerância tissular <sup>(14)</sup>. A NPUAP acrescenta outros fatores importantes que influenciam a tolerância tissular, como o microclima, nutrição, perfusão e morbidades <sup>(13)</sup>. Convém ressaltar que “os pacientes acamados ou com mobilidade reduzida estão sujeitos a ação dessas forças, caso não sejam adotadas medidas de prevenção que minimizem seus efeitos adver-

sos, ficando, portanto, susceptíveis ao desenvolvimento de LP” <sup>(15)</sup>.

A LP é uma lesão classificável e isto ocorre de acordo com o grau de comprometimento tissular que advém ao paciente: estágios 1, 2, 3, 4, LP Tissular Profunda (LPPTP), LP não classificável e duas definições adicionais advindas do atual consenso de 2016, que é a LP Relacionada a Dispositivo Médico e a LP em Membranas e Mucosas <sup>(13)</sup>. Essa classificação trouxe contribuições no tocante à comunicação padronizada entre os profissionais de saúde, os quais são responsáveis pelo cuidado prestado ao paciente, considerando-se o nível de competência em cada área de atuação.

A prevenção da LP representa um cuidado indispensável e que não deve receber menor atenção, visto que evitar que a lesão se desenvolva desprende menos trabalho da equipe comparado ao tempo e custos necessários para lidar com as consequências de seu surgimento. A carência em ações preventivas culmina com o desenvolvimento da LP e a partir dessa realidade, torna-se necessário a implementação de um tratamento imediato e eficaz que pode minimizar os efeitos nocivos da lesão, tornando mais rápida a recuperação do paciente <sup>(16)</sup>.

Foram publicadas novas diretrizes <sup>(12)</sup> de tratamento da LP, dos quais recomendam ações como avaliação do indivíduo com LP o que inclui Avaliação da pele e Avaliação de risco em desenvolver LP, avaliação da UP e supervisão da cicatrização, avaliação da dor, cuidados com a ferida: limpeza/avaliação e tratamento da infecção/desbridamento e utilização de curativos.

Nesse contexto, torna-se necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta as recomendações das diretrizes, além de suas atualizações, que vêm subsidiando melhores condições à prática. Tais diretrizes norteiam o profissional na tomada de decisões sobre qual intervenção mais adequada para cada estágio da LP.

Além de tornar possível que diferentes profissionais possam atuar de maneira semelhante pois ao seguirem as orientações destes manuais contribuem para que haja a padronização dessas ações de prevenção e tratamento, diminuindo consideravelmente as ocorrências de falhas ao cuidar de portadores de LP.

Assim, neste contexto, o estudo apresenta os seguintes objetivos: Verificar a prática referente à avaliação da pele e do risco de desenvolvimento de LP nos pacientes; Identificar as medidas utilizadas pela equipe de enfermagem, na prevenção e uso de terapia tópica de lesões por pressão (LP);

Investigar quais as dificuldades para cuidar da LP interpostas pelo ambiente de trabalho.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado nas Clínicas: Médica, Cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva de Hospital de Ensino localizado no Município de João Pessoa – PB, onde existe um número significativo de pacientes com lesão por pressão.

A população do estudo constou dos profissionais da equipe de enfermagem atuantes nas unidades descritas no período do estudo. A amostra foi definida por acessibilidade, adotando-se como critérios de inclusão: atuar na assistência direta dos pacientes internados, estar de plantão durante a coleta de dados; os de exclusão: atuar em cargos administrativos e de gerência que não permitam atuar na assistência direta dos pacientes, encontrar-se ausente das atividades laborais devido afastamento por férias ou licença.

Considerando esses critérios, a amostra foi constituída por 32 profissionais de enfermagem, sendo 16 Enfermeiros e 16 Técnicos de enfermagem. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição tendo um CAEE: 18102413.3.0000.5183.

