



AVALIAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Resumo: Descrever a percepção do enfermeiro na avaliação de lesão por pressão em pacientes idosos institucionalizados. Estudo desenvolvido em uma unidade de internação de um Hospital de médio porte, localizado em Belo Horizonte (MG), referência no atendimento a pacientes em reabilitação, crônicos, geriatria e em fase de cuidados paliativos. Foi realizada metodologia descritiva de abordagem qualitativa, com entrevista semiestruturada com 5 questões norteadoras. As categorias apresentadas abordam as expectativas e percepções quanto à utilização da Escala de Braden e expectativas e percepções quanto diferença do diagnóstico da integridade da pele prejudicada para o diagnóstico de integridade tissular prejudicada na unidade de internação. Conclui-se que há carência de estudos sobre a prevenção lesão por pressão em idosos que são tratados em casa ou até mesmo institucionalizados, apesar de serem evitadas com medidas simples e baratas, sendo necessária a constante atualizações dos profissionais de enfermagem a respeito da prevenção de lesão por pressão.

Descritores: Assistência a Idosos, Lesão por Pressão, Cuidados de Enfermagem.

Assessment of pressure injuries in the elderly: nurses' perception

Abstract: To describe the nurse's perception in the assessment of pressure injuries in institutionalized elderly patients. Study developed in an inpatient unit of a medium-sized hospital, located in Belo Horizonte (MG), a reference in the care of patients in rehabilitation, chronic, geriatrics and in palliative care. A descriptive methodology with a qualitative approach was carried out, with a semi-structured interview with 5 guiding questions. The presented categories address expectations and perceptions regarding the use of the Braden Scale and expectations and perceptions regarding the difference between the diagnosis of impaired skin integrity and the diagnosis of impaired tissue integrity in the inpatient unit. It is concluded that there is a lack of studies on the prevention of pressure injuries in elderly people who are treated at home or even institutionalized, despite being avoided with simple and inexpensive measures, requiring constant updating of nursing professionals regarding the prevention of pressure ulcers. pressure injury.

Descriptors: Old Age Assistance, Pressure Ulcer, Nursing Care.

Evaluación de las lesiones por presión en ancianos: percepción de las enfermeras

Resumen: Describir la percepción del enfermero en la evaluación de las lesiones por presión en ancianos institucionalizados. Estudio desarrollado en una unidad de hospitalización de un hospital de mediano porte, ubicado en Belo Horizonte (MG), referencia en la atención de pacientes en rehabilitación, crónicos, geriatría y en cuidados paliativos. Se llevó a cabo una metodología descriptiva con enfoque cualitativo, con una entrevista semiestructurada con 5 preguntas orientadoras. Las categorías presentadas abordan las expectativas y percepciones con respecto al uso de la Escala de Braden y las expectativas y percepciones con respecto a la diferencia entre el diagnóstico de integridad de la piel deteriorada y el diagnóstico de integridad tisular deteriorada en la unidad de hospitalización. Se concluye que faltan estudios sobre la prevención de las lesiones por presión en ancianos atendidos en domicilio o incluso institucionalizados, a pesar de ser evitados con medidas sencillas y de bajo costo, requiriendo una constante actualización de los profesionales de enfermería en cuanto a la prevención de las úlceras por presión. lesión por presión.

Descritores: Asistencia a los Ancianos, Úlcera por Presión, Atención de Enfermería.

Adileuse Pereira Barroso

Acadêmica do Curso de Enfermagem. Centro
Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo
Horizonte, MG.

E-mail: adileuse@bol.com.br

Charles Colombo

Acadêmico do Curso de Enfermagem. Centro
Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo
Horizonte, MG.

E-mail: charllynet@hotmail.com

Cleo D'lamark Souza

Acadêmica do Curso de Enfermagem. Centro
Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo
Horizonte, MG.

E-mail: cleodlamark88@gmail.com

Mágno Soares Ferreira

Acadêmico do Curso de Enfermagem. Centro
Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo
Horizonte, MG.

E-mail: soaresmagno@hotmail.com

Cristiano Santana

Especialista em Urgência Emergência e
Trauma Pré-hospitalar. Centro Universitário
UNA. Professor Adjunto do Centro
Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo
Horizonte, MG.

E-mail: cristiano.santana@prof.unibh.br

Brisa Emanuelle Silva Ferreira

Mestre em Saúde e Enfermagem, Professora
Adjunta do Centro Universitário de Belo
Horizonte - UniBH. Belo Horizonte, MG.

