



O ENFERMEIRO E A APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA

Yasmim Faria Soares

Roberta Damasceno de Souza

Curso: Enfermagem

Período: 10º Área de Pesquisa: Cuidar em Enfermagem.

Resumo: A Lesão por Pressão ocorre do resultado da pressão intensa e prolongada em combinação com o cisalhamento sendo relacionada ainda a fatores de riscos pré-existentes. A Escala de Braden aparece como recurso de prevenção, pois é um instrumento validado e de fácil aplicação. É considerada a ferramenta clínica mais utilizada para a detecção de pacientes com risco de desenvolver lesões por pressão, fornecendo confiabilidade em seus resultados. A prevenção da Lesão por Pressão, exige uma abordagem global e multidisciplinar, onde as intervenções autônomas do enfermeiro têm grande impacto sobre a prevenção, sendo apontado como o principal profissional na gestão, avaliação e abordagem das lesões, possuindo autonomia para planejar os cuidados na prevenção dessas lesões, dispondo do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, para atuar com qualidade. O presente trabalho tem como objetivo, a análise do papel do enfermeiro na elaboração de medidas resolutivas baseadas nos resultados obtidos através da aplicação da Escala de Braden. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo que selecionou artigos nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e Google Acadêmico, utilizando-se ainda de periódicos que correspondiam à necessidade do estudo. Utilizando-se os descritores como, lesão por pressão, Escala de Braden, Unidade de Terapia Intensiva, gestão do cuidado e o papel do enfermeiro na prevenção de Lesão por Pressão. Durante a pesquisa, com base nos achados, propõem-se como método para reduzir a ocorrência de lesão por pressão nas unidades de terapia intensiva, um maior investimento em capacitação profissional, por meio da educação permanente continuada, como também elaboração e estabelecimento de protocolos para prevenção e tratamento, e que estas ações são de responsabilidade diretamente relacionada a equipe de enfermagem, onde o enfermeiro tem papel principal, na avaliação, diagnóstico e garantia dessas intervenções.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão, Unidade de Terapia Intensiva, Gestão da Assistência de Enfermagem., Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* em 2016, alterou a definição úlcera por pressão para o termo lesão por pressão (LPP) e a conceituou como lesões na pele e tecido moles em áreas de risco, comumente em proeminências ósseas, estando relacionada a pressão exercida e cisalhamento prolongados (*EPUAP et al., 2019*).

Na percepção de Vargas e Santos (2019), dentre os diversos eventos encontrados em pacientes de terapia intensiva, o desenvolvimento da lesão por pressão se torna destaque. Tendo como incidência maior em pacientes idosos, com doenças crônico-degenerativas, estado nutricional deficitário, obesos e que são submetidos a leitos por longos períodos de tratamento clínico.

Para Silva et al. (2013), se torna preocupante a incidência elevada de LPP que se desenvolve em pacientes internados dado que em maior parte é evitável. De modo que quando causado resulta em gastos altos para as instituições de saúde, manejo de profissionais, devido a demanda de cuidados específicos, além de ocasionar sofrimento físico e mental, tendo grande impacto sobre sua recuperação e qualidade de vida, estando intimamente relacionado ao grau de assistência oferecida em cada unidade de saúde.

A Escala de Braden (EB) é um instrumento de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão e é amplamente aplicada em razão de sua eficácia, sensibilidade, especificidade, critérios avaliativos claros e definidos, além da praticidade no que concerne a sua aplicabilidade. A EB consiste em seis categorias, percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (SOUZA; PRADO, 2016).

Segundo o Código de Ética do Profissional de Enfermagem estabelecido no artigo 12, é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (COFEN, 2007, p.3).

De acordo com Galvão et al. (2016), diversas pesquisas aplicadas em âmbito nacional e internacional, constataram déficit de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde acerca dos instrumentos e medidas utilizados na prevenção de LPP.

Os eventos adversos como a LPP decorrem, muitas vezes, por erro dos próprios profissionais que realizam o cuidado e pelo mal gerenciamento das equipes, o que leva ao esgotamento, cansaço, estresse, resultando em uma má assistência (SILVA et al., 2021).