O instrumento para coleta de dados constou de um questionário estruturado organizado em: **parte 1** – caracterização dos participantes quanto à categoria profissional, tempo de experiência profissional, como adquiriu conhecimentos referentes a LP; **Parte 2** – variáveis relacionadas aos cuidados com a LP o que inclui: avaliação da pele do paciente, avaliação do risco em desenvolver LP, intervenções para cuidar, incluindo ações preventivas para evitar novas lesões e agravo das já instaladas e cuidados tópicos instituídos para LP nos diferentes estágios/situações.

Dos quais, *situação 1*: Pele íntegra com eritema que não embranquece; *situação 2*: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; *situação 3*: Lesão com presença de tecido necrótico; *situação 4*: Lesão com presença de tecido de granulação e **parte 3** – dificuldades em tratar a LP interpostas pelo ambiente de trabalho.

Na parte 2 do instrumento, para selecionar as intervenções dentro de cada situação descrita levou-se em consideração o que é preconizado no tratamento da LP de acordo com o comprometimento

tissular, descrito em seus estágios, conforme as diretrizes de tratamento da LP do NPUAP<sup>(12)</sup> bem como características dos tecidos presentes no leito da lesão. Esse item do instrumento foi estruturado com base em trabalho semelhante realizado em São Paulo<sup>(17)</sup>. Para cada situação apresentada no instrumento o participante teve a opção de marcar mais de uma intervenção como resposta dentre os itens disponibilizados.

Em todo o percurso da pesquisa, preservou-se o anonimato, a privacidade e o direito de desistência. Levou-se em consideração a Resolução nº. 466/12 do CNS para pesquisa com seres humanos<sup>(18)</sup> e a Resolução COFEN nº. 311/2007 que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>(19)</sup>.

A análise dos dados deu-se por meio de estatística descritiva simples, os dados obtiveram dupla digitação independente, utilizou-se o Excel (versão 2010) para construção do banco de dados e, após correção de inconsistências, suas frequências percentuais foram dispostas em tabelas.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 32 profissionais de enfermagem, distribuídos, igualmente, em enfermeiros e técnicos de enfermagem, 50% cada. Considerando-se o tempo de experiência profissional, constatou-se igual proporção entre enfermeiros (56,4%) e técnicos de enfermagem (56,3%), com tempo de atuação acima de 15 anos. Quanto à aquisição de conhecimentos referentes à LP, 53,8% dos enfermeiros e 46,3% técnicos de enfermagem afirmaram ter adquirido conhecimentos através da prática diária.

No tocante aos cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem ao portador de LP observou-se que 100% dos enfermeiros e 56,3% técnicos de enfermagem realizam a avaliação da pele dos pacientes na admissão. Sobre o modo como realizam esse cuidado, 40,0% dos enfermeiros se utilizam do exame físico, já os técnicos de enfermagem foram mais específicos ao citar realizarem a inspeção da pele, como uma ação realizada junto com o enfermeiro em 18,8% e a maioria (56,3%) não respondeu.

Ainda sobre a avaliação da pele, percebeu-se que o melhor momento para realizar este cuidado para 57,2% dos enfermeiros e 50% técnicos de enfermagem foi o momento do banho

no leito. No que diz respeito a avaliação do risco dos pacientes para desenvolver LP, 100% dos enfermeiros e 93,8% dos técnicos mencionaram este cuidado como parte de sua rotina de trabalho.

Questionados sobre o modo como a realizam, 68,8% dos enfermeiros informaram empregar a Escala de Braden (EB), e os demais mencionaram observação de alguns parâmetros como “*Observar o grau de mobilidade do paciente*”, “*Observar pontos de pressão*” e “*Observar proeminências ósseas e condições da pele*”. Já entre os Técnicos de enfermagem, 62,5% mencionam conhecer a EB, mas não a utilizam, por ser uma atividade reservada ao enfermeiro, e 12,5% afirmaram não conhecer a existência de instrumentos para avaliação da LP.

Considerando os cuidados com a LP, destacaram-se ações preventivas, visando evitar o agravamento das lesões e prevenir o surgimento de novas LPs, ações de limpeza da ferida e de terapia tópica para quatro situações, conforme já descritas e apresentadas na tabela 1.

