

1 INTRODUÇÃO

As lesões por pressão são áreas enfartadas em tecidos moles, que ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal. Ocorre quando o tecido mole do corpo é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura, quando o paciente permanece muito tempo na mesma posição (GEOVANINI; OLIVEIRA JR., 2008).

A prevalência de lesões por pressão nas instituições de atendimento é muito elevada, representando maiores gastos para as mesmas, maior tempo de internação, piora na qualidade de vida e aumento da morbi-mortalidade desses pacientes (SÁ *et al.*, 2016).

As formas de evitar úlceras de decúbito é evitar o seu aparecimento, visto que o seu tratamento é complicado e em muitos casos para a cura ou nunca chegam a ser totalmente curadas. Deve-se levar em consideração que, muitas vezes, esse é um problema de paciente crônico ou sem possibilidade terapêutica (AVELLO; GRAU 2005).

Assim essa pesquisa teve como objetivo averiguar a atuação do profissional de Enfermagem na prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes internados no Hospital Municipal de Itaituba, analisando os fatores que desencadeiam a lesão de pressão em pacientes acamados, verificando os tipos de tratamento utilizado para o paciente acamado com lesão de pressão, além dos tipos de curativos utilizados no tratamento de lesões de pressão; analisando se o enfermeiro possui algum treinamento para lidar com lesões de pressão.

Em vista do exposto, essa pesquisa tem como pergunta norteadora: Como atuam os enfermeiros do HMI nos cuidados de LP?

Por ser um tema comum na prática de enfermagem, pouco tratado nas pesquisas neste município, é que surgiu a intenção de se realizar este estudo. Além do que existia uma necessidade de compreender como os enfermeiros do HMI atuam na prevenção e tratamento das LPs. Tendo em vista que e de responsabilidade deste profissional intervir para não aparecerem ou não aumentarem (BRASIL, 2004). Os profissionais de enfermagem em algum momento da profissão irão se deparar com esta problemática de saúde, e quanto mais informações tiverem a respeito, melhor será a contribuição que dará ao paciente acometido de lesão de pressão.

Assim, a pesquisa se tornou relevante por mostrar como os enfermeiros do maior hospital de Itaituba desenvolvem sua assistência. O estudo baseou-se em pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa em que os enfermeiros selecionados participaram de uma entrevista.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANATOMIA DA PELE

Segundo Geovanini; Júnior (2008), a pele é o maior órgão de absorção do corpo, sua espessura, elasticidade e distensibilidade variam de acordo com vários fatores como, por exemplo, idade, grau de nutrição e hidratação, riscos externos a que está exposta, dentre outros.

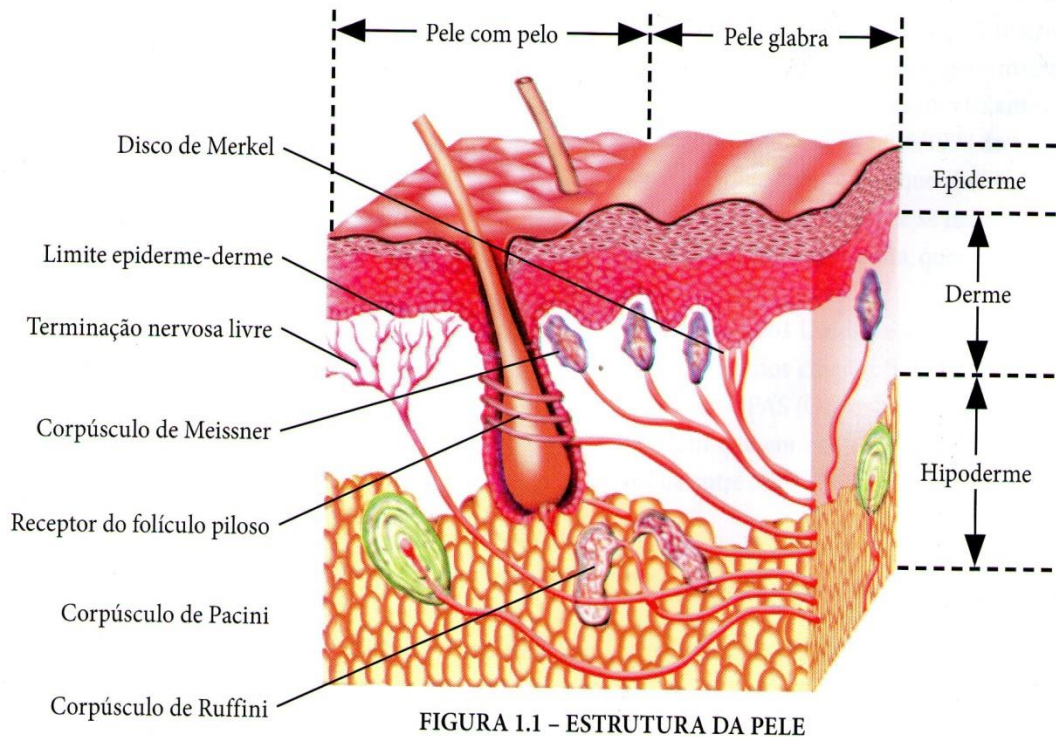


Figura 01: Estrutura da Pele Fonte: Geovanni e Júnior, 2008, p. 19.

Assim, Hess (2002) destaca que a pele é composta de três camadas principais: *epiderme* (camada externa), *derme* (camada intermediária) e *hipoderme*, ou tecido celular subcutâneo (camada interna).

De acordo com Smeltzer e Bare (2012), em diferentes partes do corpo, a espessura, e a cor da pele, o número de glândulas sudoríparas, sebáceas, folículos pilosos e nervos variam. A porção superior da cabeça possui uma grande quantidade de folículos pilosos, enquanto que as palmas das mãos e as plantas dos pés não apresentam qualquer folículo piloso. A epiderme e a camada de queratina são muito mais espessas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. As pontas dos dedos das mãos e dedos dos pés contêm muitos nervos e são extremamente sensíveis ao tato.

A epiderme, camada mais superficial da pele, ela pode ter uma espessura que variável de 0,04mm nas pálpebras a 1,6mm nas regiões palmares e plantares. É avascular, estratificada, constituída basicamente de 80% de células denominadas de queratinócitos e composta de cinco subcamadas, o estrato córneo, mais externo; o estrato lúcido; o estrato granuloso; o estrato espinhoso e o estrato basal, que é a mais interna e liga a epiderme à derme. Sendo que nas divisões inferiores da epiderme podem ser encontrados os melancólicos, células que fabricam a melanina, pigmento que estão relacionados a coloração da pele (HESS, 2002).

Comenta Hess (2002), que a derme é a camada mais profunda e espessa da pele é composta de fibroblastos, fibras elásticas e de colágeno, os quais totalizam cerca de 95% deste tecido. O autor relata que o tecido subcutâneo contribui para impedir a perda de calor e constitui reserva de material nutritivo, além de conferir proteção contra traumas mecânicos. Subjacente à pele encontra-se outras estruturas como fáscia muscular, músculos, articulações, cartilagens, tendões e ossos. Os receptores nervosos presentes na pele respondem pela sua sensibilidade, tornando-a um órgão sensorial sofisticado e especializado.

Santos (2005) destaca que a derme repousa sobre a hipoderme ou tecido subcutâneo, que é um tecido conjuntivo frouxo constituído de tecido adiposo, unindo os tecidos vizinhos à subcamada reticular da derme.

2.2 TIPOS DE FERIDA

Smeltzer e Bare (2012) destacam que as células basais apresentam uma configuração cilíndrica e encontram-se unidas entre si por pontes intercelulares denominadas *desmossomas*, estruturas de adesão que dão suporte ao epitélio. As células basais possuem intensa atividade mitótica, o que caracteriza a camada germinativa, que dá origem às outras camadas da epiderme.