O surgimento das LPP ocorre de forma rápida e gradativa, sendo os pacientes de longo período de internação os mais sucessíveis à acometimento, gerando as mais diversas complicações que desencadeiam agravos e cuidados que tardam o seu tempo de reabilitação. Diante dessa problemática abrangente, o presente estudo sucede da seguinte questão norteadora: Qual a importância do papel do enfermeiro na assistência e prevenção de LPP?

O presente estudo se faz relevante em traçar habilidades essenciais do papel do enfermeiro como líder assistencial na elaboração de medidas resolutivas baseadas nos resultados obtidos através da aplicação da EB acerca das lesões por pressão e com isso contribuir na melhora da qualidade de vida dos pacientes e na qualidade da assistência prestada. Diante disso, o objetivo geral é refletir sobre os cuidados de enfermagem visando o enfermeiro como protagonista na prevenção de lesões por pressão em pacientes de terapia intensiva através da aplicação da EB.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

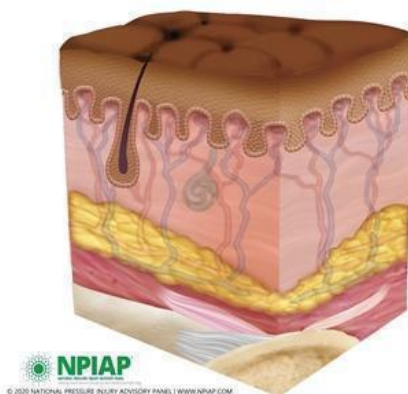
2.1.1. Lesão por Pressão (LPP)

A pele, o maior órgão do corpo humano, é responsável pelo revestimento e proteção de todas as estruturas internas, isolando-as do meio externo. A pele representa o elo entre o indivíduo, sociedade e ambiente físico e tem a capacidade de manifestar as mais diversas condições, falando por si só, propagando respostas infecciosas, inflamatórias, potencial de vitalidade e saúde. Diante da importância da pele, podemos entender, qual é o impacto que uma LPP traz para a vida de um paciente e seus familiares, causando dor, sofrimento, aumento no tempo de internação ou até mesmo incidir nas taxas de morbidades, mortalidade e dos custos, em especial, os dispensados com curativos (OLIVEIRA, 2014).

A mudança na terminologia de úlcera por pressão para lesão por pressão permitiu que fosse descrito de maneira mais precisa as lesões em peles intactas e ulceradas. Anteriormente, no primeiro estágio, usava-se a terminologia: úlcera por pressão estágio 1, porém, a nomenclatura úlcera, em uma lesão cuja a pele ainda permanecia íntegra e não havia a formação de úlcera, levava a uma confusão, porque as definições para cada uma das etapas, se referiam às lesões como úlceras de pressão de maneira precipitada, visto que o termo úlcera se compreende em uma injúria tissular significativa, não equivalente a todos os estágios antes descritos (NPUAP, 2016).

As circunstâncias relacionadas ao risco de LPP consideram seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e/ou cisalhamento. A LPP ocorre do resultado da pressão intensa e prolongada em combinação com o cisalhamento sendo relacionada ainda a fatores de riscos pré-existentes, sendo em sua maioria lesionados pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea. Seus estágios são denominados de acordo com a extensão do dano tissular sofrido. Segue nas figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a evolução de uma úlcera a partir do tecido saudável, referenciado por NPUAP (2016):

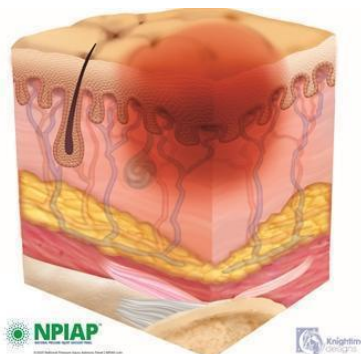
FIGURA 1- Pele saudável



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso:

<https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14357667>).