E-mail: brisaemanuelle@yahoo.com.br

Claudirene Milagres Araujo

Mestre em Saúde da Criança e do
Adolescente. UFMG, 2012. Professora adjunta
do Centro Universitário de Belo Horizonte -
UniBH. Belo Horizonte, MG.

E-mail: claudirene.araujo@prof.unibh.br

Submissão: 27/06/2023

Aprovação: 10/03/2025

Publicação: 22/03/2025



Como citar este artigo:

Barroso AP, Colombo C, Souza CD, Ferreira MS, Santana C, Ferreira BE, et al. Avaliação da lesão por pressão em idosos: percepção do enfermeiro. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):90-98. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.909>

Introdução

Modificações intensas acontecem no organismo humano devido à idade avançada, etapa reconhecida como envelhecimento, ficando o corpo mais vulnerável a lesões e doenças, além de propiciar sequelas e também longas internações em hospitais¹.

A ocorrência da úlcera por pressão (UP) aumenta significativamente com as combinações de diversos fatores de risco, como as alterações da condição nutricional; estado de saúde comprometido; desequilíbrios hidroeletrolíticos; deficiência na mobilidade e/ou fricção, sensibilidade e cisalhamento, umidade, edema, medicação, doenças sistêmicas, idade, comprometimento do sistema neurológico e também distúrbios metabólicos².

A busca do conhecimento técnico e científico relativa às coberturas intensivas para a LP sendo fundamentais aos enfermeiros, pois essa técnica terapêutica primordial é aplicada sempre à assistida de forma contínua e com progressivos resultados. Assim, é significativo que todos os profissionais da área tenham uma conformidade e alinhamento de procedimentos e condutas nestas técnicas proporcionando desse modo a melhor eficácia, bem como também a continuidade optativa de tratamento do paciente mais adequada.

Desse modo, este estudo teve por objetivo, descrever a percepção do enfermeiro na avaliação de lesão por pressão em pacientes idosos institucionalizados.

Material e Método

A presente pesquisa utilizou a metodologia descritiva de abordagem qualitativa, que buscou compreender a percepção e vivência do enfermeiro

nos serviços de saúde sobre a prevenção, análise das incidências de LPPs e suas implicações. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de Belo Horizonte, onde foi aplicado um roteiro semiestruturado individualmente para cada entrevistado, no próprio ambiente de trabalho dos mesmos, em uma sala que manteve a privacidade dos entrevistados.

São características das pesquisas de caráter qualitativo a realização de entrevistas e aplicação de questionários sendo quase sempre semiestruturadas e longas. Desse modo, é muito importante que haja definição de todos os critérios conforme os sujeitos selecionados que vão cooperar e integrar o espaço dessa investigação, portanto, vão interferir diretamente na qualidade das informações coletadas com base das quais foi possível elaborar a presente pesquisa e fazer a uma compreensão mais ampla do problema traçado³.

Este estudo foi desenvolvido em uma UI de um Hospital de médio porte, localizado em Belo Horizonte (MG), sendo referência nacional para sua área de abrangência. Trata-se de uma instituição filantrópica fundada há 40 anos. Atendendo o estado de Minas Gerais, o Hospital atende milhares de pessoas carentes em duas unidades operacionais, sendo referência no atendimento a pacientes em reabilitação, crônicos, geriatria e em fase de cuidados paliativos e também atende crianças com necessidades especiais e portadoras de síndromes raras. Hospital possui atualmente 133 leitos na área de Clínica Médica, divididos em SUS, Convênios e Particulares.

A metodologia adotada recomendou que os indivíduos participantes dessa pesquisa fizessem parte e/ou estejam envolvidos na problemática estudada e

que os mesmos poderiam contribuir com informações precisas e que abrangesse todas as dimensões desse problema de estudo⁴.

Assim, os sujeitos da referente pesquisa foram os enfermeiros do UI do Hospital em estudo que estavam no atendimento direto ao paciente e seus familiares. Os mesmos foram entrevistados até a saturação da amostra. Os critérios de inclusão utilizados foram primeiramente o tempo mínimo de seis meses de atuação no setor para que existisse uma percepção do profissional sobre o objetivo do estudo.

