



Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão: estudo descritivo-exploratório

Nursing interventions in the prevention of pressure injuries: a descriptive-exploratory study

Intervenciones de enfermería en la prevención de lesiones por presión: un estudio descriptivo-exploratorio

Vanessa Cavalcante Oliveira¹, Cristiane Borges de Moura Rabelo¹, Chrystiany Plácido de Brito Vieira¹, Jéssica Pereira Costa¹.

1. Universidade Federal do Piauí. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Teresina, Piauí, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Descrever cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de Lesão por Pressão de acordo com intervenções proposta pela *Nursing Interventions Classification* - NIC e categorizá-las segundo *guidelines* Americanos e Europeus. **Método:** Pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa em Hospital Universitário. Amostra não probabilística de 100 prontuários. Coleta de dados retrospectiva e documental. Análise de dados por estatística descritiva. **Resultados:** Categorias com o maior número de cuidados prescritos foram fatores de risco e avaliação dos fatores de risco (19 cuidados com 11 intervenções NIC) e cuidados com o reposicionamento e mobilização precoce (16 cuidados com 5 intervenções NIC). O uso de tecnologias assistenciais favorece a qualidade da assistência do paciente em risco de lesão por pressão. **Conclusão:** Conhecimento e aplicação de intervenções de enfermagem na prevenção da lesão por pressão definem o comportamento e a atitude que os enfermeiros tomam para um resultado desejado. **Descritores:** Úlcera por pressão, Cuidados de Enfermagem, Processos de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To describe nursing care prescribed for patients at risk of Pressure Injury according to interventions proposed by the Nursing Interventions Classification (NIC) and to categorize them according to American and European guidelines. **Method:** Descriptive exploratory research, with quantitative approach in a University Hospital. Non-probabilistic sample of 100 medical records. Retrospective and documentary data collection. Data analysis by descriptive statistics. **Results:** Categories with the greatest number of prescribed care were risk factors and risk factor assessment (19 care with 11 NIC interventions) and care with repositioning and early mobilization (16 care with 5 NIC interventions). The use of assistive technologies favors the quality of patient care at risk of pressure injury. **Conclusion:** Knowledge and application of nursing interventions in the prevention of pressure injury define the behavior and attitude that nurses take to a desired outcome. **Descriptors:** Pressure Ulcer, Nursing Care, Nursing Process.

RESUMÉN

Objetivos: describir la atención de enfermería prescrita para pacientes en riesgo de lesión por presión según las intervenciones propuestas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y categorizarlas de acuerdo con las pautas estadounidenses y europeas. **Método:** investigación exploratoria descriptiva, con abordaje cuantitativo en un Hospital Universitario. Muestra no probabilística de 100 registros médicos. Recopilación de datos retrospectivos y documentales. Análisis de datos por estadística descriptiva. **Resultados:** Las categorías con el mayor número de cuidados prescritos fueron los factores de riesgo y la evaluación de los factores de riesgo (19 cuidados con 11 intervenciones NIC) y la atención con reposicionamiento y movilización temprana (16 cuidados con 5 intervenciones NIC). El uso de tecnologías de asistencia favorece la calidad del cuidado del paciente en riesgo de lesión por presión. **Conclusión:** El conocimiento y la aplicación de intervenciones de enfermería en la prevención de lesiones por presión definen el comportamiento y la actitud que las enfermeras adoptan para obtener un resultado deseado. **Descritores:** Úlcera por Presión, Atención de Enfermería, Proceso de Enfermería.

Como citar este artigo:

Oliveira VC, Rabelo CBM, Vieira CPB, Costa JP. Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão: estudo descritivo-exploratório. Rev Pre Infec e Saúde[Internet].2017;3(3):21-29. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6581>

INTRODUÇÃO

As Lesões por Pressão (LP) são lesões localizadas na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção¹.