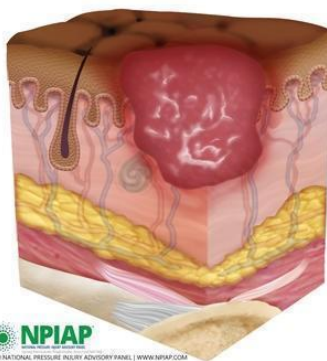
FIGURA 2- Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso: <https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14357772>).

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (NPUAP, 2016, p.1).

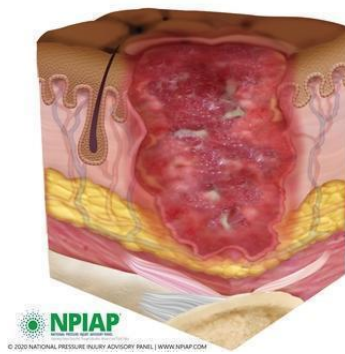
FIGURA 3- Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso: <https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14358402>).

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo (NPUAP, 2016, p.1).

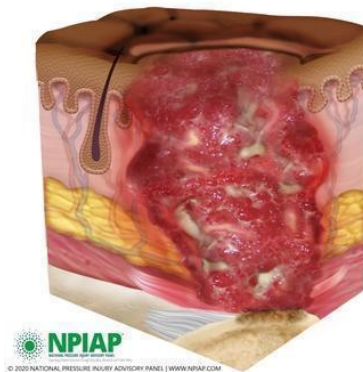
FIGURA 4- Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso: <https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14358486>).

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso (NPUAP, 2016, p.1).

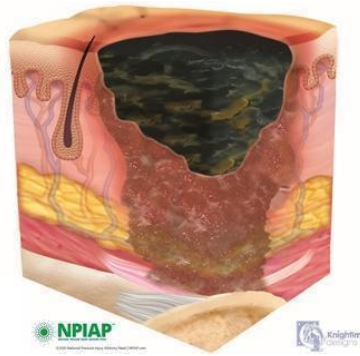
FIGURA 5- Lesão por Pressão Estágio 4: Perda da pele e sua espessura total e perda tissular



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso: <https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14358549>).

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (NPUAP, 2016, p.1).

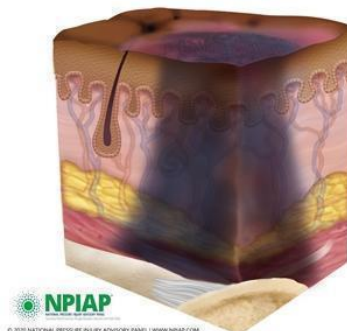
FIGURA 6 – Lesão por Pressão Não classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso: <https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14358591>).

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (NPUAP, 2016, p.1).

FIGURA 7- Lesão por Pressão Tissular Profunda: de coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece



Fonte: NPUAP (2016). (Link de acesso: <https://npiap.com/store/viewproduct.aspx?id=14358570>).

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (NPUAP, 2016, p.1).

O NPUAP (2016), ainda apresenta algumas definições adicionais que ajudam no subsidiamento de diagnósticos de enfermagem, sendo elas: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: “Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados

para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo” e Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: “Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas”.

A taxa de incidência e prevalência apontadas na literatura varia de acordo com as características dos pacientes, tempo de internação e ao nível de assistência ofertada (MOURA et al., 2020).

A incidência de LPP teve como média a taxa de 35,5 % em pacientes internados em UTIs de hospitais universitários brasileiros, no período de 2015 a 2020. Sendo a região sacra a com maior prevalência de acometimento. Predominou nos pacientes com alterações nutricionais, portadores de comorbidades prévias, baixos escores na EB e internação maior que 10 dias (MAURÍCIO et al., 2021).

O Ministério da Saúde (MS, 2013) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pela portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, onde consta como um dos objetivos do PNSP a prevenção de LPP, e ainda como estratégia de implementação e efetivação dos objetivos a promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente.