Geovanini e Junior (2008) apontam os tipos de feridas: Feridas mecânicas; Feridas laceradas; Feridas químicas; Feridas térmicas; Feridas por eletricidade; Feridas por radiação; Feridas incisas; Feridas contundentes; Feridas perfurantes; Úlcera arterial; Feridas vasculogênicas – pé diabético; Úlcera por pressão; Feridas oncológicas; Úlcera venosa; Fistulas; Úlceras vasculogênicas; Lesões de psoríase vulgar (doença autoimune); Lesão de escalpelamento do couro cabeludo;

Esclerodermia; Lesão Isquêmica e Hipóxica; Lesão Irreversível e Necrose. Essas serão apresentadas e explicadas a seguir no quadro 1.

Quadro 1: Tipos de Feridas.

Feridas mecânicas	São feridas traumáticas causadas por traumatismos externos, cortante ou penetrante, isto inclui, entre outras, as abrasões, esmagamentos e cortes. Nota-se que são feridas que requerem principalmente cuidados com as infecções.
Feridas laceradas	São feridas que apresentam margens irregulares, como as produzidas por caco de vidro ou arame farpado. Neste tipo de ferido, também se requer ao máximo de cuidado devido estarem suscetíveis a infecções.
Feridas químicas	São feridas causadas pela ação de ácidos ou bases muito fortes e alguns sais e gases, como gás lacrimogênio e ácido hidrocloreídico. A lavagem do local da ferida é essencial para a melhora da saúde da pessoa vitimada desse tipo de ferida.
Feridas térmicas	São feridas que se desenvolvem como resultado do calor ou frio extremo. Deve-se ter muito cuidado primeiramente ao identificar o tipo de ferida térmica, e, se for resultante de calor, é necessário esfriamento do local, e se for de frio extremo, estas requerem ainda mais cuidados, em alguns casos até mesmo mantas térmicas. Por isso, cada caso é um caso, e deve haver muita atenção do profissional de saúde em relação a cada tipo de ferida.
Feridas por eletricidade	São feridas causadas por raios ou contato com objeto energizado, como por exemplo, contato com a rede elétrica. A verdade é que nestes casos, seria melhor a prevenção, são situações distintas, e merecem atendimento emergencial.
Feridas por radiação	São feridas causadas pela longa exposição a raios solares, raios X ou outro tipo de radiação. Os de raios solares podem ser evitados, as da radiação às vezes sim outras não, de qualquer forma, o pronto atendimento da equipe de saúde.

Feridas incisas	São feridas produzidas por um instrumento cortante, como por exemplo, as feridas cirúrgicas. Esses tipos de ferida requerem cuidados constantes para não haver infecção, dependendo a cicatrização mais destes cuidados tanto por parte do paciente quanto pela equipe de enfermagem.
Feridas contundentes	São feridas produzidas por ação contundente de objetos rombos. “Caracterizam-se por traumatismo das partes moles, hemorragias e edema”. O profissional de saúde deve fazer a assepsia do local, e no caso de hemorragia, esta deve ser contida de forma emergencial.
Feridas perfurantes	São feridas produzidas por arma de fogo (bala) ou arma branca (faca); produzem pequena abertura na pele, porém podem atingir camadas teciduais profundas e órgãos, causando hemorragia interna. São feridas que devem ser encaminhadas de imediato ao médico. No caso de arma branca, deve-se ter o cuidado no que diz respeito a retirada do objeto, devendo esse procedimento ser realizado em ambiente Hospitalar.
Úlcera arterial	E uma ferida crônica nas pernas, procedente de lesão das artérias, por doença vascular periférica (DVP), caracterizada por presença de tecido desvitalizado, amarelo ou preto, esfacelamento e escarificação com áreas de necrose, pouco exsudativa, localizadas na região distal dos membros inferiores, região retromaleolar, calcâneo e dedos dos pés.
Feridas vasculogênicas – pé diabético	E um tipo de ferida crônica dos pés, resultante de complicações da diabetes, como neuropatia diabética e doença vascular periférica. Pode ocorrer diminuição da sensibilidade, deformidades, diminuição de fluxo arterial, que predispõem a ulceração dos pés. São classificadas em neuropática, quando consequente da neuropatia diabética; vascular, quando consequentemente de doença arterial periférica e neurovascular advindas de complicações neuropáticas e isquêmicas.

Feridas oncológicas	“São causadas por tumores da pele ou metástases cutâneas de outros tumores”. São feridas que devem ser tratadas logo no início, não devendo haver demora.
Úlcera venosa	Úlcera venosa é uma ferida crônica nas pernas, frequente em idosos acima de 65 anos, portadores de insuficiência venosa crônica (IVC). Conforme Silva <i>et al.</i> (2007), a insuficiência venosa crônica é uma patologia decorrente de insuficiência das veias da perna e da associação do refluxo de sangue para as veias superficiais; pode ser congênita, primária ou secundária; desencadeia hipertensão venosa, afeta a microcirculação, causando danos às paredes dos vasos e alterações cutâneas. As úlceras venosas ficam localizadas nos membros inferiores, preferencialmente na região maleolar interna, podendo ser desencadeadas por traumas ou infecções.
Fístulas	Trata-se de trajeto anormal que conecta superfícies podendo ser causadas por infecção, traumas etc.. O cuidado nesse tipo de ferida é com a infecção destas.
Úlceras vasculogênicas	São feridas crônicas de origem vascular como as úlceras venosas e arteriais, provenientes de distúrbios circulatórios, quando as células recebem suprimentos insuficientes de oxigênio ou quando há deficiência de nutrientes.

Fonte: Geovanini e Junior (2008).

2.3 MECANISMOS DA LESÃO ISQUÊMICA E HIPÓXICA

De acordo com Geovanini; Júnior (2008), os mecanismos que resultam em lesão celular após uma agressão hipóxia vêm sendo amplamente estudados e esclarecidos ao longo de vários anos, pois a hipóxia é um estímulo causador de algumas das lesões mais frequentemente identificadas como problemas de saúde. Tais lesões englobam desde as lesões isquêmicas periféricas (úlceras vasculares e

úlceras por pressão, por exemplo) às lesões isquêmicas em órgãos vitais (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico isquêmico, por exemplo).

Conforme Smeltzer; Bare (2012), a isquemia (perda do suprimento sanguíneo) é a causa mais comum de hipóxia. A primeira interferência que o estímulo hipóxico causa na célula ocorre em sua respiração aeróbica, isto é, na fosforilação oxidativa por parte das mitocôndrias, o que dificulta ou impede a geração de ATP (adenosina trifosfato), que é a fonte de energia da célula. Com isso, a célula inicia mecanismos anaeróbicos de produção de ATP, a partir do glicogênio (glicólise anaeróbica) e da ação da enzima creatina-quinasse.

Dessa forma, segundo Geovanini e Júnior (2008), a glicólise resulta em acúmulo de ácido láctico e o pH celular diminui. Ocorre então uma tumefação celular aguda (edema celular) por conta da disfunção da regulação do volume celular pela membrana plasmática, em decorrência da falência da bomba de sódio e potássio.

2.4 LESÕES POR PRESSÃO

Segundo Guimarães (2008), feridas isquêmicas que ocorrem em tecidos moles normalmente em áreas de proeminências ósseas, seu surgimento é observado quando uma pressão aplicada à pele excede a pressão capilar normal, ocasionando diminuição da irrigação sanguínea e, conseqüentemente, falta de oxigênio e nutrientes para os tecidos, o que leva à formação do processo inflamatório e morte celular, este processo se torna mais freqüente com aumento da idade, uma vez que a produção de substâncias responsável pela reconstituição celular fica diminuída, tanto no processo patológico ou mesmo fisiologicamente o que pode demorar sua recuperação.

Para Geovanini e Oliveira Jr. (2008) as lesões por pressão são definidas como áreas de necrose tecidual que se desenvolvem quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por longo período de tempo.