A incidência dessas lesões aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos. Mobilidade/atividade, pressão na pele, perfusão (incluindo diabetes, doença vascular, pressão arterial, tabagismo e edema) e hiperemia reativa, são tidos como fatores primários; e hidratação da pele, idade, alterações metabólicas, nutrição e estado geral de saúde como secundários².

Diante disso, a enfermagem desempenha um trabalho primordial para a prevenção das LPs atuando no controle dos fatores de risco. Dessa maneira, a avaliação dos pacientes em riscos e a implementação de intervenções de enfermagem podem evitar o comprometimento do estado de saúde e promover a qualidade de vida dos mesmos³⁻⁵.

Entre as ações essenciais de enfermagem para evitar o desenvolvimento da LP, têm-se: a mobilização e o (re) posicionamento adequado do paciente, cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de creme hidratante, a utilização de colchões que redistribuem a pressão nas proeminências ósseas, monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros⁶.

Com o intuito de orientar a prática clínica e impedir o surgimento ou minimizar os danos causados por essas lesões o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *American National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) desenvolveram o *Guidelines* Internacional de Prevenção e Tratamento de UP, e na segunda edição a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA) uniu-se a NPUAP/EPUAP nessa missão.

Consideram ideal o desenvolvimento de um sistema de classificação comum, com recomendações baseadas em níveis de evidências, que possam ser usados pela comunidade internacional. O Brasil, ainda não possui diretrizes nacionais para a prevenção e tratamento da LP sendo utilizadas as diretrizes internacionais¹.

Compreende-se, portanto, que para a melhoria da qualidade da assistência os cuidados de enfermagem devem estar apoiados em um modelo científico e referencial metodológico, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*), que auxiliam o enfermeiro em suas ações por meio de etapas que vão sendo operacionalizadas conferindo-lhe flexibilidade e informação sobre os cuidados prestados por meio de uma linguagem clara e coerente que facilita a comunicação e comparação dos resultados empregados em todos os cenários e especialidades, promovendo uma assistência de enfermagem capaz de dinamizar e inter-relacionar as ações e identificar, compreender e descrever as respostas humanas aos problemas de saúde⁷⁻⁸.

Dessa forma o presente estudo tem como objetivo descrever os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de LP de acordo com as intervenções proposta pela NIC e categorizá-las segundo as recomendações para a prevenção dessas lesões propostas pela EPUAP/NPUAP/PPPIA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva. O campo de estudo foi um Hospital Universitário de um cidade de grande porte do Nordeste brasileiro, com perfil de atendimento a pacientes clínicos da capital e de outros municípios, como também de outros estados do país. É um hospital escola com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de

Saúde (SUS). A população alvo dessa pesquisa abrange os prontuários de pacientes de alta hospitalar da Clínica Médica e Cirúrgica do hospital no período de julho e agosto de 2015. Os critérios estabelecidos para inclusão foram pacientes com permanência de 7 (sete) dias ou mais. Foram excluídos os prontuários que não constaram registros de enfermagem de cuidados relacionados ao risco de LP.

A amostra foi de 100 prontuários definida de forma não probabilística por julgamento, um procedimento de seleção informal que seleciona indivíduos típicos, que serão representativos da população, uma escolha controlada com características especificadas na colocação do problema, e que obedece aos critérios da pesquisa. Salienta-se que, o julgamento partiu do pressuposto que o risco para LP requer intervenções específicas da equipe de enfermagem.

A coleta de dados deste estudo ocorreu de forma retrospectiva e documental, em prontuários impressos, no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016 (totalizando 30 dias), por meio de instrumento elaborado pelas pesquisadoras. Neste instrumento constavam: dados de identificação; caracterização do paciente; fatores de risco; cuidados de enfermagem prescritos; medidas de prevenção adotadas; e observações pertinentes.