Assim, para a LP com *pele íntegra com eritema que não embranquece*/situação 1, foram incluídas 93 respostas de Enfermeiros, sendo as mais frequentes: Uso do filme semipermeável (12,9%), Mudança de decúbito/Utilização de colchão especial pneumático (11,8%), Uso de SF 0,9% (9,6%), Ácido Graxo Essencial - AGE (8,3%), Hidrocolóide (7,5%), e Hidratante corporal (6,4%), também surgiram respostas do tipo: Massagem no local da lesão (8,3%).

Na LP com *perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme* /situação 2, ocorreu 98 respostas dos Enfermeiros, onde as mais frequentes foram: Mudança de decúbito (11,4%), uso de Hidrocolóide (8,2%), AGE (7,1%) e as de menor proporção foram: Estourar a bolha (6,4%) e aspirar o conteúdo da bolha (2%).

Na LP com *presença de tecido necrótico*/situação 3, obteve-se 96 respostas dos Enfermeiros, com destaque para as mais frequentes: Desbridamento químico (13,5%) e mecânico (12,5%), uso do Hidrogel (9,3%). Aquelas com *presença de tecido de granulação* ou situação 4 alcançou 63 respostas de Enfermeiros. Nessa condição, as intervenções do Enfermeiro mais frequentes foram: utilização do SF a 0,9% (19,2%), uso do AGE e Hidrogel (15,8%) e de creme de barreira (11,1%).

No decorrer da pesquisa a presença dos Técnicos de Enfermagem deu-se numa perspecti-

va que enfocou os cuidados preventivos da LP, por compreendê-los como integrantes importantes da equipe de enfermagem, nesse sentido conhecer suas ações também fornecem dados para distinguir as melhores práticas de cuidados com LP.

Dentro das situações descritas da LP tais profissionais apresentaram suas respostas, a saber: em relação a situação 1 obtiveram 70 respostas, das quais a Mudança de decúbito (18,6%), o uso de Colchão pneumático (15,7%), Filme semipermeável/Hidratante corporal (14,3%) sobressaíram-se, a massagem no local da lesão também apareceu nas respostas (7,1%).

A situação 2 obteve 70 respostas, das quais, a mais recorrente foi mudança de decúbito (21,6%). A situação 3 apresentou 16 respostas, destacando-se: o uso de aliviador de pressão (31,2%) e de creme barreira (18,7%). Na situação 4 alcançou-se 35 respostas e a maioria destes profissionais priorizaram o uso de creme barreira (25,7%). Tais dados podem ser verificados na Tabela 2.

Aos participantes solicitou-se que dissessem abertamente sobre as principais dificuldades para tratar a LP relacionadas a seu ambiente de trabalho. Para os Enfermeiros, a maior dificuldade é a falta de material na instituição (50,0%), falta de pessoal para realizar mudança de decúbito a cada 2 horas (12,5%), pacientes graves com déficit de mobilidade (6,2%), falta de pessoal capacitado para avaliar e dar continuidade ao tratamento (6,2%).

Além de falta de capacitação para a utilização de diversos tipos de materiais recém liberados no mercado (6,2%), desconhecimento de outros integrantes da equipe no contexto do cuidado/falta de autonomia para definir conduta com a equipe interdisciplinar/sem acesso teórico acerca dos novos produtos (6,5%), e outros preferiram não responder (12,5%).

Um índice de 31,3% dos Técnicos de enfermagem afirmou que a falta de material necessário e adequado para tratar a LP é a maior dificuldade, e 18,8% não dispõem de profissionais suficientes para um tratamento adequado. Relataram que o excesso de trabalho faz com que não consigam aprofundamento no estudo das novas tecnologias de cuidado/curativos, o que contribui para não oferecer uma prática melhor ao paciente (12,5%). Não encontram dificuldades 6,5%, e 18,8% preferiram não responder à questão.

