

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS FATORES DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO

TAIARA FONSECA DA SILVA¹; ISABELA JÉSSICA QUEIROZ BLAIR²; HELENA RIBEIRO HAMMES³; MARIA ANGÉLICA PADILHA⁴; PATRÍCIA TUERLINCKX NOGUEZ⁵; FERNANDA SANT'ANA TRISTÃO⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – taiara.ig@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – ijqb@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – helenahammes@yahoo.com.br*

⁴*Hospital Escola da UFPel, filial EBSERH – padilha.mangell@gmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas - patriciatuer@hotmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – enfermeirafernanda1@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A pele é definida por alguns autores como o maior órgão do corpo humano, já que reveste em média 2 m² do corpo de um adulto (HANSEN, 2010). Sua estrutura é formada por camadas denominadas: epiderme, derme, tecido subcutâneo, e órgãos anexos: unhas, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2010).

Dentro da epiderme, destaca-se, a camada germinativa, ou basal, que é rica em células-troncos e desenvolvem intensa atividade mitótica juntamente à camada espinhosa, renovando a epiderme com uma camada ondulante, que também é denominada de cristas interpapilares e movimenta-se ao longo da superfície de contato entre a derme e a epiderme. Esta ação proporciona a melhora da força de resistência ao cisalhamento, porém o excesso de força nesta camada desencadeia a Úlcera por Pressão (UP) (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

A Úlcera por Pressão (UP) ou atualmente denominada Lesão por Pressão (LP) é causada por fatores extrínsecos e/ou intrínsecos. Os fatores extrínsecos são decorrentes do cisalhamento, fricção e pressão. O cisalhamento apresenta uma força paralela de estiramento, bloqueio e oclusão vascular por deslizamento na cama e/ou leito. A fricção, ocorre por um atrito na camada epidérmica e dérmica. A pressão, por uma maior oclusão nos capilares das vênulas em 12mmHg e das arteríolas em 32 mmHg, proporciona o fechamento e interrupção da distribuição da pressão pela imobilidade causando inatividade de oxigenação e de metabolitos celulares (SCEMONS, 2011, DOMANSKY; BORGES, 2014).

Os fatores intrínsecos estão associados às comorbidades do estado geral, como processos de envelhecimento, estado nutricional, peso corpóreo, mobilidade e umidade (incontinência fecal e urinária) (PRAZERES, 2009).

As comorbidades relacionadas a LP afetam a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores, constituindo uma preocupante sobrecarga econômica para os serviços de saúde (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006). Além disto o sofrimento gera custos assistências ao próprio indivíduo e aos seus cuidadores e família, podendo causar um impacto emocional negativo (MOORE; COWMAN, 2008).

Neste sentido, este trabalho tem o objetivo de identificar os fatores de risco para Lesão por Pressão, que são reconhecidos por enfermeiros, relacionados à capacitação sobre o tema.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. É um estudo quantitativo, descriptivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob Parecer nº1.385.728 e realizado no período de Janeiro a Abril de 2016. A amostra foi composta por 40 enfermeiros que atuavam em unidades de saúde do adulto na assistência direta a pacientes hospitalizados. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário auto aplicável que continha 22 questões de múltipla escolha. Os dados foram analisados pelo Programa SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*) versão 22.0 e foi aplicado Teste Qui-Quadrado para o estudo da associação entre as variáveis.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos fatores de risco para LP, apontados pelos enfermeiros destaca-se: Mobilidade no leito prejudicada (n=40; 100,0%); Proeminência óssea evidenciada (sacro, calcâneo, cristas ilíacas etc.), (n=39; 97,5%). Percebe-se que a mobilidade no leito, quando prejudicada, restringe-se a oxigenação tecidual sobre uma proeminência óssea, causando a Lesão por Pressão (PRAZERES, 2009). O forro do colchão com dobraduras também mostrou-se como um dos fatores que influenciam estas lesões. Neste sentido, recomenda-se a mudança de decúbito a cada 2 horas, que auxilia na minimização da pressão; manter os lençóis sempre esticados; e ao movimentar os pacientes, utilizar lençol móvel, a fim de não arrastar mas sim levantar o paciente para diminuir o cisalhamento (BRASIL, 2013).

Percebe-se dentre os resultados da pesquisa, que os profissionais sabem identificar os cuidados mais importantes, mas há um destaque para os cuidados não utilizados, como a elevação da cabeceira do leito até 30 graus, (n=36, 90,0%). Brasil (2013) recomenda a realização da elevação da cabeceira no máximo até 30º, pois o aumento proporciona pela força da gravidade e o peso corporal aumentam a pressão e a propensão a desenvolver lesão na região sacral (BRASIL, 2013).

Neste sentido, as medidas preventivas para Lesão por Pressão atuam em proteger a integridade da pele, ao longo da internação. Para isto o enfermeiro deve realizar a avaliação da pele através do levantamento de fatores de riscos e do planejamento de cuidados para não desenvolver LP (ALBUQUERQUE, 2008).