Já o critério de exclusão será a desistência do entrevistado no momento da não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desse modo, ficou bem evidenciado que a melhor escolha como participantes da pesquisa, os enfermeiros da UCC. Portanto, estes importantes profissionais foram escolhidos como os dignos participantes dessa pesquisa, sendo composto por um grupo de sete enfermeiros.

A coleta de dados da entrevista e questionário foi a partir de entrevista semiestruturada e aplicação do questionário que foram realizados individualmente e dentro do próprio setor, com agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade do profissional. Ao coletar as informações dos atores sociais, a entrevista e questionário na pesquisa qualitativa, possibilitou ser atingido um nível razoável de compreensão da realidade humana que se tornou disponível por intermédio de discursos, sendo favorável para investigações do qual, o objetivo foi conhecer como as pessoas entendem o mundo⁵.

O método da entrevista semiestruturada possui a característica por possuir um roteiro estabelecido primeiramente, mas que permitiu a elucidação de

certos elementos que aparecerão de forma não prevista ou mesmo até informações espontâneas que surgiram do indivíduo entrevistado. Para tanto foi utilizada uma ficha de identificação nominal (que posteriormente será substituído por pseudônimo), idade, tempo de formação, cargo, tempo no cargo atual e na instituição, em um roteiro de entrevista com 5 questões norteadoras que foram respondidas e gravadas, contemplando a questão norteadora da pesquisa. Após os dados serem transcritos, as gravações foram apagadas, para manutenção da integridade dos entrevistados. Os informantes foram pontuados com pseudônimos.

Na interpretação do material coletado e armazenado, primeiramente foi feito uma classificação por categorias que auxiliaram na redação da dialética dos discursos. Já a análise de conteúdo foi através de uma técnica de análise das comunicações, que analisou o que foi relatado nas entrevistas e observado pelo pesquisador.

A interpretação e a análise de todo o conteúdo coletado foram uma técnica a se aprimorar, portanto melindrosa, que exigiu muita paciência, dedicação e disponibilidade de tempo, necessitando também de imaginação e intuição para que fosse percebido o que seria de grande importância e de criatividade para se fazer as escolhas das categorias, para realização da curiosidade do investigador.

Foi garantido o anonimato do entrevistado, bem como esclarecida a proposta do estudo, através da leitura do TCLE. Os sujeitos da pesquisa assinarão o termo juntamente com pesquisador em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com cada sujeito participante.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética

do Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), respeitando todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos⁶.

Resultados

O perfil da população estudada foi delimitado segundo as categorias: gênero, tempo de graduação, possuir ou não especialização, tempo de atuação na atenção primária e tempo de atuação no cargo atual.

Os dados coletados foram transcritos na íntegra, sistematizados e posteriormente analisados. As falas foram nomeadas com o pseudônimo E (Enfermeira) e numeradas sequencialmente do 1 ao 6. Quanto ao gênero foi identificado 90% dos entrevistados do sexo feminino, com um tempo de graduação variando entre um ano e três meses a onze anos, sendo que 83,3% das entrevistadas tem 4 anos ou mais de formada. Pode-se observar que 25% das enfermeiras, tem de 1 a 3 anos de atuação na atenção primária, 42% de 4 a 6 anos e 33% de 7 a 9 anos de atuação, 50% das enfermeiras fizeram curso de especialização.

Os dados coletados desta pesquisa, após serem organizados e analisados pela análise de Bardin (conjunto de técnicas de análises de dados que tem como objetivo descrever conteúdos coletados) resultaram em três significantes categorias: Expectativas e percepções quanto ao uso da Escala de Braden na UI, Elucidar as medidas e práticas de prevenções para evitar a lesão por pressão; Expectativas e percepções quanto diferença do diagnóstico de integridade tissular prejudicada na UI; e Elucidado as medidas de prevenção para evitar lesão por pressão.

Estas duas categorias respondem ao desenho desta pesquisa no aprimoramento do conhecimento

sobre a temática lesão por pressão, valendo-se de uma grande contribuição para a real compreensão dos enfermeiros, do quanto o mesmo é estratégico e essencial para uma eficaz gestão do cuidado de enfermagem, com segurança e de ótima qualidade. Primeiramente, foi apresentado a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Expectativas e percepções quanto à utilização da Escala de Braden na UI

Em relação ao uso e a aplicabilidade da Escala de Braden na rotina e contexto de trabalhos dos enfermeiros, os resultados apurados e ora relatados, em sua totalidade, demonstraram a aceitabilidade na aplicação e utilização dessa escala no âmbito da UI.