**Tabela 1** – Cuidados preventivos e de terapia tópica realizados por enfermeiros a portadores de lesão por pressão. João Pessoa, 2014

Cuidados oferecidos	Situação 1		Situação 2		Situação 3		Situação 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cuidados de Prevenção</b>								
Filme semipermeável	12	12,9	3	3,1	-	-	1	1,8
Massagem local	8	8,3	-	-	-	-	-	-
Aliviador de pressão	3	3,4	4	4,0	3	3,1	2	3,2
Compressa de algodão	-	-	-	-	1	1,1	2	3,2
Uso de hidratante na pele	6	6,4	-	-	2	2,0	2	3,2
Creme barreira	6	6,4	7	7,1	6	6,6	7	11,1
Mudança de decúbito	11	11,8	11	11,4	*	*	-	-
Colchão pneumático	11	11,8	12	12,2	*	*	*	*
Colção casca de ovo	7	7,5	9	9,1	*	*	*	*
<b>Cuidados de Limpeza</b>								
Soro Fisiológico a 0,9%	9	9,6	11	11,4	10	10,4	12	19,2
Clorexidina aquosa	-	-	-	-	2	2,0	2	3,2
Clorexidina alcoólica	-	-	1	1,0	-	-	-	-
<b>Terapia tópica</b>								
Ácido acético	-	-	1	1,0	1	1,1	-	-
Hidrocolóide	7	7,5	8	8,2	2	2,0	2	3,2
Colagenase	-	-	-	-	12	12,5	-	-
Hidrogel	1	1,0	6	6,1	9	9,3	10	15,8
Carvão ativado	-	-	-	-	1	1,1	-	-
Alginato de cálcio	1	1,0	1	1,0	4	4,1	2	3,2
Cobertura de alginato de prata	1	1,0	1	1,0	3	3,1	-	-
Sulfadiazina de prata	-	-	-	-	1	1,1	1	1,8
Estoura a bolha manualmente	*	*	6	6,1	*	*	*	*
Aspira o conteúdo da bolha	*	*	2	2,0	*	*	*	*
Desbridamento mecânico	*	*	*	*	12	12,5	*	*
Desbridamento químico/enzimático	*	*	*	*	20	20,7	-	-
Sem resposta	0,0	0,0	0,0	0,0	1	1,1	1	1,8
Total	93	100	98	100	96	100	63	100

\*Não se aplica / Fonte: Pesquisa direta, profissionais de enfermagem do HULW

**Tabela 2** – Cuidados preventivos utilizados por técnicos de enfermagem em portadores de lesão por pressão. João Pessoa, 2014.

Cuidados oferecidos	Situação 1		Situação 2		Situação 3		Situação 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Filme semipermeável	10	14,3	3	5,0	2	12,5	4	11,5
Massagem local	5	7,1	2	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Aliviador de pressão	3	4,3	4	6,6	5	31,2	6	17,1
Compressa de algodão	2	2,9	1	1,9	3	18,7	6	17,1
Hidratante de pele	10	14,3	6	10,0	2	12,5	2	5,8
Creme barreira	11	15,7	9	15,0	3	18,7	9	25,7
Mudança de decúbito	13	18,6	13	21,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Colchão especial pneumático	11	15,7	10	16,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Colchão casca de ovo	5	7,1	9	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sem resposta	0,0	0,0	0,0	0,0	1	6,1	1	2,8
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, profissionais de enfermagem do HULW

## DISCUSSÃO

Ao investigar o tempo de atuação dos participantes da pesquisa, onde a maioria possui mais de 15 anos de atuação, buscou-se ao incluir essa informação, subsidiar a compreensão no tocante às práticas que perpassam a prevenção e terapia tópica de feridas ao longo dos anos, que já estão em desuso relacionando esse fato ao modo como esses profissionais adquirem conhecimentos para se atualizarem em sua assistência de acordo com as necessidades que a LP apresenta, no entanto percebeu-se que a principal fonte de conhecimentos é a prática diária entre a equipe, o que aumenta as chances de repetição de ações não recomendadas pela literatura.

Avaliar a pele do paciente constituiu prática consensual entre os Enfermeiros, torna-se imprescindível realizá-la no primeiro contato com o paciente por se tratar de uma etapa essencial para a prevenção e tratamento de lesões, na perspecti-

va de conhecer as regiões do corpo já lesionadas bem como as regiões em risco para lesionar e direcionar medidas de cuidado condizentes com as necessidades do paciente.