A lesão de pressão se dá quando não há movimentos, onde parte do corpo fica em repouso em período prolongado de tempo, podendo provocar uma isquemia local, ocasionando lesões, por isso a necessidade de movimentar a pessoa frequentemente é fundamental, na prevenção ou até mesmo no tratamento, o que deixa claro a importância da mudança de decúbito dos pacientes, além de ativar a circulação, promove conforto e bem-estar e melhora na qualidade de vidas.

As lesões por pressão podem ser definidas como lesões de pele ou partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, originadas pelo colapso local da microcirculação e do sistema linfático, secundária a um aumento de pressão externa, usualmente presente sobre uma proeminência óssea. (SILVA *et al.*, 2007, p. 193).

Segundo os autores, as lesões por pressão afetam as partes moles e pele, provocadas por determinada forças exercidas sobre proeminência óssea, o que provoca diminuição de nutriente para a região afetada, nutrientes este levado pelo sangue, e a compressão desta local afetam dois sistemas principais que são circulatórios e linfáticos, e podem ainda ser profundas ou superficiais (SILVA *et al.*, 2007).

Guimarães (2008) ressalta que a lesão de pressão tem seu surgimento associado à paciente internado ou com mobilidade diminuídas, porém seu acometimento em pessoas idosas vem tomando destaque significativo, pois tem aumentando a incidência em idosos devido a sua mobilidade prejudicada tanto de forma natural como patológica, a falta de circulação sanguínea ou devida há certos tipos de doenças que impedem de se locomover, os torna favoráveis o comprometimento do tecido, por isso é muito importante o cuidado redobrado para com esses pacientes.

Conforme Figueiredo *et al.* (2008), “As lesões por pressão podem ser definidas como áreas localizadas de lesão tecidual que se desenvolvem quando o tecido mole permanece comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa durante um período prolongado de tempo”.

Essas lesões são algo que deixam cicatrizes ou seqüelas, pois rompem tecidos que muitas vezes não se dá para recuperar por ser profundo, isso exige um o cuidado especial para qualquer pessoa e principalmente aquelas pessoas que tem doenças crônicas como a diabete e pessoas da terceira idade (GOUVEA, 2010).

Outro aspecto levantado por Geovanini e Oliveira Jr. (2008) sobre as áreas que mais desenvolvem lesão de pressão destaca que: às regiões afetadas são aquelas de proeminência ósseas, como calcâneos, maléolos, quadris, omoplatas, região sacrococcígea.

Os autores exemplificam de forma clara e objetiva que as áreas cuja uma exposição óssea mais evidente, é mais afetada onde o corpo tem pouco movimento

e com isso não há circulação o que favorece o surgimento de úlceras de pressão em especial nas áreas de proeminência óssea (CROZETA, 2010).

2.5 CAUSAS DAS LESÕES POR PRESSÃO

Knobel (2006) relata que o desenvolvimento de lesão de pressão é um processo complexo que exige a aplicação de força externa contra a pele. Entretanto, somente as forças externas não são suficientes para causar uma lesão, sendo necessária a interação dessas forças com fatores específicos do hospedeiro para ocorrer o dano tecidual.

2.5.1 Fatores Extrínsecos

2.5.1.1 Pressão

Segundo Guimarães (2008), as pressões são maiores nas proeminências ósseas onde pontos de suporte entram em contato com superfícies externas.

Por exemplo, um paciente deitado em um colchão dentro dos padrões normais de um hospital pode gerar pressões de 150 mmHg; sentado, produz pressões tão altas quanto 300 mmHg em cima da tuberosidade isquiática. Pressões em cima da proeminência óssea tendem a resultar numa distribuição em forma de cone, sendo os tecidos mais afetados localizados profundamente, nas proximidades do osso. Forma-se o chamado "cone de pressão". Além disso, cada tecido tem a sua suscetibilidade ao dano induzido pela pressão, sendo o músculo o mais suscetível, seguido pelo tecido subcutâneo e então a derme. (GUIMARÃES, 2008, p. 1691).

Dessa forma, um extenso dano tecidual profundo pode ocorrer com pouco ou nenhum dano superficial. Além de comprometer a circulação sanguínea, a pressão externa aumentada gera oclusão da circulação linfática local e formação de edema.

2.5.1.2 Força de cisalhamento

Conforme Guirro e Guirro (2007), ocorre quando os pacientes são colocados inclinados. Tecidos profundos, incluindo músculos e subcutâneo, são puxados para baixo pela gravidade, enquanto a epiderme e a derme superficial ficam fixas através do contato com a superfície externa. Como resultado, há o estiramento e angulação dos vasos sanguíneos e linfáticos locais. Ela sozinha pode não ser causa da

ulceração, mas parece ter efeito aditivo na presença de pressão, ocorrendo um dano tecidual mais severo.

2.5.1.3 Fricção

Dealy (2008) relata que ocorre quando pacientes são arrastados através de uma superfície externa. Isso resulta em abrasão com dano de uma extensa camada superficial da pele.

2.5.1.4 Umidade

Declair (2007) relata que a exposição prolongada à umidade do suor, fezes ou urina fragiliza a camada córnea, exacerbando os efeitos da fricção e expondo a pele a macerações.

2.5.2 Fatores Intrínsecos

Os fatores intrínsecos segundo Guimarães (2008) são relatados a seguir:

- Imobilização: é um dos mais importantes fatores do hospedeiro que contribuem para o desenvolvimento de LPs. Ela pode ser permanente (por exemplo, devido à lesão de medula espinal) ou transitória (por exemplo, durante uma doença médica aguda ou devido ao uso de sedativos);
- Incontinência: incontinência urinária é frequentemente citada como fator predisponente para LPs;
- Estado nutricional: pacientes em estado nutricional abaixo do normal têm um maior risco de desenvolver LPs;
- Perfusão da pele: fatores que contribuem para o desenvolvimento de isquemia tecidual incluem: hipotensão, desidratação e vasoconstrição secundária a choque, insuficiência cardíaca ou medicamentos. Logo, se órgãos vitais como rins não estão sendo adequadamente perfundidos, é provável que o fluxo sanguíneo para a pele também esteja reduzido e, então, aumenta o risco do aparecimento de LPs;
- Doenças neurológicas: demência, *delirium*, lesão da medula espinal e neuropatia são importantes preditores para o desenvolvimento de LPs. Isso pode ser em decorrência da imobilização, espasmo e contraturas que são

comuns nessas condições. Perda do sensório também é comum, sugerindo que estes pacientes podem não perceber a dor ou o desconforto oriundo da pressão prolongada.

2.6 TRATAMENTOS DAS LESÕES POR PRESSÃO

Segundo Malagutti e Kakiara (2010), o tratamento de uma lesão por pressão é promover a perfusão e a oxigenação dos tecidos, eliminando as fricções e o alívio da pressão por meio de alternâncias de decúbitos (mobilidade mínimas de 4 em 4 horas evitando os decúbitos nos locais afetados podendo realizar transferência para cadeira depois dos cuidados de higiene). Podem-se usar dispositivos de alívio de pressão (almofadas) para manter o paciente com uma pele suave e elástica usando hidratante e controlar a incontinência e a umidade da pele.

Conforme Viana *et al.* (2010), para se realizar um bom tratamento em uma LP e ter seus resultados eficaz, é preciso observar e avaliar o critério de estágios que uma LP se encontra. Deve-se levar em conta o seu custo durante o tratamento, e deve ser mantido em todas as medidas para poder evitar novas lesões e favorecer a cura das que já existem tendo uma boa alimentação para que o processo do tratamento seja eficaz.

Para Malagutti e Kakiara (2010), os cuidados com úlcera por pressão envolve o desbridamento, manejo da colonização bacteriana e infecção, a limpeza de exsudatos, terapia tópica e manejo da dor.