Os dados foram identificados, compilados e organizados, e os termos de cuidados de enfermagem descritos nos prontuários foram correlacionados com os títulos das intervenções de enfermagem de acordo a taxonomia NIC, e posteriormente categorizados segundo as recomendações para a prevenção de LP propostas pela NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014).

A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 22.0. Os dados foram apresentados descritivamente e em forma de tabelas e gráficos com distribuições de

frequência absoluta e relativa. A discussão dos resultados foi feita com base na literatura produzida sobre o tema.

A presente pesquisa encontra-se aprovada, com parecer da Comissão de ética em pesquisa do Hospital Universitário e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com Parecer de Nº 1.298.840. Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹.

RESULTADOS

O estudo consistiu em uma amostra de 100 prontuários com registros de cuidados para prevenção de LP relacionados à pacientes com idade superior a 16 anos.

De acordo com a tabela 1, 55% desses pacientes eram do sexo feminino. A média de idade amostral observada foi de 49,05 anos, variando de 18 a 88 anos, com predominância (29%) na faixa etária de 36 a 50 anos. O tempo de internação dos pacientes do estudo variou de 7 até 73 dias, com média de 22,34 dias por paciente.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociodemográficas e tempo de internação. Teresina (PI), 2016, (n=100).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	55	55,0
Masculino	45	45,0
Idade por faixa etária		
18 a 35 anos	25	25,0
36 a 50 anos	29	29,0
51 a 63 anos	24	24,0
64 a 88 anos	22	22,0
Tempo de Internação (dias)		
7 a 11	27	27,0
12 a 16	23	23,0
17 a 29	27	27,0
30 a 73	23	23,0

Na tabela 2, verifica-se que as doenças do sistema imunológico foram predominantes (19%), seguidas das doenças do sistema Hepático (14%) e doenças gastrointestinais (12%). Para efeito de análise, as patologias do sistema hematológico, e

osteomuscular, por exemplo, foram agrupadas na categoria ‘outros’, que depois de somados totalizaram 18%. Vale ressaltar sobre esta variável, que a maioria dos pacientes apresentava duas ou mais patologias associadas, prevalecendo o diagnóstico principal da alta hospitalar.

Tabela 2. Distribuição da frequência e porcentagem das doenças dos participantes no momento da alta. Teresina (PI), 2016. (n=100)

Doenças	n	%
Neurológicas	11	11,0
Neoplasias	11	11,0
Gastrointestinais	12	12,0
Cardíacas	7	7,0
Renais	8	8,0
Hepáticas	14	14,0
Imunológicas	19	19,0
Outras	18	18,0

Na tabela 3, pode-se perceber que pacientes na faixa de 64 a 88 anos apresentaram maior restrição ao leito (8%), diminuição da mobilidade (12%), déficit no autocuidado (11%), tempo cirúrgico prolongado (4%) e presença de lesão por pressão (7%), se comparado às outras faixas etárias.

Tabela 3. Associação entre faixa etária e fatores de risco para lesões por pressão. Teresina (PI), 2016, (n=100).

Fatores de risco		Faixa etária				Total
		18 a 35	36 a 50	51 a 63	64 a 88	
Restrição ao Leito	Sim	2	5	6	8	21
	Não	23	24	18	14	79
Diminuição da mobilidade	Sim	5	11	10	12	38
	Não	20	18	14	10	62
Nutrição desequilibrada	Sim	7	9	14	13	43
	Não	18	20	10	9	57
Déficit no autocuidado	Sim	3	8	9	11	31
	Não	22	21	15	11	69
Tempo cirúrgico prolongado	Sim	0	0	0	4	4
	Não	25	29	24	18	96
Presença de Úlcera por pressão	Sim	1	1	4	7	13
	Não	24	28	20	15	87
Outros fatores de risco	Sim	1	3	1	6	11
	Não	24	26	23	16	89