Existem inúmeros fatores que predispõem ao aparecimento de lesões e muitos desses podem ser evitados através de minuciosa avaliação da pele<sup>(20)</sup>. As recomendações apontam para que todo paciente seja avaliado na admissão, considerando-se suas fragilidades, vulnerabilidades e os fatores de risco para o desenvolvimento de alterações na pele, compreendendo que sua integridade pode sofrer danos em questão de horas pela rápida mudança nos fatores de risco em pacientes agudamente enfermos<sup>(15,21)</sup>.

Além da admissão recomenda-se que todos os pacientes tenham a pele inspecionada pelo menos uma vez ao dia priorizando proeminências ósseas<sup>(6)</sup>, considerando que os resultados do presente estudo apontaram para o banho no leito como o melhor momento para realizar tal cuidado,

e este é realizado diariamente, além de corroborar com pesquisa semelhante que traz o banho no leito como momento ideal <sup>(22)</sup>, tal resultado está em consenso com a padronização da avaliação da pele que deve ser realizada em até 24 horas após admissão e reavaliada a cada 48 horas <sup>(23)</sup>.

O parâmetro mobilidade do paciente emergiu nos resultados como forma de avaliar o risco para desenvolvimento de LP por ambas as categorias de Enfermagem, autores também consideram esse parâmetro importante e afirmam que o paciente com mobilidade reduzida permanece períodos longos na mesma posição aumentando a pressão sobre regiões de proeminências ósseas, nesse sentido a duração somada à intensidade da pressão possibilitam que a circulação sanguínea seja comprimida e entre em colapso, resultando hipóxia, ocasionando isquemia e necrose tecidual <sup>(10)</sup>.

Em relação à aplicação de escalas para avaliar o risco em desenvolver LP, houve consenso entre os enfermeiros no uso da Escala de Braden que através de suas seis subescalas identifica quais os riscos que o paciente encontra-se mais exposto, “três delas medem os determinantes clínicos da exposição para demorada pressão: percepção sensorial (capacidade do paciente em reagir à pressão relacionada ao desconforto); atividade (grau de atividade física do paciente); mobilidade (capacidade de mudar e controlar a posição do corpo)” <sup>(24)</sup>.

Os outros avaliam a “tolerância tecidual à pressão: fricção e cisalhamento (grau de contato entre a pele do paciente e o lençol); e umidade (exposição da pele à umidade); nutrição (consumo alimentar)” <sup>(24)</sup>. Recomenda-se que seja aplicada no momento da admissão do paciente subsidiando ao Enfermeiro a implementação de medidas preventivas <sup>(7,15)</sup> e nas primeiras 48 horas de internação do paciente <sup>(24)</sup>, além de permitir classifica-lo como: sem risco, com risco baixo, moderado, alto, ou muito alto <sup>(21,25)</sup>.

O enfermeiro possui respaldo legal e ético para prescrever e/ou aplicar cuidados de enfermagem incluindo o uso de produtos e coberturas para feridas como é o caso da LP <sup>(7)</sup>. O estudo buscou investigar entre a categoria dos técnicos

de enfermagem a prática condizente com sua competência ética legal, considerando que desempenham atividades de menor complexidade, nesse sentido reservamos-lhes as intervenções relacionadas com a prevenção da LP, por se tratar de uma atividade não invasiva.

No tocante a terapia tópica direcionada as quatro situações da LP propostas nesse estudo, e evidenciadas através das respostas dos participantes, foi possível perceber a escolha de produtos de acordo com a sua disponibilidade no serviço e conhecimentos dos profissionais.

É importante ressaltar que um curativo é considerado ideal quando protege a ferida, é biocompatível e hidrata a pele adequadamente, a condição do leito da LP e a função de cada produto determinam o que será utilizado. Existe uma diversidade de produtos no mercado que necessitam ser selecionados de acordo com o julgamento clínico do profissional a fim de promover uma assistência de qualidade, existindo a necessidade de individualizar cada caso, observar suas peculiaridades para eleger os melhores cuidados para prevenção e tratamento dessas lesões <sup>(15)</sup>.