2.6.1 Curativo

De acordo com Oliveira (2016), o curativo pode representar um passo muito importante no processo do cuidar pelos profissionais da enfermagem e também geram um custo muito alto no sistema de saúde, pois são atribuídas, rotineiramente, horas na elaboração de um curativo.

A alternativa mais eficaz dos curativos requer uma análise cautelosa e constante das feridas, tendo-se em vista que o processo de cicatrização é muito dinâmico. Alterações quanto à troca das classes de curativos utilizados numa ferida podem ser necessário e essenciais ao longo do processo de cicatrização. (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Para realizar um bom curativo, segundo Viana *et al.* (2010), o profissional de saúde deve avaliar em que estagio se encontra a úlcera de pressão levando-se em conta o custo - benefício, devendo ser mantidas todas suas medidas para evitar o aparecimento de novas lesões e favorecer as curas existentes.

Nesses aspectos as úlceras por compressão necessitam de curativos para sustentar a sua integridade fisiológica. Hoje, há vários tipos e marcas de curativos no mercado, o que faz com que o enfermeiro detenha conhecimentos específicos e saiba fazer uma boa avaliação para a escolha do curativo ideal. (SILVA *et al.*, 2007).

O profissional de saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) deve estar seguro daquilo que está fazendo e passar confiança ao paciente e seus familiares, bem como saber auxiliar a hemostasia, proteger contra traumas mecânicos e infecções, absorver secreções, minimizar compressão, promover o desbridamento, tratar as cavidades, aliviar a dor do paciente, fornecer isolamento térmico, permitir o monitoramento da ferida e ser bem aceito pelo paciente.

Segundo Malagutti e Kakiara (2010), para realizar um bom curativo o profissional da saúde tem que observar e avaliar minuciosamente a ferida porque existem vários tipos de curativos.

Segundo Brasil (2009), as características de um curativo ideal são:

- Impermeabilidade à água e outros fluidos;
- Viabilidade às trocas gasosas;
- Fácil aplicação e remoção, sem causar traumas;
- Auxiliar na hemostasia;
- Proteger a ferida contra trauma mecânico e contra infecção;
- Limitar o movimento dos tecidos ao redor da ferida;
- Promover um ambiente úmido;
- Absorver exsudato;
- Promover o desbridamento;
- Aliviar a dor e proporcionar condições favoráveis às atividades da vida diária do paciente.

Kawamoto (1999) concorda que é importante avaliar as características da dor, o local e o tipo da ferida.

2.7 ESCALA DE BRADEN

De acordo com Malagutti e Kakiyara (2010), a escala de Braden foi criada para reduzir a incidência e a prevalência das úlceras por pressão. O resultado vai depender da pontuação que vai ser avaliado de 1 a 4, e quanto menor a pontuação maior vai ser o risco de pessoas sofrerem uma solução de continuidade na pele. Esta escala vai avaliar os pacientes e a percepção sensorial, a mobilidade, nutrição, atividade, presença ou ausência, umidade e a fricção.

Medeiros (2006) relata que a escala de Braden (Quadro 2), é um dos instrumentos que podem minimizar os riscos das úlceras por pressão tanto na população de idosos ou em qualquer pessoa que tem o risco de adquiri-la é um instrumento simples que pode ser utilizado por qualquer pessoa da área da saúde para reduzir o risco de acometimento da úlcera por pressão, faz-se o uso de definições claras e lógicas e é aplicada no momento da admissão do cliente.

Quadro 02 – Escala de Braden

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta Limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema Potencial	Nenhum Problema	
Total		Risco brando 15 a 16	Risco moderado 12 a 14	Risco severo abaixo de 11	

Fonte: Brasil, 2009.

2.8 PREVENÇÃO

Segundo Avello e Grau (2005) as formas de evitar úlceras de decúbito é evitar o seu aparecimento, visto que o seu tratamento é complicado e em muitos casos para a cura ou nunca chegam a ser totalmente curadas. Deve-se levar em consideração que, muitas vezes, esse é um problema de paciente crônico ou sem possibilidade terapêutica.

Silva *et al.* (2007) relatam que nesse tipo de paciente, a atenção que recebem deve estar voltada a manter sua qualidade de vida nas melhores condições possíveis. Uma das funções do enfermeiro é avaliar corretamente se um paciente é do grupo de risco e, caso seja, ao estabelecer o plano de cuidados para esse paciente deverão ser incluídas as medidas destinadas a prevenir o surgimento de escaras, levando em conta as características peculiares de cada paciente.

Avello e Grau (2005) destacam que as medidas que são tomadas para evitar as úlceras são de dois tipos, que entre si se complementam: umas destinadas a aumentar a circulação sanguínea nas regiões de risco, e outras com o objetivo de manter a pele no melhor estado possível. Essas medidas, acompanhadas de uma vigilância adequada de sinais precursores de uma escara, podem evitar muitas das UP.

2.9 ÚLCERAS DE DECÚBITO

As úlceras de decúbito são conhecidas como escaras, úlcera por pressão. Todas as pessoas que trabalharam em um hospital ou que cuidam de algum paciente com dificuldades para movimentar-se conhecem o problema que apresentam as chamadas úlceras de decúbito ou pressão (CANDIDO, 2001).

Para Blanes *et al.*, (2004) destaca que a úlcera pressão (Figura 2), é comum também serem chamadas de escaras. Sobre a úlcera de decúbito, Avello e Grau, (2005) destacam que a úlcera de decúbito é quando parte da pele necrosa (as células morrem) devido à isquemia (falta de irrigação sanguínea) na região.



Figura 02: Úlcera por pressão em estágio III, na região dorsal do tórax – Comprometendo extensa área Fonte: Silva, 2007.

2.10 SURGIMENTOS DA LESÃO POR PRESSÃO

Nos dias 8 e 9 de abril de 2016, 400 profissionais realizaram uma reunião, na qual as definições de locais das escaras foram apresentadas e atualizadas, e após uma discussão e votação interativa chegaram a um consenso sobre as definições expostas, decidindo a mudança do termo “ulcera de pressão” para “lesão por pressão” (NATIONAL, 2016)”.

O surgimento de uma úlcera de decúbito em um paciente pode atrasar em muitos dias a sua cura ou melhora e obrigá-lo a permanecer no hospital mais tempo do que em princípio se julgara necessário (MALAGUTTI *et al.*, 2010).

A parte mais superficial da pele não possui vasos sanguíneos e que o oxigênio e os alimentos chegam a ela por difusão, apenas partir da camada inferior ou derme. Existem momentos em que produzimos pressão sobre a pele, nesse caso, a circulação ficará interrompida ou em menor intensidade e a epiderme apresentará sinais de falta desta, quer dizer, se tornará pálida. Quando essa circunstância conserva-se por algum tempo, as células da pele morrem (necrosam), causando a ulcera de decúbito ou escara (AVELLO E GRAU, 2005).

O surgimento de uma úlcera de decúbito é precedido de avermelhamento e incômodos na região que a rodeia e produz a reação nos tecidos próximos, que procuram contrabalançar a falta de irrigação sanguínea. Em seguida surge a palidez

e a pele vai tornando-se escura e perde sua integridade, aparecendo à úlcera de pressão (HESS, 2002).

Irion (2005) destaca que o acesso não é detido, a destruição do tecido pode aumentar e os germes encontram lá um lugar ideal para viver, produzindo infecção, que pode aumentar e dificultar sua cura. As escaras são bastante incômodas, dolorosas e agem como possível foco de infecção para o paciente.

Irion (2005) reforça que para se evitar o aparecimento de úlceras de decúbito, é um verdadeiro desafio para o pessoal encarregado de cuidar dos pacientes, e considera-se um sinal de bom funcionamento dos cuidados de enfermagem de um hospital a existência de poucos casos com esse problema.