Ela, na verdade, ela facilita sim o, o, é útil sim, se você não tem uma escala, você acaba ficando meio sem norte, assim né, isso facilita um pouco mais a avaliação diária daquele paciente, mais facilita sim. (Entrevistado 1).

Escala de Braden é útil sim. (Entrevistado 2).

Ela é uma referência para construção ne da prescrição, tratamento em relação de LPP. (Entrevistado 3).

Com a utilização da Escala de Braden, os entrevistados expressaram também a possibilidade de outras alternativas para demais parâmetros clínicos, assim como também um guia direcionador de grande importância para se fazer avaliações mais consistentes, seguras e rápidas, tanto para a enfermagem como para o paciente.

Eu tive pouco contato com a escala de Braden, mas o que eu tive de contato com ela foi no CTI, no CTI para gente ela era eficaz, pelo fato que ela aponta é hidratação de pele, se o paciente tem risco de ficar muito tempo com umidade, se ele faz as necessidades em fraldas. Então assim acho que é um meio valido e não sei se ele poderia ser melhorado. Pelo que eu vejo ela está sendo iniciada agora. Já tem uns 6 meses que ela está sendo realizada. Mas assim é uma escala que pode

melhorar se for feita de acordo com as características que aquele paciente está apresentando no dia. (Entrevistado 4).

Ah, para mim, a escala de Braden, ela é útil sim, para sinalizar a equipe de enfermagem, que aquele paciente tem um risco ali, de desenvolver, e só de ter ali a classificação já, já é um alerta, para um maior cuidado, para esse paciente não desenvolver essa lesão. (Entrevistado 5).

Não. A escala de Braden não é útil na instituição. Eles fazem apenas por fazer, só porque ela está lá na evolução, eles não utilizam ela, por exemplo, se estado nutricional desse paciente está ruim, eles não fazem nada quanto a isso, eles não avaliam se este paciente tem um fator de fricção. (é) que ele tem um fator de fricção mais alto o enfermeiro não faz nada contra a isso eles só fazem a escala por fazer, eles não gerencia da prevenção através da escala. (Entrevistado 6).

A escala de bradem aqui ela é usada (é) pelo enfermeiro diariamente, mas há uma falha talvez na disseminação de pacientes que tem alto risco de lesão por pressão pra prevenir novas lesões e não deixar as que já existem piorarem. (Entrevistado 7).

Os instrumentos de trabalho, como as escalas preditivas da lesão por pressão têm se demonstrado como uma estratégica ferramenta na detecção e o total reconhecimento dos pacientes vulneráveis. Todavia, para prevenir a ocorrência de agravamento, não se pode restringir somente às avaliações, mas na sequência lógica de um adequado e estratégico direcionamento dos cuidados, relatados na próxima categoria.

Expectativas e percepções quanto diferença do diagnóstico da integridade da pele prejudicada para o diagnóstico de integridade tissular prejudicada na UI

Com a pele, prejudicada né, integridade, é prejudicada não tem lesão óssea, né, nem lesão aparentemente, ela na verdade, ela pode está prejudicada por algum outro motivo, então a tissular ao paciente já tem uma lesão de já de pele, já lesionada,

sistêmica. (Entrevistado 1).

A integridade da pele prejudicada, a gente, ainda tem pele né, podemos dizer assim, então a gente tem um diagnóstico de prevenção mesmo, então eu percebo uma alteração da pele, né, ainda a nível de primeiro grau, uma lesão, a nível de primeiro grau até segundo grau. O diagnóstico de lesão de, de integridade tissular, é quando já tem comprometimento tissular, então são outros tecidos que já estão comprometidos, então eu tenho, ali uma ferida já no mínimo de terceiro, quarto grau. (Entrevistado 2).

Nossa! Tissular? Vai muito pra fisiologia ai né!? Eu acho que as questões bem fisiológicas eu acho que a tissular eu tenho uma questão sistêmicas mais afetada e integridade possa está relacionada as questões físicas mesmo, internas, então eu acho que é quando penso na tissular eu vou uma dificuldade mais sistêmica de tratar. Já a integridade da pele eu posso tratar tirando principalmente os fatores externos. (Entrevistado 3).