2.1.2. O Enfermeiro e a Escala de Braden

A enfermagem deve ser capaz de identificar as necessidades individuais de cada paciente com olhar clínico e resolutivo, justificando assim a precisão de que conheça com mais profundidade a problemática das LPP, envolvendo a frequência de sua ocorrência, as características das lesões e os fatores associados. O enfermeiro, por ser o líder da equipe de enfermagem, precisa ter o conhecimento clínico fisiológico, mas principalmente desenvolver e aprimorar habilidades de gerenciamento do serviço, com vistas à aquisição, manutenção, melhoria dos recursos físicos, tecnológicos, humanos e de informação, com o intuito de promover a segurança do paciente, dos familiares e de todos os envolvidos no processo de cuidado (SANTOS et al., 2018).

Segundo Silva et al. (2020), o enfermeiro como parte integrante e líder do Processo de Enfermagem (PE) deve atuar assistindo o paciente, de maneira a desenvolver diagnósticos de enfermagem e elaborar intervenções que sejam individualizadas as necessidades do paciente, precedido de avaliação recorrente à sua evolução, elaborando novas estratégias se assim necessário, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como material metodológico, de maneira semelhante Rodrigues et al. (2008, p.569), enfatiza “através da sistematização de enfermagem, é possível proporcionar ao cliente uma assistência organizada, pautada em conhecimentos científicos, aumentando as chances de sucesso da intervenção de enfermagem”.

Rolim et al. (2012), afirma que é necessário o envolvimento da equipe na busca do conhecimento através da educação permanente que contribui para melhorias contínuas, conseqüentemente a redução de custos, do tempo de internação, ocasionando assim o conforto do paciente e qualidade na assistência.

A escala de Braden aparece como recurso, pois é um instrumento validado e de fácil aplicação, criada em 1987 e validada no Brasil em 1999, a EB é a ferramenta clínica mais utilizada quanto a detecção de pacientes com risco de desenvolver LPP, fornecendo confiabilidade em seus resultados. A EB é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram

a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento (DEBON et al., 2018).

FIGURA 8 – Escala de Braden (Versão adaptada e validada para o Brasil)

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto. | 1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo. | 2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo. | 3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. | 4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto. |
| UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade. | 1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente. | 2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno. | 3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia. | 4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina. |
| ATIVIDADE Grau de atividade física. | 1. Acamado: Confinado a cama. | 2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar. | 3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira. | 4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado. |
| MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo. | 1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda. | 2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho. | 3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda. | 4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio. |
| NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar. | 1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias. | 2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda. | 3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais. | 4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar. |
| FRICÇÃO E CISALHAMENTO | 1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção. | 2. Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega. | 3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira. | |

| | | | |
|------------------|---------|-------------|---------|
| Risco muito alto | 6 a 9 | Baixo risco | 15 a 18 |
| Risco alto | 10 a 12 | Sem risco | 19 a 23 |
| Risco moderado | 13 a 14 | | |

FONTE: Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Link de acesso: (<http://www.bradenscale.com/translations.htm>).

Domansky e Borges (2014), dizem que juntamente à avaliação clínica do enfermeiro a EB deve ser utilizada como critério. A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele são de competência do enfermeiro, sendo a participação da equipe multiprofissional, na prevenção fundamental no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Juntamente a isso, serão necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

Dentre os diversos fatores associados à incidência das LPPs, vemos que o cenário da saúde brasileira em destaque a pública, traz a carga elevada de serviços e a falta de tempo devido à alta demanda de atendimento, como um agravante, que por muitos enfermeiros é apontado como consequência da alta prevalência de lesões, que por muitas vezes aplicam a EB de maneira a cumprir protocolo institucional, sem de fato obter resultados fidedignos (DEBON et al., 2018).

Em estudo realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas, da cidade de Manaus em uma unidade de terapia intensiva, foi constatado que os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram maior conhecimento a respeito da prevenção de LPP, de maneira significativa quanto aos conhecimentos dos enfermeiros, essa nota se torna preocupante visto que é de competência do enfermeiro capacitar e orientar sua equipe de enfermagem na assistência prestada ao paciente (GALVÃO et al., 2017).

2.2. Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, descritivo, em que se utilizou de artigos das bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e Google Acadêmico, e para aporte teórico buscando-se ainda em periódicos que correspondiam à necessidade do presente estudo.