2.11 CAUSAS DE LESÃO POR PRESSÃO

Malagutti (2010) destaca que os fatores causadores ou que predispõe ao surgimento de úlceras por decúbito são: Fatores relacionados ao estado do paciente: Falta de mobilidade total ou parcial; Alterações da sensibilidade; Desnutrição e magreza; Excesso de peso; Diabetes; Circulação sanguínea deficiente. Fatores relacionados com a higiene: Pele úmida; Acúmulo de suor; Dobras (no lençol) da cama; Atrito contínuo em uma determinada região.

O surgimento de úlceras de decúbito ou pressão é favorecido, em primeiro lugar, pela ausência de mobilidade, ao manter uma pressão contínua sobre determinados pontos do corpo. Não se pode esquecer de que as pessoas saudáveis, embora pareçam quietas como numa conferência ou durante o sono, fazem continuamente pequenos movimentos para ir trocando os pontos de apoio. (SILVA *et al.*, 2007).

Destaca ainda Malagutti (2010) que todos esses fatores de risco são mais sérios em determinados pacientes, como os diabéticos e aqueles que têm problemas de circulação. Outro tipo de pacientes candidatos a apresentarem úlceras de decúbito ou pressão são aqueles cuja sensibilidade está alterada ou diminuída, visto que podem não perceber a dor e os incômodos que habitualmente acompanham o surgimento de uma escara. Existem certas doenças que provocam perda de sensibilidade, como o dos paraplégicos (pessoas com lesão da medula espinhal), porque, em muitos casos, seu cérebro não recebe as sensações procedentes da parte do corpo inferior à lesão.

Existe, além disso, uma série de fatores exteriores ao paciente que têm grande importância no surgimento das úlceras de decúbito são aqueles que produzem irritações na superfície da pele. (Malagutti, 2010)

2.12 FORMAS DE EVITAR AS LP'S

Segundo Guimaraes (2011) as formas de evitar úlceras de decúbito é evitar o seu aparecimento, visto que o seu tratamento é complicado e em muitos casos para a cura ou nunca chegam a ser totalmente curadas. Deve-se levar em consideração que, muitas vezes, esse é um problema de paciente crônico ou sem possibilidade terapêutica.

Nesse tipo de paciente, a atenção que recebem deve estar voltada a manter sua qualidade de vida nas melhores condições possíveis. Uma das funções do enfermeiro é avaliar corretamente se um paciente é do grupo de risco e, caso seja, ao estabelecer o plano de cuidados para esse paciente deverão ser incluídas as medidas destinadas a prevenir o surgimento de escaras, levando em conta as características peculiares de cada paciente (SILVA *et al.*, 2007).



Figura 03: Paciente acamado com lesão por pressão em estágio III. Fonte: Silva, 2007.

Oliveira, (2016) destacam que as medidas que são tomadas para evitar as úlceras são de dois tipos, que entre si se complementam: umas destinadas a aumentar a circulação sanguínea nas regiões de risco, e outras com o objetivo de manter a pele no melhor estado possível. Essas medidas, acompanhadas de uma

vigilância adequada de sinais precursores de uma escara, podem evitar muitas das úlceras de decúbito.

2.13 MEDIDAS DESTINADAS A MELHORAR A CIRCULAÇÃO SANGUÍNEA

Crozeta, (2010) destacam que as medidas destinadas a melhorar a circulação sanguínea são: Mudanças de posição, Movimentações ativas e passivas, Massagens e fricções. Abaixo será explicada de forma minuciosa cada uma dessas medidas de extrema importância de conhecimento dos profissionais de saúde:

Pode-se também comentar segundo Avello e Grau (2005) que a indicação maior é que o paciente não fique inerte durante muito tempo, que haja o movimento do corpo variando as posições, exercendo também as movimentações ativa e passiva, e, outro cuidado é a realização de massagens e fricções que auxiliam na recuperação do paciente e previnem as úlceras de decúbito.

2.14 MEDIDAS DESTINADAS A EVITAR AS EROSÕES DA PELE

Borges, (2012) destacam as medidas destinadas a evitar as erosões da pele, sendo elas: Higiene rigorosa, cremes protetores, cuidado com as sondas e os drenos, evitar atritos contínuos e as Medidas adicionais - Colchões especiais.

Higiene rigorosa - É muito importante, para manter a pele em bom estado, retirar bem todos os acúmulos de suor, diurese ou secreções e secar perfeitamente depois de lavar-se. A umidade é um dos principais fatores que favorecem o surgimento de úlceras de decúbito. Cremes protetores - Depois da higiene, deve-se aplicar um creme, habitualmente de tipo gorduroso, nos locais que tem a possibilidade de ficarem úmidos. Cuidado com as sondas e as drenas - É muito importante evitar o extravasamento dos líquidos na pele, visto que muitas vezes as secreções que saem são irritantes e estão contaminadas, aumentando o perigo de infecção (FIALEK, 2011).

Se cuidar das úlceras de decúbito é uma tarefa difícil, preveni-las é a melhor solução, e a mais simples e econômica, pois, requerem higiene e cuidados como o uso de cremes protetores, com o manuseio das sondas e das drenas, e para evitar atritos contínuos do uso desses equipamentos e de outros com a pele. Existem também as medidas adicionais, ou seja, se o paciente vai ficar muito tempo no leito,

à recomendação é que se use um colchão apropriado, para prevenir as úlceras (OLIVEIRA, 2016).

2.15 POSIÇÕES DO PACIENTE NA CAMA

Para Guimarães (2011) se uma pessoa permanece na cama por alguns dias por causa de uma doença, ficará em decúbito dorsal durante algum tempo. Quando se sentir incomodada ficará em decúbito lateral e mudará de posição espontaneamente a cada momento. Talvez permaneça algum período em decúbito ventral, e, se não se encontra por demais adoentadas, sentar-se-á, apoiada em almofadas, para ler, ver televisão ou para comer. Quando a pessoa está incapacitada para fazê-lo por si própria, as pessoas que dela cuidam devem realizar estas mudanças de decúbito. Isso, além de prevenir o surgimento de escaras, ajuda o paciente a sentir-se à vontade e relaxado.

Posições em decúbito dorsal - Nesta posição, o peso do corpo descansa sobre a parte posterior da cabeça, as omoplatas, os cotovelos, as nádegas e, a região sacral e sobre a parte posterior da perna (panturrilhas e calcanhares). Posição em decúbito lateral direito ou esquerdo - Nesta posição, as zonas de maior pressão são a parte lateral da cabeça, as orelhas, os ombros, o quadril e a parte lateral das pernas e pés (maléolos) (IRION, 2005).

O nome direito e esquerdo corresponde ao lado do paciente sobre o qual descansa. Posição em decúbito ventral - Esta posição é de pouco uso ou durante períodos curtos, visto que há muitas pessoas que não a suportam. O paciente fica apoiado sobre o peito, o ventre e os joelhos. Existe um tipo de almofada especial para manter a cabeça do paciente em decúbito ventral, neste caso é frequente posicionar a cabeça mais lateralizada. Posição Fowler - Se o estado do paciente o permite, permanecerá nesta posição durante as refeições, para ler, para ver televisão e receber visitas. É necessária uma cama articulada para manter o paciente nesta posição (AVELLO; GRAU, 2005).

Consta-se que o importante para a saúde do paciente é não se manter em uma mesma posição, e ter o cuidado necessário para manter ou recuperar a saúde (FIALEK, 2011).

De acordo com Irion (2005), quando o paciente é colocado em uma destas posições, são acomodadas várias almofadas ou coxins, destinadas a aliviar a

pressão sobre as zonas de maior risco. Esses materiais existem no mercado ou podem ser improvisados com algodão, gazes ou pedaços de espuma, protetores ou dispositivos destinados a algumas partes do corpo, como calcanhares e tornozelos.