Óh, a questão da integridade da pele prejudicada são de pacientes que tende a deficiência com senilidade a gente pode estar pesando nisso, num paciente que ele tem uma pele mais frágil, como pode dizer uma pele fininha ela tem uma chance maior de estar ocasionando uma lesão por causa desse diagnóstico de pele prejudicada. Enquanto da tissular já é uma doença vascular que pode prejudicar a irrigação daquele tecido e aquela falta de irrigação vai fazer com que a aquela pele fique mais propícia a ocasionar lesão. (Entrevistado 4).

Olha, isso é sobre o diagnóstico de enfermagem, o NANDA, e os enfermeiros acaba sendo viciados pelo próprio sistema, porque você só joga no sistema e o sistema acaba fazendo a avaliação para você é fazendo tudo, inclusive os cuidados, mas é, eu acredito que a integridade da pele prejudicada é ali, uma camada da pele, a primeira, que é a epiderme, ela está sofrendo ali, uma está sofrendo ali alguma coisa, que vai causar lesão nessa pele, já a tissular já, envolve a integridade da hipoderme, da hipoderme, pode destruir mais tecidos comparados com só a pele. (Entrevistado 5).

Então integridade da pele e prejudicada (éee) igual eu falei, a gente visualiza tem a escala de Bradem (ee) alguns pacientes já internam aqui com lesão tissular, alguns já internam já com (com) já com estágio 1 que é a hiperemia, e aí o CEST que inicia(a) o tratamento ,a gente põe (ee) mantém o calcâneo elevados, costumam muito ter muito no calcâneo, o problema é que a tissular a gente não sabe como ela tá, por que ela (éee) pode ter cometido outros tecidos, pode até tá com necrose e não tem como ver, então quem faz mais , quem acompanha de perto é o CEST, igual eu falei que é o setor de estomaterapia, e a gente sempre avalia a pele (éee) durante a corrida de leito a gente sempre capacita os técnicos de enfermagem a terem a visão de prevenção (éee) visualizar se o que às vezes eles conseguem visualizar (éé) o início de uma lesão e não sabe o que significa pra gente já intervir paciente tem risco de ter uma lesão por pressão ou não. É feito também (éé) capacitações para os acompanhantes tem (aa) oficinas de cuidado com a pele higiene e agente orienta os acompanhantes por que às vezes eles conseguem visualizar (éé) o início de uma lesão e não sabe o que significa pra gente já intervir. (Entrevistado 6).

A integridade (éé) da pele ela está relacionada à epiderme né então vai ser a integridade da pele vai ser só superficial vai ser a epiderme. A integridade da pele integridade tissular prejudicada ela vai acometer outras camadas da pele, então vai ser (éé) epiderme, derme, hipoderme pode acometer mucosas acometem outros locais, não só a pele mucosa também. (Entrevistado 7).

Elucidado as medidas de prevenção para evitar a lesão por pressão

As medidas de prevenção ajudam a reduzir a incidência de LPP adquiridas durante a hospitalização, ajudando a proporcionar um atendimento assistencial efetivo, qualificado, sistematizado e, sobretudo, seguro aos pacientes e familiares. Também auxiliam na redução do tempo de hospitalização do paciente gerado pelo desenvolvimento de LPP e reduz os custos hospitalares.

É o acompanhamento diário mesmo dessas, desses pacientes que tem esse tipo de mobilidade muito reduzida no leito, e, o que para evitar é o que? mudança de decúbito que é o , primordial, por que muitas pessoas , às vezes, a gente, nós enfermeiros , a gente faz, orienta nossos técnicos né, mudança de decúbito às vezes de 3 em 3 horas, mas isso aí, pode ser de 2 em 2 horas ou até mesmo , de 1 em 1 hora, dependendo do paciente né, que às vezes o paciente também tem , dificuldade até de mudança de decúbito, então isso, dificulta muito , então o máximo que a gente pode é colocar coxim né , é na proeminências ósseas, escápula, calcâneo, etc. (Entrevistado 1).

É a instituição para evitar é mudança de decúbito e o uso de óxido de zinco. (Entrevistado 2)

Primeiro que a gente tem um setor específico para tratar lesão por pressão e isso é um fator importante, fora isso né, existem alguns indicadores voltados para questões das lesões nos dão um panorama mensal da situação, então isso faz que a gente atuar de forma mais eficaz nas lesões de acordo com esses indicadores. Nós também utilizamos coberturas que são adequadas no mercado aí, tem as essências para tratar essas lesões, nós utilizamos quase que 100% dos leitos com colchão pneumático e isso auxilia bem. Além disso a gente faz um trabalho de conscientização com as famílias e com as equipes em relação a prevenção de LPP. (Entrevistado 3).