No quadro 1, encontram-se os cuidados prescritos pelos enfermeiros do hospital relacionados às categorias de prevenção da LP segundo a EPUAP/NPUAP/PPPIA: 19 cuidados relacionados à categoria fatores de risco e avaliação dos fatores de Risco; 6 relacionados com avaliação da pele e dos tecidos; 12 relacionados

aos cuidados preventivos com a pele; 11 cuidados com a nutrição na prevenção e tratamento das LP; 16 cuidados com reposicionamento e mobilização precoce; 2 cuidados com reposicionamento para prevenir e tratar as LP nos calcâneos; 2 cuidados para superfícies de apoio; e por fim 2 cuidados para LP relacionadas com dispositivos médicos. Para cada cuidado de enfermagem prescrito, identificou-se um conjunto de 19 intervenções NIC relacionadas à prevenção LP.

Quadro 1. Medidas para prevenção de lesões por pressão e cuidados prescritos relacionados às intervenções NIC, Teresina (PI), 2016.

Medidas para Prevenção de LP EPUAP/NPUAP/PPPIA	Cuidados prescritos	Intervenções NIC
Fatores de risco e avaliação dos Fatores de Risco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condições circulatórias 2. Avaliar intensidade da dor 3. Avaliar umidade das mucosas 4. Comunicar alteração do nível de consciência 5. Comunicar alteração na cor e temperatura das extremidades 6. Comunicar sinais de dor 7. Estimular cuidados de higiene 8. Implementar cuidados com eliminação intestinal 9. Medir diurese 10. Monitorar condições neurológicas 11. Monitorar sangramentos 12. Observar sinais de sedação 13. Orientar sobre aceitação da ingesta alimentar 14. Orientar sobre restrição hídrica 15. Promover segurança e conforto 16. Proporcionar ambiente calmo e confortável 17. Realizar balanço hídrico 18. Registrar queixas do paciente 19. Verificar oximetria 	Supervisão da Pele (3590); Monitorização dos Sinais Vitais (6680); Monitorização neurológica (2620); Cuidados com o repouso no leito (0740); Controle da nutrição (1100); Assistência no autocuidado: banho/higiene (1801); Posicionamento (0840); Controle do ambiente (6480);
Avaliação da pele e dos tecidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar presença de edema 2. Avaliar turgor cutâneo 3. Comunicar formação de hematoma 4. Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos 5. Observar alterações na coloração da pele 6. Observar sinais de infecção 	Supervisão da Pele (3590);
Cuidados Preventivos com a pele	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar no banho de chuveiro 2. Estimular o autocuidado 3. Hidratar a pele 4. Colocar dispositivo de incontinência urinária 5. Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de ulcera por pressão 6. Oferecer hidratante para a pele 7. Orientar sobre a importância da higiene corporal 8. Proteger a pele das proeminências ósseas 9. Proteger a pele para evitar rompimento 10. Realizar banho no leito 11. Realizar higiene perineal após cada evacuação 12. Utilizar fraldas descartáveis 	Prevenção de Úlcera de Pressão (3540); Controle da Pressão (3500); Cuidados com a Incontinência Urinária (0610); Cuidados com a pele: tratamentos tópicos (3584); Cuidados com o perineo (1750); Posicionamento (0840); Banho (1610);