Segundo Avello e Grau, (2005) é importante recordar que para evitar as úlceras de decúbito não se deve esquecer que a estrutura óssea e as articulações devem permanecer em uma posição adequada, para que não ocorram deformidades. Que dizer, deve-se manter um bom alinhamento da coluna e certo grau de flexão das articulações.

Manter corretamente as curvaturas da coluna. Um colchão duro e a ajuda de pequenas almofadas no pescoço e na região lombar ajudarão a manter as curvaturas de maneira adequada. Evitar a queda do pé. O pé deve permanecer flexionado, em ângulo reto com a perna. O peso das roupas de cama aumenta essa tendência. Uma espécie de arco para sustentação dos lençóis e cobertores, uma almofada na qual o pé se apoie ou um dispositivo adequado ajudarão a evitar esses problemas. Manter a flexão do joelho. Evitar a queda para frente dos ombros quando em posição lateral. Para prevenir essa deformidade, colocamos almofadas ou coxins para apoiar o braço que não fica em repouso na cama. Manter quadris alinhados (CANDIDO, 2001).

Os pacientes que permanecem por muito tempo internados e que ficam em uma posição só, tem a facilidade de desenvolver uma UP, pois esses locais contem proeminências ósseas, facilitando esses tipos de lesões. Essas regiões exigem dos profissionais um cuidado rígido ao paciente que podem desenvolver uma úlcera (GOUVEA, 2010).

2.16 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM LESÃO POR PRESSÃO

De acordo com Smeltzer e Bare (2012), o papel da enfermagem é avaliar as características da dor, o local, o tipo e anotar (pontadas compressivas e constantes), verificar a intensidade e a duração da LP, tranquilizar o paciente e investigar se está com dor e tentar eliminar a causa. Verificar se o paciente está sujo e fazer a sua higienização corporal, realizar mudança de decúbito e a massagem de conforto, administrar medicações prescritas e checar todas as medicações realizadas, observar se os medicamentos estão sendo eficazes.

As condutas de enfermagem na prevenção de lesão por pressão no hospital. Faz-se o uso de loção e sabonete de pH neutro, loções hidratantes, forros de leito de material absorvente; e películas protetoras (uso de curativos transparentes e selantes para a pele), curativos de hidrocoloides com forros protetores, tendo também material de reposicionamento almofadas de espuma juntamente colchão redutor de pressão (VIANA, 2010).

Tem-se ainda que a conduta da enfermagem, segundo Medeiros (2006), é avaliar constantemente o paciente e realizar o exame físico frequentemente interagindo também com seus familiares informando sobre o que está acontecendo e sempre ser franco, realizando um planejamento da prevenção e do tratamento da pele podendo solucionar os problemas do paciente e evitar problemas adquiridos na área hospitalar.

Segundo Smeltzer e Bare (2012) existem dois tipos de infecção: a não hospitalar e a hospitalar. Na não hospitalar o paciente já apresenta quando é admitido no hospital, pois a infecção foi adquirida fora do ambiente hospitalar. Na hospitalar, por sua vez, o paciente contrai a infecção no hospital.

Segundo Declair (2007), devem-se basear as intervenções da enfermagem nas seguintes medidas preventivas: avaliação do risco em desenvolver a úlcera de pressão; cuidados com a pele; medidas de suporte mecânico e superfícies; implantação de rotinas e educação continuada.

Dealey (2008) ressalta que através da sistematização da assistência de enfermagem é possível diminuir consideravelmente a incidência de úlceras de pressão nas instituições de saúde. A educação e treinamento, não somente da equipe multidisciplinar, mas também da família e do próprio cliente, são fatores relevantes para atingir um patamar de qualidade na assistência a clientes acamados e suscetíveis à instalação de úlceras de pressão. Caso haja um aparecimento da UP, devido a negligência da unidade ou dos profissionais, a instituição pode ser penalizada, portanto a prevenção da UP possui uma grande importância no trabalho da equipe de saúde (OLIVEIRA, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Onde se buscou compreender a atuação dos enfermeiros feita as Lesões por pressão.

A pesquisa qualitativa se caracteriza por não focar fortemente em dados estatísticos como elementos descritivos de fatos. Ela leva em conta a perspectiva do pesquisador e dos participantes como uma forma de entender e interpretar os fenômenos do objeto foco de pesquisa (NEVES, 2006).

Segundo Gil (2008) ele diz que a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2008).

Neves (2006) enfatiza que a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Ex.: pesquisa referente à idade, sexo, procedência, eleição etc.

A abordagem qualitativa propicia o aprofundamento do estudo, pois permite entrar mais afundo nas questões relacionadas à hipótese em estudo, busca a máxima valorização do contato direto com a situação estudada, buscando perceber a individualidade e os significados múltiplos (Gil, 2008).

3.2 LOCAIS DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Municipal de Itaituba, que funciona no prédio onde antes foi instalado o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, sendo este último órgão responsável pela prestação de relevantes serviços a saúde pública do Brasil. Além de criar diversos hospitais em cidades ribeirinhas da Amazônia, participou ativamente nas campanhas de erradicação da varíola, e na formação de profissionais da saúde (PISQUILA, 2012).

Por meio da lei nº 3.750 de 1960, o SESP foi transformado em Fundação vinculada ao Ministério da Saúde, Fundação Serviço de Saúde Pública, com caracterização permanente (BRASIL, 2004).

A partir daí, tornou-se então Hospital Municipal de Itaituba, é um hospital de referência do SUS, haja vista que é o único público da cidade, contando com apenas alguns hospitais de iniciativa privada, de modo complementar para dar suporte ao mesmo. Conta com uma ala de Urgência e Emergência, ala de internação que está dividida em Clínicas: Médica e Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica e Unidade de Cuidados Intermediários (SEMSA, 2015).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram entregues os questionários aos 24 enfermeiros que atuam no Hospital Municipal de Itaituba, porém somente 7 aceitaram participar do estudo. Estes atuam nos diversos setores (urgência emergência, clínica médica, UCI, centro cirúrgico). Para essa amostra foram inclusos sujeitos atuantes no quadro de funcionários da instituição. O trabalho foi realizado no período de fevereiro a dezembro 2017.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O método empregado para coleta de informações deste estudo foi a entrevista com 09 perguntas conforme roteiro apresentado no apêndice A. Buscou-se, então, através deste método identificar atuação dos enfermeiros em pacientes com lesão por pressão.

Inicialmente cada participante da pesquisa foi informado sobre os objetivos do trabalho e a seguir foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a assinatura deste termo, os questionários foram entregues e, para posteriormente as respostas serem analisadas e discutidas com embasamento teórico - científico.

Nos estudos qualitativos, o pesquisador coleta principalmente dados qualitativos. Que são declarações narrativas. A informação narrativa pode ser obtida através de conversas com participantes em um cenário natural (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.5 ANÁLISES DE DADOS

Num primeiro momento, obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou-se o processo de análise do material de campo. Com base em Minayo (1992), existem quatro finalidades para esta fase: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

O momento posterior foi ter explorado o material onde, pela observação das respostas dos participantes, foram sumarizados ora com palavras ou frases, mas que não interferisse no contexto do objetivo proposto aos objetivos do estudo. E por fim foi realizada a interpretação onde, resultados após o estudo teórico e minucioso foi feito a análise final com o apoio da literatura pertinente ao tema do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes aceitaram participar da pesquisa após assinatura do TCLE e autorização da direção da instituição.

Para preservar a identidade das participantes, foram utilizadas a letra “E” acompanhados dos numerais de 1 a 7. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos por meio de análise das entrevistas, trazendo primeiramente os dados relativos ao perfil dos enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba, identificados por E 01 à E 07.

Quadro 3 - Perfil dos Enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba.