Uma das coisas que o SET tem realizado em conjunto com o serviço que eu atuo é a questão de coloca coletor urinário para pacientes do sexo masculino, que aí a fralda não tem o risco de ficar úmida, para não ter que trocar a fralda toda hora é a mudança de decúbito que está preconizada hoje de 3 em 3 horas, antes ficava naquela 2 em 2 horas e para outros pacientes era de 3 em 3 horas, então colocar que é de 3 em 3 horas para todos os pacientes fica uma coisa mais padronizada, onde diminuiu um pouco da incidência e a questão que acho que pode melhorar e a questão nutricional porque os nossos pacientes são pacientes idosos alguns sacopengos e isso acaba aumentando essa incidência de lesão. (Entrevistado 4).

O que a gente tem usado, pra evitar essas lesões, são o uso de colchão pneumático, que

entrou na instituição, a melhor nutrição pro paciente e a mudança de decúbito, respeitar a mudança de decúbito de acordo com a escala de Braden. (Entrevistado 5).

É a nossa prevalência de lesão por pressão, ela é alta porque a instituição ela recebe pacientes com lesão, hoje nós somos referência em tratamento de lesão, então tem uma prevalência alta porque eu recebo muito paciente de fora. (é) eu tenho hoje uma prevalência até maior que a literatura, prevalência de lesão por pressão deve chegar aí mensal de 33% (eee) os meios utilizados para prevenir para evitar lesão por pressão na instituição hoje é nós temos padrão de mudança de decúbito na instituição, padrão da mudança ele não é o adequado de acordo com o ministério da saúde, ele não é de duas em duas horas e sim ele é de três em três horas, então nove ao meio dia três e seis quanto dia quanto noite, a equipe técnica faz a mudança de decúbito desse paciente, foi padronizado na instituição que todas as vezes que o técnico vai movimentar o paciente pra mudar ele de decúbito ele tem que olhar se o paciente está úmido e tem que fazer a troca de fralda (é) uso de óxido de zinco que é a nossa barreira pra prevenir a umidade, hoje na instituição é o óxido de zinco. Elevar calcâneo, hoje na instituição a gente tem alguns coxins disponíveis para elevar calcâneo e proteção de proeminências ósseas então sempre elevar calcâneo e proteger proeminências ósseas. Não utilizamos filmes transparentes em lesão de pressão porque não é o adequado. (Entrevistado 6).

Discussão

O processo de envelhecimento é também fortemente influenciado pela história de vida do idoso, em suas diferentes formas de inserção social ao longo da vida e exposição a contextos de vulnerabilidade. A complexidade das demandas de saúde apresentadas pelos idosos exige dos serviços à capacidade de responder adequadamente às suas necessidades não só de prevenção e controle de doenças, mas também da promoção de um

envelhecimento ativo e saudável, visando a sua maior autonomia e bem-estar⁷.

As melhores técnicas e práticas relativas às coberturas intensivas para a LPP, quando aplicadas nos processos de rotina de trabalho, promovem mudanças nos comportamentos, nos métodos e também na reflexão crítica e nos fluxos das informações⁸.

A Escala de Braden é uma importante ferramenta para o enfermeiro que busca identificar nos pacientes vulneráveis para o desenvolvimento da LPP. Este instrumento é composto por seis subescalas que retratam a percepção sensorial, o estado nutricional, a umidade da pele, o grau de mobilidade e atividade, e também a exposição ao cisalhamento e fricção. Os escores somados resultam em valores que variam entre 6 e 23, sendo que quanto menor for a pontuação, maior será o risco para ocorrer a LPP⁹.

Em estudo observacional, quantitativo, realizado 2012, por Wechi et al¹⁰, confirmou-se a total efetividade da escala de Braden para se fazer a avaliação de risco de desenvolvimento LPP, sendo que esta ferramenta possibilita a identificação dos riscos precocemente e a adoção de medidas preventivas, comprovado que, durante seu uso, não aconteceu formação de LPP. O estudo foi realizado em um hospital federal do Sul, onde foram avaliados 120 pacientes idosos efetivando 435 avaliações.