Medidas para Prevenção de LP EPUAP/NPUAP/PPPIA	Cuidados prescritos	Intervenções NIC
Nutrição na prevenção e tratamento das úlceras por Pressão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar condições para deglutição 2. Comunicar aceitação da dieta 3. Estimular ingesta alimentar 4. Estimular ingesta hídrica 5. Monitorar estado nutricional do paciente 6. Monitorar náusea e vômito 7. Observar aceitação da dieta 8. Orientar a família para que notifique a enfermagem cada episódio de diarreia 9. Registrar aspecto e frequência das eliminações 10. Registrar volume e aspecto dos vômitos 11. Verificar peso do paciente 	Controle da nutrição (1100); Assistência no autocuidado: alimentação (1803); Cuidados com sondas/drenos (1870); Terapia Nutricional (1120);
Reposicionamento e mobilização precoce	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar o paciente durante a deambulação 2. Auxiliar movimentos ativos 3. Auxiliar na deambulação 4. Auxiliar na mudança de decúbito 5. Auxiliar o paciente a aceitar dependência de outros 6. Auxiliar paciente a sentar na cadeira 7. Estimular movimentação ativa no leito 8. Estimular saída do leito 9. Manter cabeceira elevada 10. Manter decúbito elevado 11. Manter posição sentada por 30 minutos após término da refeição 12. Manter repouso relativo 13. Monitorar força muscular 14. Monitorar marcha, equilíbrio, fadiga na deambulação 15. Realizar movimentos passivos do paciente 16. Sentar paciente na cadeira 	Controle da Pressão (3500); Posicionamento (0840); Posicionamento: cadeira de rodas (0846); Cuidados com o repouso no leito (0740); Terapia com exercícios: deambulação (0221);
Reposicionamento para prevenir e tratar as úlceras por Pressão nos calcâneos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevar membros inferiores 2. Manter membro elevado 	Posicionamento (0840);
Superfícies de apoio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter colchão fluxo de ar 2. Manter colchão piramidal 	Controle da Pressão (3500); Posicionamento (0840); Cuidados com o repouso no leito (0740);
Úlceras por pressão relacionadas com dispositivos médicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar cuidados com sonda nasogástrica 2. Implementar cuidados com sonda vesical de demora 	Cuidados com sondas/drenos (1870)

DISCUSSÃO

O reconhecimento dos indivíduos em risco para LP não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas, também, do uso de instrumentos de avaliação apropriados. Infere-se que o uso de protocolos assistenciais e de escalas preditivas de risco para LP associados ao processo de enfermagem, nas etapas de diagnósticos e intervenções de Enfermagem, são tecnologias que podem favorecer a qualificação da assistência do paciente em risco para melhores resultados^{8,10}.

O sexo feminino foi mais prevalente (porcentagem), resultado semelhante ao estudo

sobre hospitalizações de pacientes adultos em risco para LP, em unidades clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário, que encontrou prevalência de 67%^{8,11}.

Quanto à variável idade, os dados do estudo corroboraram com pesquisa realizada em um Hospital Universitário, que levantou maior prevalência em adulto com idade superior a 50 anos e idosos¹². Evidencia-se, que as alterações decorrentes do envelhecimento, assim como as de uma doença podem levar a limitações como, incapacidade de desempenhar as suas atividades básicas da vida diária, instabilidade hemodinâmica, necessidade de sedação e suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas, alterações do nível de consciência e restrição de movimentos. Essas limitações são fatores contribuintes para o aumento de risco de LP, que pode ser agravado pela ausência de intervenções adequadas^{8,13}.

Vale destacar a importância das informações relacionadas à idade e sexo da clientela assistida. Na escala de Waterlow, uma escala amplamente utilizada para predição de risco de LP, tem como um dos seus itens de avaliação o sexo / idade, respaldando a importância desses indicadores no contexto dos fatores de risco para LP¹¹.

Neste sentido, a equipe de enfermagem, em especial, precisa compreender o processo de envelhecimento na perspectiva gerontológica e buscar efetivar esforços de cuidados individuais, centralizados nas necessidades essenciais de cada idoso, desde a admissão¹⁴.

Em relação ao tempo de internação, vários estudos têm abordado o impacto desta variável^{5,11}, tendo alguns concluído que os indivíduos com LP têm um significativo tempo de hospitalização em comparação com os indivíduos sem essa lesão, a exemplo em estudo realizado na Espanha com 1596, no qual se observou que as LP levam a um aumento médio de 4,5 dias no tempo de

internação, particularmente para indivíduos portadores de LP dos estágios III e IV¹⁵.