E1	Tem 39 anos, sexo feminina, união estável, atua na profissão há 01 ano.
E2	Tem 34 anos, sexo feminino, casado, atua na profissão há 08 anos.
E3	Tem 42 anos, sexo feminina, casado, atua na profissão há 15 anos.
E4	Tem 25 anos, sexo feminina, solteiro, atua na profissão há 04 anos.
E5	Tem 32 anos, sexo masculino, solteira, atua na profissão há 09 anos.
E6	Tem 43 anos, sexo feminino, casado, atua na profissão há 10 meses.
E7	Tem 38 anos, sexo feminino, casada, atua na profissão há 10 anos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os sete profissionais de Enfermagem que participaram da pesquisa são em sua maioria do gênero feminino, havendo somente um indivíduo do gênero masculino. Estão na faixa etária de 25 a 43 anos, com mais de sete meses de atuação na área de Enfermagem, na cidade de Itaituba – Pará.

Como citado, podemos assim observar que há predominância do sexo feminino no ambiente hospitalar, e este resultado se equivale ao estudo de Vargas (2009), que confirma o domínio das mulheres na profissão de enfermagem.

Segundo Andrade (2002), o serviço de clínicas de internamento de um hospital é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita.

Nos serviços de assistência das unidades hospitalares é necessário atuar com bastante competência e deve os profissionais atuantes buscar pelo constante aprimoramento técnico-científico de sua equipe de enfermagem, para a efetiva sistematização da prestação do cuidado. A equipe de enfermagem, como prestadora direta de assistência ao paciente, deve continuamente estar atenta a qualquer

alteração que possa indicar piora em seu estado de saúde. Além disso, deve possuir conhecimentos sobre os sinais e somas de risco, e quais atitudes devem ser tomadas diante de cada um deles, proporcionando ao usuário um atendimento com responsabilidade e compromisso (JORGE; BARRETO, 2012).

Para Geovanini e Oliveira Jr. (2008) as lesões por pressão são definidas como áreas de necrose tecidual que se desenvolvem quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por longo período de tempo.

A respeito do entendimento destes profissionais sobre lesão de pressão e sua ocorrência, observou-se as seguintes considerações expostas no quadro abaixo:

Quadro 04: Entendimento sobre lesão de pressão e como ela ocorre.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	É a pressão que os tecidos moles sofrem junto a uma proeminência óssea por longo período, levando a isquemia local, edema e ativações dos mediadores de inflamação, ou seja, morte celular. Ocorre devido à interrupção sanguínea em uma determinada área, que se desenvolve devido a uma pressão aumentada por um período prolongado com isso ocasiona falta de nutriente suprimento de oxigênio e nutrientes no tecido.	Pressão Interrupção Sanguínea Falta de nutrientes
E2	São lesões/ úlceras localizadas na pele ou tecidas subjacente devido às compressões dos tecidos principalmente em locais das proeminências ósseas onde as mesmas perdem as funções, vascularizações, apresentando dormência e logo rompem-se lesões.	Compressão Dormência
E3	A lesão por pressão é uma lesão que surge devido a falta de oxigenação de um tecido sob compressão em superfície sobre as proeminências ósseas.	Vascularização Falta de oxigenação
E4	E uma lesão na pele que ocorre após pressão por	

	um período prolongado em uma determinada área do corpo.	Pouca mobilidade
E5	Dá-se principalmente pela falta de circulação sanguínea devida a compressão de determinada área, por tempo longo, o que leva a isquemia edema, inflamação e morte celular.	Pressão intensa ou prolongada
E6	É a falta de oxigenação e nutrientes no tecido, isso ocorre devido paciente ficar muito tempo acamado, pouca mobilidade onde esses tecidos moles sofrem uma proeminência óssea ao longo desse período, isso leva a uma isquemia no local, edema e morte celular.	
E7	É um dano localizado na pele, geralmente sobre uma proeminência óssea ocorre por pressão intensa ou prolongada.	

FONTE: Dados do autor.

Ao analisar o quadro 04 pode-se verificar que a grande maioria das entrevistadas afirma que a lesão de pressão é ocasionada por pressão ou compressão intensa ou prolongada da pele em uma superfície, compressão, ocasionando dormência, vascularização, e ocorre devido a interrupção sanguínea, falta de oxigenação, pouca mobilidade do paciente, falta de nutrientes devido a uma alimentação pobre.

Os profissionais de saúde participantes desta pesquisa demonstram opiniões que corroboram com o autor, que caracteriza as lesões por pressão que afetam as partes moles e pele, provocadas por determinadas forças exercidas sobre proeminência óssea, o que provoca diminuição de nutriente para a região afetada, nutrientes este levado pelo sangue, e a compressão deste local afetam dois sistemas principais que são circulatórios e linfáticos, e podem ainda ser profundas ou superficiais (SILVA *et al.*, 2007).

Marques *et al.*, (2017) em estudo realizado com profissionais de saúde do Ceará, verificaram que o conhecimento desses profissionais sobre a lesão de

pressão é ainda reduzido, principalmente entre os enfermeiros. Destacando que os médicos apresentaram maior conhecimento, relatando que a ocorrência de lesão de pressão é muito frequente, principalmente entre idosos acamados, que perdem a mobilidade física, ficando em uma só posição por muito tempo.

Marques *et al.*, (2017) ressaltam que a atuação do enfermeiro na prevenção das LP's é de suma importância, pois este tem maior responsabilidade com a pessoa acamada ou com imobilidade prolongada, implementando e supervisionando ações da equipe de saúde, diagnosticando e prescrevem as intervenções para prevenir as LP's, e nos cuidados dos pacientes que já as possuem

As respostas sobre a atuação dos Enfermeiros na prevenção das LP's estão organizadas no quadro abaixo:

Quadro 05: Atuação do profissional de enfermagem na prevenção das LP's.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Mudar sempre o paciente acamado de posição colocar travesseiros macios e baixos dos tornozelos para elevar os calcanhares; colocar o paciente em poltrona macia determinando as áreas de apoio; manter alimentação rica em vitaminas e proteínas; manter hidratação; manter paciente limpo e seco; hidratar a pele com hidratante ou óleo a base de vegetais.	Mudar posição Alimentação rica em nutrientes Hidratação
E2	Com condutas corretas e atualizadas.	Prevenir fatores de risco Mudança de decúbito Exame físico Higiene
E3	O enfermeiro deve ser participativo na assistência direta do paciente, planejando ações que previnam os fatores de risco.	
E4	Realizando mudanças de decúbito. Caso o paciente esteja em meio familiar, orientar os cuidados ao realizar a mudança.	
E5	Principalmente na prevenção.	
E6	Um bom exame físico, examinar todo o corpo do	

	paciente principalmente pontos de pressão, secar bem depois do banho, hidratar, trocar com frequência as fraldas dos pacientes, estimular a movimentação respeitando as possibilidades físicas e motora do paciente, identificar os fatores de riscos e orientar o tratamento preventivo.	Hidratação Deambulação Exame físico Mudança de Decúbito Deambulação
E7	Inspecionar a pele várias vezes ao dia, reposicionar a cada duas horas, estimular a deambulação na medida do possível.	

FONTE: Dados da pesquisa.

Após a análise, observou-se que 3 dos Enfermeiros (E1, E4, E7), participantes da pesquisa, citaram a mudança de decúbito como principal forma de prevenção das LP's. E6 e E7 destacaram a importância da avaliação de Enfermagem através do Exame físico e da deambulação. E1 destacou a nutrição, hidratação e conforto como fatores importantes para prevenção.

Estes dados são corroborados com Lima e Guerra (2011) e Rolim *et al.*; (2013) que ressaltam a importância da deambulação e a mudança de decúbito, além de colchões especiais para a prevenção das LP's.

Partilhando deste mesmo conhecimento dos E6, E7 e E1. Malagutti e Kakiyama (2010) concordam que uma avaliação eficiente e eficaz pode trazer benefícios para os cuidados a serem adotados e a escala de Braden foi criada para reduzir a incidência e a prevalência das úlceras por pressão. O resultado vai depender da pontuação que vai ser avaliado de 1 a 4, e quanto menor a pontuação maior vai ser o risco de pessoas sofrerem uma lesão de continuidade na pele. Esta escala vai avaliar os pacientes e a percepção sensorial, a mobilidade, nutrição, atividade, presença ou ausência, umidade e a fricção.