“As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis”. (GIL, 2017, p.33). Ainda para GIL, (2017, p.34), “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica é o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

A coleta de dados foi realizada por meio de descritores em saúde. Utilizando-se os seguintes descritores: “Úlcera por Pressão”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Gestão da Assistência de Enfermagem”, “Enfermagem”.

Os artigos selecionados são estudos descritivos, publicados no período de 1999-2022, escritos nos idiomas português, disponíveis online ou em periódicos. Os critérios de inclusão são de estudos que contemplassem o papel do enfermeiro durante a prevenção e as fases de avaliação, a utilização da EB pelo enfermeiro como instrumento de classificação. Foram excluídos estudos que não apresentaram o texto completo disponível, idioma estrangeiro e os que não se enquadravam na temática do estudo. Vale ressaltar que foram excluídos artigos que não se enquadravam no corte temporal, bem como os trabalhos que não continham os descritores, apresentavam fuga do tema ou ainda não se enquadravam na modalidade artigo científico.

Em uma busca inicial foram encontrados 26 artigos, como critérios de inclusão foram selecionados 11 artigos publicados a partir de 1999 que possuíam dados e estudos mais recentes. Foi realizada a exclusão de 15 artigos, seguindo os critérios de exclusão. Foi realizada a leitura e análise dos textos que então foram utilizados de acordo com sua colocação no desenvolvimento do trabalho.

2.3. Discussão de Resultados

Nesse estudo foram analisados e inseridos dezenove (19) publicações que dentro dos critérios de inclusão se mostraram relevantes ao presente trabalho, sendo dez (11) artigos alinhados com o tema abordado e retirados de revistas de enfermagem, três (3) publicações de autoria dos órgãos: Conselho Federal de Enfermagem (1), Ministério da Saúde (1), NPUAP (1), um (1) Atlas utilizado como auxiliar na elaboração do projeto de pesquisa, (1) uma publicação em anais de eventos em meio eletrônico, além de dois (2) periódicos. Os artigos estão apresentados no **quadro 1**, seguindo a organização por: título do artigo, revista publicada, e o ano de publicação.

Quadro 1- Relação de artigos selecionados para elaboração do estudo

| Título do Artigo | Autores | Revista | Ano de Publicação |
|--|-------------------------|--|-------------------|
| A visão de enfermeiros quanto à aplicação da Escala de Braden no paciente idoso | DEBON, R. et al. | Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online | 2018 |
| Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão | GALVÃO, S.N. et al. | Revista Brasileira de Enfermagem | 2017 |
| Prevalência de lesão por pressão em hospital geral | MOURA, D.S.R.S. et al. | Revista Eletrônica Acervo Saúde | 2011 |
| Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. | ROLIM, A. J. et al. | Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste | 2012 |
| O enfermeiro frente à prevenção de lesão por pressão: revisão integrativa. | SANTOS, G. M. G. et al. | <i>Journal of Health Connections</i> | 2018 |
| O processo de enfermagem como promoção a segurança do paciente | SILVA, D. A. A. | O cuidado em saúde e suas nuances: reflexões multicontextuais. | 2021 |

| | | | |
|--|----------------------------------|---|------|
| Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas* | SILVA, N. L. D. M. et al. | Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste | 2013 |
| A utilização da Escala de Braden na uti para prevenção de úlcera por pressão | SOUZA, D. T. C.; PRADO, T. R. | Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias | 2016 |
| Prevenção de lesão por pressão em UTI - aplicabilidade da Escala de Braden | VARGAS, G. R.; SANTOS, D. P. L. | Revista Pró-UniversUS | 2019 |
| Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão | SILVA, L. et al. | Revista Cogitare Enferm. | 2008 |
| Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. | PARANHOS, W.Y., SANTOS, V.L.C.G. | Rev Esc Enferm USP. | 1999 |

Fonte: Autora do estudo (2022).

Além dos artigos publicados em revistas, utilizou-se também documentos relacionados ao COFEN (2007), na qual foi utilizada a Resolução nº. 311/2007 que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde leva em consideração a necessidade e o direito da assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem.