Nesta pesquisa, o tempo de internação variou de sete a 73 dias, por englobar pacientes da clínica cirúrgica e médica, alguns desses pacientes estiveram ainda na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estudo realizado em dois hospitais universitários brasileiros na região sul e sudeste relata que o período de surgimento de LP ocorre entre o 2º e o 26º dia de internação. Pacientes que possuem, com frequência, internações prolongadas tornam-se mais expostos aos procedimentos invasivos e com maior necessidade de manipulação, sendo fatores de risco para o desenvolvimento de LP¹³.

Desta forma, desde a admissão do paciente, o cuidado de enfermagem é um preditor importante para o desfecho para a ocorrência ou não de LP, uma vez que a preocupação em examinar a pele do paciente, instalar insumos preventivos e monitorar com instrumentos eficazes de poder preditivo positivo e negativo, pode ser a garantia de ausência de LP durante a internação^{13,16}.

Em relação aos motivos da hospitalização, foi constatada, em sua maioria, a existência de mais de uma doença associada à internação. No diagnóstico da alta hospitalar prevaleceu doenças que possibilitam a suscetibilidade e a vulnerabilidade do corpo às outras afecções e infecções, por afetarem principalmente o sistema de defesa do cliente.

Com efeito, os dados da pesquisa, mostram-se diferente de outros estudos nacionais em que prevaleceram as disfunções neurológicas (61,9%)¹⁶, insuficiência respiratória⁽¹²⁾ e doenças cerebrovasculares (22%)⁽¹⁰⁾. Frequentemente, os quadros de acidente vascular encefálico, hipertensão arterial e outras doenças crônico-degenerativas podem afetar a capacidade perceptiva, circulação sanguínea, oxigenação, mobilidade, nível de consciência, alterações dos

níveis de eletrólitos e proteínas¹⁴, que podem afetar as funções orgânicas e autonomia do paciente aumentando o risco e propiciando o surgimento da LP.

Neste estudo, os fatores de risco, restrição ao leito e diminuição da mobilidade estiveram mais presentes nos casos analisados. Essas situações resultam na diminuição da capacidade do paciente em aliviar a pressão sobre o corpo, o que pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento da LP necessitando de maior atenção da equipe, já que limitações de mobilidade e atividade são fortes preditores independentes de desse tipo de lesão. Comprovou-se que os pacientes acamados apresentam 7,5 vezes mais chances de ter LP (19/50; 38,0%) do que os que deambulam^{8,17-18}.

Quanto aos fatores reposicionamento, mobilização precoce e superfícies de apoio, percebeu-se a preocupação dos enfermeiros em adotar cuidados que estão relacionados à mobilização para prevenção das lesões, independente da doença do paciente quando elencam cuidados como *auxiliar na mudança de decúbito e estimular movimentação ativa no leito*.

Em relação ao fator de risco nutrição desequilibrada apresentado no estudo, está relacionado à presença de alguma restrição, distúrbios ou presença de sondas para alimentação. Corroboram com este achado um estudo realizado em Cuiabá em UTI de dois hospitais públicos, em que comprovam que a chance de ocorrer LP nos pacientes gravemente desnutridos (20/49; 40,8%) é 10 vezes maior que nos pacientes considerados como não gravemente desnutridos e cerca de 88,0% dos casos de LP deste estudo foram vistos em pacientes com desnutrição grave¹⁸.

O protocolo do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* apresenta nove categorias com recomendações sobre LP, a primeira delas está relacionada aos fatores de risco e avaliação dos fatores de risco. Esta inclui a avaliação da atividade/mobilidade e a condição da pele.

Considera, ainda, a análise da perfusão e oxigenação, situação nutricional deficiente e aumento da umidade da pele¹.