Conforme a classificação geral dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, a integridade tissular prejudicada é definida como: o dano às membranas mucosas, pele ou tecidos subcutâneos e também a córnea", sendo que poderá estar associado a déficit de líquidos, circulação alterada, excesso de líquidos, déficit de conhecimento, fatores nutricionais,

extremos de temperatura, mecânicos (pressão, abrasão, fricção), irritantes químicos, mobilidade física prejudicada e até radiação, podendo ser evidenciados através de tecido destruído ou mesmo tecido lesado (mucosa, córnea, pele ou tecidos subcutâneos) que provocam à perda da integridade tissular e também o comprometimento da sua função fisiológica¹¹.

Através dessas informações verifica-se a grande necessidade de fazer uma padronização das intervenções e dos cuidados de enfermagem para os pacientes idosos portadores de LP na unidade de internação (UI) em um hospital referência, buscando normatizar as condutas e intervenções dos enfermeiros e atingir a eficiência e eficácia no atendimento de cuidados praticados pelos profissionais que trabalham nesta instituição e a necessidade de obter maior compreensão e alinhamento do conhecimento entre os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros e também quais as medidas devem ser tomadas fazendo a prevenção e após a avaliação.

Considerações Finais

Durante a realização do trabalho observou-se que, há uma grande importância para o enfermeiro em conhecer a classificação, as escalas, os fatores de risco para o planejamento das medidas preventivas. A identificação do risco e o uso de medidas preventivas podem levar à redução da incidência da lesão, dificultando o seu agravamento e prevenindo, melhorando assim a qualidade da assistência de enfermagem e dos serviços de saúde como um todo.

A partir deste trabalho foi possível compreender a percepção dos enfermeiros da UI sobre a segurança dos pacientes frente a avaliação de lesão por pressão em pacientes idosos institucionalizados. Foram feitas

entrevistas onde os mesmos puderam expor suas opiniões e conhecimentos sobre as medidas de prevenção e práticas de promoção, que podem evitar o desenvolvimento da lesão por pressão, como por exemplo a Escala de Braden. Um instrumento útil, que possibilita a avaliação da pessoa susceptível a desenvolver e até prevenir o agravamento da lesão por pressão.

Espera-se que esses resultados contribuam para que os profissionais de saúde identifiquem a necessidade de inovar o cuidado, e que mais pesquisas possam ser realizadas para se obter maior consistência do conhecimento acerca do tema lesão por pressão. Com base nos resultados, percebe-se que um dos limites é incorporar as práticas de promoção da saúde a fim de diminuir a lesão por pressão dos idosos e alcançar melhorias nas condições de saúde. Ressalta-se a importância do conhecimento científico para ampliar a compreensão do cuidado associado às boas práticas de saúde, em especial na elaboração e execução de medidas de prevenção, a fim de evitar o desenvolvimento da lesão por pressão, e práticas de promoção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida, assim como, impulsionar o desenvolvimento de novas pesquisas e proporcionar avanços na área da enfermagem.

Conclui-se que há carência de estudos sobre a prevenção de lesão por pressão em idosos que são tratados em casa ou até mesmo institucionalizados, apesar de serem evitadas com medidas simples e baratas, ainda continuam sendo muito comuns, um problema constante nas instituições de saúde. Os resultados alcançados através desta pesquisa refletem sobre a importância da percepção, adesão de conhecimento, informações e atualizações dos

profissionais de enfermagem a respeito da prevenção de LPP.

Referências

1. Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Analysis of prevention and treatment of the pressure ulcers proposed by nurses. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):215-20.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa, Fiocruz. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 2013. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-ulcera-por-pressao>>. Acesso em 03 abr 2023.
3. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cad Pesqui. 2002; (115):139-54.
4. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2017; 26(4):e1450017.
5. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia (Ribeirão Preto). 2004; 14(28):139-52.
6. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 03 abr 2023.
7. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17(1):123-33.
8. World Union of Wound Healing Societies. Documento de Consenso da World Union of Wound Healing Societies: o papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. 2016. Disponível em: <<http://sobende.org.br/pdf/WUHS%202016/08.pdf>>. Acesso em 03 abr 2023.
9. Soares CF, Heidemann ITSB. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. Texto & Contexto Enferm. 2018; 27(2):e1630016.
10. Wechi JS, Amante LN, Salum NC, Matos E, Martins T. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão. Estima. 2017; 15(3):145-51.
11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed. 2008.