De autoria do Ministério da Saúde foi buscada a Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

O NPUAP é uma organização norte-americana dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, através de atividades multidisciplinares, composto de especialistas em lesões por pressão e líderes de diferentes áreas da saúde que dispõe de autoridade para emitir recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisa visando à melhoria dos resultados na prevenção e tratamento das lesões por pressão, no site oficial foi buscada informações pertinentes

ao estudo, como nomenclaturas atuais, classificação dos estágios da lesão e a utilização de instrumentos mais recomendados na prevenção de lesões (NPUAP, 2016).

Os dois periódicos utilizados trouxeram relatos clínicos que ajudaram na complementação de informações, um de autoria de DOMANSKY e BORGES (2014), o Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências, que apresenta sólidas e recentes evidências para o embasamento de protocolos e, principalmente, o aperfeiçoamento da prática clínica, tornando essas informações o mais próximo possível da realidade.

O outro periódico é de autoria de CORREA (2021), livro intitulado “Fisioterapia e terapia ocupacional: promoção & prevenção e reabilitação 3”., em relevância com o estudo foi abordado apenas o capítulo escrito por MAURÍCIO et al (2021): “Índices de lesões por pressão em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva de hospitais universitários brasileiros entre 2015-2020”.

Durante pesquisa de material base para o estudo, foi notado a grande quantidade de trabalhos já existentes em torno da problemática central, evidenciando que a prevenção de LPP é uma preocupação antiga e atual, confirmando a elevada incidência desta complicação principalmente em pacientes críticos. Ao longo dos anos o número de publicações aumentou de maneira considerável, apesar do estudo ter como corte temporal a margem de 14 anos, nota-se que o número de pesquisas cresceu paralelamente com o desenvolvimento de novas habilidades e instrumentos que permitiram e permitem melhores resultados no tratamento desse evento.

O que demonstra elevado interesse dos profissionais da área da saúde, em destaque a enfermagem, em buscar, aperfeiçoar e produzir materiais e conteúdos sobre o assunto, para o enriquecimento, através do conhecimento científico e técnico dos profissionais da enfermagem que atuam cada vez mais respaldados em evidências. Apesar da prevenção da LPP não receber a importância total que necessita, notamos que o assunto é discutido de maneira frequente, reafirmando que a conscientização através do estudo e a educação dos profissionais, são o pilar para uma eficaz assistência, tendo em vista peça fundamental o enfermeiro como líder e incentivador, dessa abordagem primária, a avaliação clínica do paciente.

Para construção dos pontos essenciais de discussão deste estudo foi construído o tópico: O papel do enfermeiro na assistência e na prevenção de LPP.

2.3.1. O Papel do Enfermeiro na Assistência e na Prevenção de LPP

Na percepção de Silva et al. (2020), para que se consiga uma assistência resolutiva é necessário que cada profissional tenha suas atribuições, competências e deveres, entendidos e empregados em sua prática diária. O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado do profissional de enfermagem, onde norteia de maneira metodológica as ações de toda equipe de enfermagem através de cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Dentro de qualquer âmbito de saúde o PE deverá ser utilizado, com ele temos segurança e autonomia de realizar intervenções em qualquer assistência que lhe couber.

Como instrumento do PE temos a Sistematização da Assistência de Enfermagem, que apresenta etapas fundamentais com uma linguagem padronizada, com pensamentos críticos e pensamentos lógicos, tendo como privativo do enfermeiro etapas de diagnóstico de enfermagem e a prescrição/intervenção de enfermagem,

participando das outras etapas a equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro (RODRIGUES et al., 2008).

Um dos principais objetivos do PE é a identificação e a prevenção de riscos. Na prevenção de LPP, rotineiramente esse processo é aplicado e como complemento a EB é empregada. O primeiro passo para a prevenção de LP é a identificação de pacientes em risco com o objetivo de programar a melhor conduta e impedir o surgimento de lesões, para isso é utilizado instrumentos que otimizam a avaliação, contudo não substituem a inspeção da pele e avaliação clínica do paciente. A EB é considerada por muitos autores a de maior valor preditivo (SILVA et al. 2020).