Na pesquisa, as categorias com o maior número de cuidados prescritos pelos enfermeiros foram fatores de risco e avaliação dos fatores de risco, seguido de cuidados com o reposicionamento e mobilização precoce. Percebeu-se que os enfermeiros do hospital Universitário em estudo, prescreveram cuidados que contemplavam todas as categorias da NPUAP/EPUAP/PPIA (2014). Assim, pode-se associar às intervenções de enfermagem padronizadas pela NIC. Em estudo sobre os conhecimentos de enfermeiros em prevenção de LP, realizado em um hospital de grande porte em Teresina-PI, os itens mais conhecidos pelos enfermeiros, de acordo com o teste de conhecimento utilizado, foram fatores de risco relacionados à imobilidade, incontinência, nutrição, nível de consciência, e avaliação do risco na admissão e em pacientes que não deambulam¹⁹.

No que se refere à categoria de avaliação da pele e dos tecidos, a intervenção NIC de *supervisão da Pele* se adequou mais a este grupo, pois abordam, cuidados como a observação e monitoramento da pele. Assim como no estudo sobre o mapeamento cruzado das intervenções em idosos hospitalizados, a intervenção *supervisão* foi encontrada e considerada como atividade de observação geral do paciente, que não se restringe apenas à observação da pele, ou seja, destina-se a cuidados gerais prestados rotineiramente pela equipe de enfermagem, mas que por vezes pode-se gerar uma demanda de cuidado específico²⁰.

Aos cuidados preventivos com a pele, considerou-se as intervenções NIC como: prevenção de LP, controle da pressão, cuidados com a incontinência urinária, posicionamento e banho. Estes estão diretamente ligados aos cuidados elencados pelos enfermeiros do hospital do estudo como, por exemplo, *proteger a pele para evitar rompimento, hidratar a pele, inspecionar a pele*

em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos, colocar dispositivo de incontinência urinária e estimular o autocuidado.

Quanto à categoria nutrição na prevenção e tratamento das LP, faz relação às intervenções NIC de controle da nutrição, assistência no autocuidado, alimentação, cuidados com sondas/drenos, terapia nutricional, através de cuidados como *avaliar condições para deglutição, comunicar aceitação da dieta e estimular ingestão alimentar*. O estado nutricional é relevante para a manutenção da integridade da pele, quando alterado contribui na tolerância tissular, sendo um dos primeiros fatores que interfere no aparecimento de LP. Isso sugere que o estado nutricional e a capacidade funcional têm um papel importante na gênese dessas lesões e uma nítida relação com a sua gravidade¹⁸.

Aos doentes são muitas vezes fornecidos muitos dispositivos médicos para oxigênio, entrega de nutrientes, estabilização (tubos endotraqueais), à monitorização e o tratamento. Estes dispositivos de fixação e seus produtos causam pressão sobre a pele, especialmente se for aplicado antes do desenvolvimento de edema. Em estudo sobre avaliação da pele em pacientes pediátricos levantou 19,2% de LP devidas a dispositivos médicos, lesões estas detectadas em asa de nariz, como consequência da utilização de sondas, tanto nasogástrica como nasoenteral¹⁷.

Assim, é necessário que a equipe de enfermagem, assim como a equipe multiprofissional, esteja capacitada para detectar os fatores de risco que desencadeiam o aparecimento das LP, e desse modo prestar uma assistência adequada com intervenções voltadas à prevenção e minimização dos danos deste agravo, munidos de tecnologias como as escalas preditivas de risco, no sentido da qualidade de vida e diminuição de encargos financeiros.

CONCLUSÃO

A identificação dos fatores de risco para úlceras por pressão envolve uma participação multiprofissional, em especial da equipe de enfermagem. O conhecimento e aplicação de intervenções de enfermagem na prevenção da LP definem o comportamento e a atitude que os enfermeiros tomam para ajudar o paciente a caminhar para um resultado desejado.