Para tanto, na situação I recomenda-se como medidas preventivas a mudança de decúbito a cada 2 horas (quando não existem contraindicações) <sup>(15,22)</sup>, aplicação de curativo protetor não aderente, coxins, uso de hidratantes duas vezes ao dia e uso do colchão pneumático, ácidos graxo essenciais (AGE) e Hidrocolóide <sup>(6,23,26)</sup>. Para a limpeza é indicado SF 0,9% aquecido visto que soluções frias reduzem o fluxo sanguíneo nas áreas lesionadas e retardam o processo cicatricial <sup>(6,24,26)</sup>. O uso de soluções antissépticas precisa ser revista, pois apresentam efeitos citotóxicos, retardando o processo de cicatrização <sup>(7)</sup>.

A massagem no local da lesão aparece nas respostas de ambas as categorias, todavia a literatura aponta essa prática como inadequada <sup>(15,16,23,26)</sup>. A utilização do Hidratante corporal é importante e pode ser usado após o banho ou uma vez ao dia, pois a pele ressecada torna-se um fator de risco para o surgimento de LP, no entanto em regiões de proeminências ósseas ou hiperemiadas existe o risco de comprometer vasos sanguíneos e a pele que já se encontra frágil <sup>(15,21)</sup>.

As ações referendadas para a situação I devem ser aplicadas também na situação II <sup>(23,26)</sup>, na presença de bolhas em algumas regiões recomenda-se serem limpas com SF 0,9% e coberta com hidrocolóide, que estimula a angiogenese e acelera o processo de granulação dos tecidos <sup>(24)</sup>, se a pele está intacta, elevar o local se usar colchão especial e lembrar de não escovar, esfregar, ou romper a ferida, ao limpar ou, ao colocar curativo <sup>(26)</sup>.

Os cuidados com a LP na situação III, no qual existe presença de tecido necrótico incluem limpar delicadamente, com SF 0,9%; aplicar Hidrogel, que mantém a ferida úmida e promove a autólise tecidual <sup>(24)</sup>, diretamente na ferida; cobrir com curativo seco, caso esteja exsudativa usar Alginato de cálcio ou Hidrogel <sup>(26)</sup>.

A intervenção com desbridamento tem o objetivo de limpar a ferida, ao retirar tecido necrosado ou desvitalizado, o qual favorece o crescimento de bactérias patogênicas <sup>(16)</sup>, deixando-a em condições adequadas para a cicatrização <sup>(7)</sup>. Na situação IV, o desbridamento é contraindicado <sup>(26)</sup>, assim como os antissépticos, por serem citotóxicos, como é o caso do ácido acético, solução de iodo polvidine e clorexidina <sup>(7,16,26)</sup>.

Para prevenção ambas as categorias pesquisadas usam creme de barreira e AGE, fundamental para proteção do tecido saudável e ao redor da ferida, nessa fase. Deve-se pensar que o objetivo da limpeza é a remoção delicada de resíduos, sem interromper a cicatrização, e para essa ação recomenda-se o uso de SF 0,9% para promover a formação de tecido de granulação causando transtornos mínimos nas células saudáveis <sup>(7)</sup>.

Acerca de suas dificuldades apresentadas em relação ao ambiente de trabalho corroboram com estudo semelhante que mostra em seus resultados problemas idênticos no que diz respeito a carência de recursos humanos e materiais e falta de treinamento da equipe, entre outros aspectos <sup>(15,22)</sup>.

Compreende-se que as inúmeras tec-

nologias existentes para o tratamento de feridas tornaram-se um grande desafio, visto que é preciso diminuir a ocorrência de latrogenias <sup>(7)</sup>, considerando que a maior parte das LP podem ser prevenidas com a adoção de medidas adequadas para o cuidado do paciente e com a educação dirigida aos profissionais, pacientes e familiares <sup>(11)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar os cuidados que a equipe de enfermagem realiza no tocante à avaliação da pele, avaliação do risco do paciente em desenvolver LP, suas escolhas para prevenir a lesão, realizar higiene, bem como a terapia tópica para tratá-la. Considerando as intervenções realizadas por ambas as categorias, em sua maioria, foram pertinentes quando comparadas à literatura. Percebe-se que prevenção e tratamento não versam em atividades excludentes, mas sim complementares.