A prevenção de LPP exige uma abordagem global e multidisciplinar considerando a multicausalidade relacionada a ocorrência da lesão, na literatura observamos que existem opiniões contrárias à tratamentos; causas; manejos, mas em todas elas vemos que as intervenções autônomas do Enfermeiro têm grande impacto sobre a prevenção sendo apontado como o principal profissional na gestão e abordagem das lesões, possuindo autonomia para planejar os cuidados para prevenção dessas feridas dispondo do PE e da SAE para atuar com qualidade (SILVA et al. 2021).

Como forma de padronizar os processos e subsidiar os profissionais de saúde, o Ministério da Saúde publicou vários protocolos, incluindo entres eles o Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão. Segundo esse protocolo as recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis, em todos os grupos etários e as intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão (MS, 2013).

A partir da nota obtida através da EB é possível que o enfermeiro adote estratégias de acordo com o grau de risco identificado no paciente, de maneira geral as intervenções preventivas são relacionadas aos seguintes manejos: cuidados com a pele; redução de sobrecarga tissular e utilização de superfícies especiais de suporte; cuidados com a hidratação e a nutrição; educação em saúde. Que deverão ser selecionadas e aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do paciente (DEBON et al. 2018)

Como ressaltado nesse estudo indica a necessidade do contínuo processo de aprendizado e aperfeiçoamento do enfermeiro no qual este deve buscar sua capacitação e realizá-la junto à sua equipe através dos processos educativos, pois somente desta maneira é possível de fato prevenir o desenvolvimento da LP. É necessário que os enfermeiros se instrumentalizem e se responsabilizem pelo aprimoramento da avaliação de risco dos pacientes, de forma a estabelecer intervenções de prevenção e tratamento precoce. Além disso, estes profissionais devem estar envolvidos em ações gerenciais e educativas, que promovam conhecimento, habilidades e competências para melhoria permanente da assistência de enfermagem.

3.CONCLUSÃO

A prevenção de LPP envolve diferentes abordagens pertencentes à assistência de enfermagem onde o seu desenvolvimento está diretamente relacionado à qualidade da assistência ofertada.

Esta pesquisa possibilitou analisar a assistência de enfermagem, sobretudo, o papel do enfermeiro, como líder do Processo de Enfermagem, expondo a importância da educação permanente concomitante com a rotina de trabalho e a busca por

conhecimentos e atualizações que se tornam essenciais na busca de resultados efetivos.

A presente pesquisa salientou ainda o conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores de riscos e a abordagem executada na determinação dos pacientes predispostos ao surgimento de LPP, evidenciando deficiência no conhecimento quanto aos instrumentos de avaliação.

Dentro da análise de trabalhos que corroboram na formulação do presente estudo, a EB, se evidenciou como instrumento de melhor valor preditivo e mais empregada no ambiente de internação, se apresentando como uma metodologia avançada, de fácil aplicação e de custo quase inexistente com a capacidade de modificar a maneira como se oferta o cuidado de saúde.

A EB ainda garante o respaldo científico de todas as intervenções de enfermagem, pois seu emprego é indispensável para todos os pacientes submetidos à internação, sendo essencialmente utilizada, junto aos pacientes críticos na prevenção da LPP, uma vez que são os pacientes mais suscetíveis ao maior número de fatores de risco, que levam ao surgimento de lesões, decorrentes ao quadro clínico debilitado que se encontram, sendo imprescindível à aplicação das medidas preventivas.

Considerando o objetivo geral deste estudo, é notório que os dados encontrados são condizentes com a realidade discutida em estudos já realizados, reforçando a importância do levantamento de informações, que proporcionem diálogos sobre a temática, reforçando o cuidado necessário no controle da prevalência e incidência de LP que perdura como um grave problema de saúde e indicador de qualidade no contexto da assistência prestada principalmente nas UTI's.