O estudo identificou que os cuidados de enfermagem prescritos para a prevenção da LP, contemplam os principais cuidados sugeridos pelas intervenções NIC no planejamento de medidas preventivas aos pacientes em risco. A prevenção das úlceras inicia-se com a identificação do risco. Assim recomenda-se, inicialmente a adoção de uma escala preditiva de risco para LP o que facilitará o planejamento e aprimoramento dos cuidados para cada paciente. Acredita-se que a pesquisa alcançou os objetivos propostos, pois trouxe ricas contribuições para enfermagem. Como produto deste estudo formulou-se um check-list de cuidados baseados em um protocolo pré-existente *do National Pressure Ulcer Advisory Panel*, de uma forma simplificada e de fácil manuseio.

REFERENCIAS

1. EPUAP; NPUAP; PPPIA. *National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. 2 ed. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Austrália, 2014. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>.
2. Coleman S, Gorecki C, Nelson EAS, Closs J, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for

pressure ulcer development: Systematic review. *Journal of nursing studies*. 2013; 50:974-1003.

3. Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D. Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. *Am J Crit Care*. 2011; 20(1):26-35.
4. Bavaresco T, Lucena AF. Nursing intervention classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino Am Enferm*. 2012; 20(6):1109-16.
5. Silva MRV, Dick NRM, Martini AC. Incidência de Úlcera por Pressão como Indicador de Qualidade na Assistência de Enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(2):339-46.
6. Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. Intensive*. 2010; 22(2):175-185.
7. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Nursing interventions classification (NIC)*. 6th ed. St Louis: Elsevier; 2013.
8. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino Am Enferm*. 2011; 19(3):523-30.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466. Diretrizes e normas regulamentos de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello B, Azambuja F, Lucena AF. Mapping the nursing care with the NIC for patients in risk for pressure ulcer. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):454-61.
11. Abuchaim S. Associação entre risco de desenvolvimento de úlcera por pressão e risco nutricional em idosos internados em um serviço de geriatria de um hospital universitário (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

12. Pedrosa IL, Silva MSML, Araújo AA, Schwanke CHA, DeCarli GA, Gomes I. Pressure ulcers in elders and in non-elders: a historical cohort study. *Online braz j nurs.* 2014; 13(1):82-91.
13. 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.
14. 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 Mar; 32(1):43-50.
15. Soldevilla Agreda JJ; Torra Ibou, J-E, Verdu Soriano J, Lopez Casanova P. Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* 2011; 22(2):77-90.
16. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Rev paul enferm. São Paulo.* 2011; 24(5):695-700.
17. Black JM, Edsberg LE, Langemo D, Goldberg M, McNichol L; Cuddigan J. Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus. *Ostomy Wound Manage.* 2011; 57(2):24-37.
18. Perrone F, Paiva AA, Souza LMI, Faria CS, Paese MCS, Aguilar-Nascimento JE; Dock-Nascimento DB. Nutritional status and functional capacity predispose hospitalized patients to pressure ulcers. *Rev. Nutr., Campinas,* 2011; 24(3):431-438.
19. Rabêlo CBM. Conhecimento de enfermeiros sobre a prevenção da Úlcera por pressão (Dissertação de Mestrado) Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2011.
20. Silva CFR, Mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem para integridade da pele em idosos hospitalizados. (Dissertação de pós-graduação em Ciências do cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa), Universidade federal fluminense, Niterói- SP. 2011.

COLABORAÇÕES

Oliveira VC, Rabelo CBM, Vieira CPB, e Costa JP declaram que contribuíram em todas as etapas que levaram a elaboração da presente pesquisa, das quais destaca-se coleta e interpretação dos resultados obtidos, elaboração e organização das ideias e revisão crítica do conteúdo intelectual, aprovando a versão final publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores manifestam não possuir conflitos de interesses em esfera política, acadêmica, comercial, pessoal e financeira.

CORRESPONDENCIA

Vanessa Cavalcante Oliveira

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Teresina - PI. CEP: 64049-550

E-mail: vanessa_c_oliveira@hotmail.com.