Compreende-se a necessidade de uma capacitação sobre atualidades em coberturas/curativos, para que os profissionais de enfermagem tenham um embasamento científico mais significativo que permita atuar com segurança e que eles se sintam autônomos no que se propõem a realizar.

As dificuldades apresentadas pelos profissionais em relação ao seu ambiente de trabalho podem ser sanadas a partir do envolvimento da equipe em se interessar pela aquisição de novos conhecimentos, bem como cobrar da gestão hospitalar melhores condições de trabalho, no tocante à suprimimento de insumos, garantia de trabalhadores suficientes e principalmente investimento em educação permanente.

Acredita-se que os resultados do presente estudo podem contribuir para a formação de novos profissionais, bem como fomentar discussões e reflexões acerca dos cuidados que estão sendo ofertados pela equipe de enfermagem, contribuindo assim para subsidiar transformações na assistência de enfermagem ao portador de lesão por pressão.

## REFERÊNCIAS

1. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013; 34(1).
2. Miyazaki MY. Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário. Ribeirão Preto. Dissertação [ Mestrado em Enfermagem Fundamental] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
3. Palhares VC, Palhares Neto AA. Prevalência e incidência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE.* 2014; 8(supl. 2):3647-53.
4. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(4):719-26.
5. Pessoa EFR, Rocha JGSC, Bezerra SMG. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.* 2011; 4(1):14-18.
6. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):703-10.
7. Malagutti W, Kakiyama CT. Curativos, Estomia e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2014.
8. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(1):136-40.
9. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1):143-50.
10. Costa IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4):693-700.
11. Donoso MTV, Borges EL, Carazzato CPR. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes internados em uma unidade cirúrgica de um Hospital Universitário. *Rev enferm UFPE.* 2011; 5(7):1684-90.
12. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
13. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. [online]. 2016. Available in: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressureinjury-and-updates-the-stages-of-pressureinjury/>.
14. Pieper, B. Pressure ulcers: impact, etiology, and classification. In: BRYANT, R. A., NIX, D. P. (Ed.) *Acute & chronic wounds: current management concepts.* 4th ed. St. Louis (Missouri): Elsevier Mosby, 2012. Chap. 7, p. 123-136.
15. Rolim JA, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Rev Rene.* 2013; 14(1):?-.?
16. Caliri MHL [homepage na internet]. Diretrizes da AHCPR: Tratamento da Úlcera por Pressão . Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=comcontent&view=article&id=4&Itemid=11> . Acesso em: 18 ago 2014.
17. Rangel EML, Caliri MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(1):70-7.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2014.
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
20. Ventura JA, Moura LTR, Carvalho MFAA. Escala de Braden e incidência de Úlcera por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev enferm UFPE.* 2014; 8(7):2047-53.
21. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Anvisa – Fiocruz; 2013.
22. Ramos DO, Oliveira OS, Santos IVA, Carvalho ESS, Passos SSS, Góis JA. Awareness of family members in relation to pressure ulcers and their rights to remediation. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2014; 28(1):23-30.
23. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, Costa MM, Silva RL. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. Rev. Ampl. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011.
24. Pott FS, Ribas JD, Silva OBM, Souza TS, Danski MTR, Meier MJ. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(2):238-44.

25. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):21-28.
26. Scemons D, Elston D; tradução: Garcez RM; revisão técnica: Blanes L, Yamanda BFA. Nurse to nurse: cuidados com feridas: em enfermagem. 1. ed. Porto alegre: AMGH; 2011.

#### **CORRESPONDÊNCIA**

Analine de Souza Bandeira Correia

Endereço: Dr ephigênio barboza da silva, 191, apto. 204,  
Residencial Luiza Carolina - Jardim cidade universitária. João  
Pessoa – PB/ Brasil. Cep: 58052310.

E-mail: [analine.bandeira@gmail.com](mailto:analine.bandeira@gmail.com)