Durante todo processo de pesquisa, e com base nos achados, propõem-se como método para reduzir a ocorrência de LPP, nas unidades de terapia intensiva um maior investimento em capacitação profissional, por meio da educação permanente continuada, como também elaboração e estabelecimento de protocolos para prevenção e tratamento, estas das quais são ações de responsabilidade diretamente relacionadas a equipe de enfermagem.

Podemos concluir que, o enfermeiro como líder da equipe de enfermagem e integrante da equipe multiprofissional, é coibido de diagnosticar e planejar intervenções, e para que obtenha resultados positivos é necessário que estejam em contínuo aperfeiçoamento de seus conhecimentos, além da constante reflexão sobre os aspectos que lhe são pertencentes no cuidado com o paciente crítico.

4. REFERÊNCIAS

COFEN - Resolução COFEN nº. 311/2007: **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. –Disponível em <<http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em: 02 abr. 2022.

DEBON, R. et al. A visão de enfermeiros quanto a aplicação da Escala de Braden no paciente idoso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v.10, n.3, p. 817-823, 2018. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6210>>. Acesso em: 4 mai. 2022.

DOMANSKY, C. D. R.; BORGES, L. E. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2 ed. Rio de Janeiro; Editora Rúbio, 2014.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida. (edição em português brasileiro). EmilyHaesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

GALVÃO, S.N. et al. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.2, p. 294-300, 2017.

GIL, C.A. **Como elaborar projetos de pesquisa/Antonio Carlos Gil. 6.ed.** São Paulo: ATLAS S.A., 2017.

MAURÍCIO, R.L. et al. Índices de lesões por pressão em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva de hospitais universitários brasileiros entre 2015-2020. In: CORREA, D. G. A. **Fisioterapia e terapia ocupacional: promoção & prevenção e reabilitação 3.** Ponta Grossa: Atena, 2021. p. 18-27. Disponível em: <<https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/47605>>. Acesso em: 03 mai. 2022.

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

MOURA, D.S.R.S. et al. Prevalência de lesão por pressão em hospital geral. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n.10, p. 1-8, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e4298.20>>. Acesso em: 05 mai. 2022.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure ulcer stages revised by NPUAP. 2016. Disponível em: <http://www.npuap.org>. Acesso em: 05 mar. 2022.

OLIVEIRA, A.R. A pele em diferentes etapas da vida. In: DOMANSKY, C. D. R. e BORGES, L. M. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências.** 2 ed. Rio de Janeiro; Editora Rúbio, 2014. p. 9-26. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=i1EkBAAQBAJ&pg=PA291&lpg=PA291&dq>>. Acesso em: 07 mai. 2022.

PARANHOS, W.Y., SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>.

RODRIGUES, M.M. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Revista Cogitare Enferm**, v.13, n.4, p. 566-575, out./dez., 2008.

ROLIM, A. J. et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.1, p. 148-159, 2012.

SANTOS, G. M. G. et al. O enfermeiro frente à prevenção de lesão por pressão: revisão integrativa. **Journal of Health Connections**, v.3, n.2, p.60-71, 2018.

SILVA, D. A. A. O processo de enfermagem como promoção a segurança do paciente. In: SILVA, D. A. A. **O cuidado em saúde e suas nuances: reflexões multicontextuais**. Cajazeiras: Ideia, 2021. p. 172 – 180. Disponível em: <https://www.editoraideiacz.com.br/files/ugd/976354_e3ebe0c3c2d847d283e5e36e10d75640.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SILVA, L. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de feridas por pressão. In: **V Expociência** - Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, 2020. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/vexpofamesc2020/trabalho/166254>. Acesso em: 30/09/2022 às 14:02

SILVA, N. L. D. M. et al. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas*. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.5, p. 44-51, 2013.

SOUZA, D. T. C.; PRADO, T. R. A utilização da Escala de Braden na uti para prevenção de úlcera por pressão. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v.3, n.1, p. 31-50, 2016.

VARGAS, G. R.; SANTOS, D. P. L. Prevenção de lesão por pressão em UTI - aplicabilidade da Escala de Braden. **Revista Pró-UniverSUS**, v.10, n.1, p.162-165, 2019.