Na avaliação da pele recomenda-se, segundo NPUAP; EPUAP; PPPIA, (2014), que os pacientes sejam avaliados em período máximo de oito horas após a admissão. Brasil (2013) afirma que todo paciente deve ser examinado no momento da admissão. A avaliação consiste na inspeção a olho nu ou com o uso de lupa a presença de lesões cutâneas e nível de coloração em regiões de proeminências ósseas, como: região temporal, occipital, auricular, escapular, processos espinhosos, ulnar, úmeral, falanges, sacral- coccigea, tuberosidades isquiáticas, trocanter, joelhos, maléolos, calcâneo, metatarsos e em áreas que sofreram com fricção, pressão e cisalhamento (BRASIL, 2013).

Na palpação analisa-se mudanças na textura, coloração, sensibilidade, branqueamento e/ou eritema. Em pessoas negras, as lesões mostram-se com coloração arroxeadas, ou azulada, além do edema e bolhas. A reavaliação deve ser feita de acordo com os fatores de risco identificados (BRASIL, 2013).

Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo na mesma superfície corporal que esteja ruborizada. A hiperemia reativa implica em mudar o paciente de posição e desaparecer a ruborização, mas na hiperemia não reativa, o eritema permanece na relocação da posição (BRASIL, 2013).

Outras medidas de prevenção individualizada são: tratamento da incontinência, realizando higiene íntima, sempre que o paciente urinar ou defecar; A utilização de tecidos do tipo seda, substituindo tecidos de algodão ou de mistura de ambos, reduzem o cisalhamento e a fricção; A estimulação elétrica dos músculos, induz contrações musculares reduzindo o risco de desenvolvimento LP, especialmente em indivíduos com lesão medular (LM) (GLENN; IRION, 2012).

Além disto a avaliação nutricional deve determinar a história de perdas de peso relevantes a $\geq 5\%$ em 30 dias ou $\geq 10\%$ em 180 dias e avaliar a capacidade do indivíduo de comer de forma independente, adequando a ingestão total de nutrientes em alimentos, líquidos, suplementos orais e nutrição entérica/parentérica (BRASIL, 2013).

O planejamento dos cuidados conta com a ingestão proteica de 1,25 e 1,5 gramas de proteínas por quilo de peso corporal a adultos em risco, providenciar a ingestão de líquidos com vista à hidratação, vigiar eventuais sinais e sintomas de desidratação, incluindo a alteração de peso, os níveis séricos de sódio elevados e/ou a osmolalidade sérica em indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese, diarreias ou feridas altamente exsudativas e providenciar boas fontes de vitaminas e sais minerais (BRASIL, 2013).

A prevenção proporciona uma assistência fundamental para evitar danos físicos, psicológicos e emocionais. Neste sentido, percebermos a importância do enfermeiro em capturar as necessidades dos indivíduos, e atuar com a ciência preventiva.

4. CONCLUSÕES

Observa-se na pesquisa empreendida, que os enfermeiros reconhecem os principais fatores de risco, mas necessitam de uma capacitação em relação a interligação da histologia humana com o cuidado, a fim de reconhecer o porquê realizar medidas simples de prevenção de LP mais efetivas na assistência e diminuição da internação dos pacientes.

Espera-se que este estudo seja como base para futuros trabalhos, a fim de capturar a necessidade da interface dos tipos comuns de LP ocorridos na instituição e fatores que levam a este aumento ou diminuição, fazendo um levante do perfil do usuário e dos profissionais com o intuito de amenizar possíveis agravos e efeitos adversos na assistência a saúde.

Por fim, é necessário futuros estudos que identifiquem a prevalência de Lesão por Pressão, a partir do uso de escalas preventivas de avaliação de risco, como a escala de Braden, através da incorporação do protocolo que respalde a aplicação desta ferramenta entre os profissionais da saúde e que se mostre necessários, com intuito de empoderar o enfermeiro e sua equipe na assistência direta ao paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M. E. L. **Biologia Geral, Genética, Histologia e Embriologia para cursos de Enfermagem e Fisioterapia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 274 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095**, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

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

DRAKE, R. L.; VOGL, A. W.; MITCHELL, A. W. M. **Gray's, anatomia para estudantes.** Tradução RUIZ, C. R. et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 1103.
ECHER et al. **Avaliação e tratamento de feridas.** Orientações a profissionais de feridas. Hospital de Clínicas. Porto Alegre, 2011

GLENN, L.; IRION. **Feridas. Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.165

MOORE, Z. E.; COWMAN. Seamus.Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. **Cochrane Data base of Systematic Reviews**, v. 3, 2008.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide.** Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. p. 12. Disponível em: <<http://www.nzwcs.org.nz/publications/70-2014-prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline>>.

HANSEN, J. T.; Netter. **Anatomia para Colorir.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica.** São Paulo: Guanabara Koogn, 2013. Disponível em:
<<http://medlivrosfree.blogspot.com.br/2013/05/histologia-basica-junqueira-carneiro-10.html>>. Acesso em: 08 Ago. 2015.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, n. 1, p. 29-38, 2006.

SCEMONS, D.; ELSTON, D.; **Nurse to nurse cuidados com feridas em enfermagem.** Porto Alegre: AMGH, 2011. p.361.

SILVA, E. M.; LEITE, L. F.; RIBEIRO, V. F. **033 Contenção Física de Pacientes.** Diretrizes Clínicas. Protocolos Clínicos. Fundação Hospitalar dos hospitais de Minas Gerais, 2013.