Posições em decúbito dorsal - Nesta posição, o peso do corpo descansa sobre a parte posterior da cabeça, as omoplatas, os cotovelos, as nádegas e, a região sacral e sobre a parte posterior da perna (panturrilhas e calcanhares). Posição em decúbito lateral direito ou esquerdo - Nesta posição, as zonas de maior pressão são a parte lateral da cabeça, as orelhas, os ombros, o quadril e a parte lateral das pernas e pés (maléolos) (IRION, 2005).

Em relação à conduta do profissional Enfermeiro acometido por LP's, os resultados estão dispostos no Quadro 6:

Quadro 06: Conduta do profissional da saúde no atendimento ao paciente acometido por lesões de pressões.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Inspeccionar a pele várias vezes ao dia; lavar a pele com sabonete neutro; enxaguar e secar com uma toalha macia; reposicionar a cada 2 horas; encorajar a deambulação e ao exercício; usar colchão de pressão alternado.	Inspeção da pele Higiene Deambulação Colchão especial
E2	Promover cuidado adequado, com limpeza precisa da lesão buscando a vascularização da mesma.	Troca de curativos
E3	Fazer o uso de colchão adequado (casca de ovo), manter a troca de curativos conforme a necessidade do paciente, entre outros cuidados como alimentação rica em nutrientes e reavaliação periódica da lesão.	Mudança de decúbito Hidratação da pele
E4	A conduta depende do estagio da lesão, mas na sua maioria e necessário o curativo e continua mudança de decúbito.	Curativo
E5	Dependendo do grau da lesão.	Curativo
E6	Curativos diários, mudança de decúbito, hidratação da pele, realizar higiene do paciente.	
E7	Irà depender do tipo de lesão, porem a realização do curativo será de extrema importância para melhora.	Curativo

FONTE: Dados da pesquisa.

Ao analisar o quadro 06 sobre a conduta do profissional da saúde no atendimento ao paciente acometido por lesões de pressões, pode-se verificar que a maioria dos profissionais (E2, E4, E6, E7) atribuem importância ao curativo,

concordando com Guimarães (2011) quando cita que os curativos são importantes em todas as fases, principalmente no que antecede a necrose, pois, e nesta fase que podemos então ter a oportunidade de reverter o processo (GUIMARÃES, 2011).

Viana *et al.* (2010), cita que para realizar um bom curativo, o profissional de saúde deve avaliar em que estágio se encontra a úlcera de pressão levando-se em conta o custo-benefício, devendo ser mantidas todas suas medidas para evitar o aparecimento de novas lesões e favorecer as curas existentes.

Já E1 ressaltou a importância da inspeção da pele, a higiene, a deambulação e uso de colchão de pressão alternado, concordando com a ideia de Moraes *et al.*, (2015) que destaca a importância do enfermeiro estar atento a pele do paciente acamado, fazendo inspeções periódicas em busca de lesão de pressão, evitando assim que a ocorrência dessa lesão, ou no caso do paciente já apresentar, que venha a se tornar mais profunda, realizando os cuidados necessários para cada situação.

Costa *et al.* (2015) destacam que os fatores de risco para as LP's são os que predispoem os pacientes a períodos prolongados acamados ou com mobilidade reduzida, alertando também para a idade, presença de doenças crônicas, e problemas de má circulação sanguínea.

As repostas dadas sobre os fatores de risco para LP's estão organizadas no quadro abaixo:

Quadro 07: Fatores que podem desencadear as lesões por pressão.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Hipertensão arterial sistêmica; idade; diabetes; inconsciência; imobilização; perda da continência urinaria ou fecal; presença de espasmos musculares, deficiências nutricionais, entre outros.	Hipertensão arterial/ Diabetes Idade avançada
E2	O tempo prolongado de internação ou acamado, sensibilidade superficial alterada, alteração na umidade da pele, na textura da pele, mobilidade física prejudicada, alteração do turgor e elasticidade da pele entre outras.	Umidade Imobilidade Fricção da pele

E3	O atrito ou fricção da pele sobre superfícies nas quais o paciente acamado ficar por período prolongado a má nutrição, a umidade entre outras.	Nutrição Umidade Mobilidade física alterada Elasticidade da pele Calor Má circulação sanguínea
E4	Paciente acamados ou restrito ao leito por longos períodos.	
E5	Permanência do paciente no leito por muito tempo em uma mesma posição, calor, mau circulação sanguínea.	
E6	A imobilidade, visto que quanto menos esse paciente se mover maior ser a chance de desenvolver uma lesão por pressão, paciente idoso já que o envelhecimento torna a pele mais sensível e o estado nutricional.	
E7	São varias alterações: nutricionais, circulatórias, metabólicas, crônica degenerativa etc.	

FONTE: Dados da pesquisa.

Ao analisar o quadro 07 sobre os fatores que podem desencadear as lesões por pressão, verificou-se que os profissionais do HMI citam fatores como a imobilidade, idade avançada, nutrição e umidade como principais fatores. E1 ainda considera a hipertensão e diabetes como outro fator.

Dados semelhantes foram encontrados por Costa (2010), que ressaltou o risco de LP's é maior entre os idosos, que perdem a elasticidade da pele, sua hidratação natural, textura, sensibilidade e circulação, à lentificação do processo de cicatrização e à atrofia muscular que realça as proeminências ósseas.

Malagutti (2010) destaca que os fatores causadores ou que predispõe ao surgimento de úlceras por decúbito são: Fatores relacionados ao estado do paciente: Falta de mobilidade total ou parcial; Alterações da sensibilidade; Desnutrição e magreza; Excesso de peso; Diabetes; Circulação sanguínea deficiente. Fatores relacionados com a higiene: Pele úmida; Acúmulo de suor; Dobras (no lençol) da cama; Atrito contínuo em uma determinada região.

Em relação à escolha do tratamento adequado, os enfermeiros foram questionados sobre “Como proceder o tratamento das LP’s após sua identificação?” os resultados estão no Quadro 8:

Quadro 08: Procedimento no tratamento das LP’s após a identificação.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Conservar a pele limpa, seca e hidratada; desbridamento quando necessário; manter de fraldas descartáveis, caso não tenha controle ao urinar trocando assim que possível; posicionamento adequado e técnicas corretas; mudança de decúbito a cada duas horas; dieta balanceada de acordo com a necessidade; lavar com soro fisiológico ou água.	Higiene Hidratação Mudança de decúbito Nutrição
E2	Providenciar colchão piramidal (caixa de ovo) ao paciente, mudar sempre o paciente acamado de posição, manter hidratação, o paciente deve estar sempre limpo e seco, ofertar alimentação rica em vitaminas e proteínas, realizar massagem suave na pele em áreas potencias de pressão, utilizar produtos com base de AGE, entre outras.	Higiene Hidratação Nutrição Massagem Uso de AGE
E3	Deve-se fazer uma avaliação global do paciente, avaliação do estado nutricional, avaliação e tratamento da dor, avaliação e tratamento psicossocial. Em alguns casos e necessário a remoção do tecido desvitalizado, limpar a ferida com soro fisiológico, ao determinar as condições da ferida recomendar o tratamento adequado.	Mudança de decúbito Nutrição Desbridamento
E4	Manter paciente em colchão adequado, mudar sempre de posição, realizar massagem suave na pele sadia em áreas potencias de pressão, manter o paciente limpo e seco etc.	Colchão Massagem Higiene

E5	Iniciar o tratamento e meios para que não passe ao próximo estágio.	Tratamento adequado da lesão Curativo diário
E6	Curativo diário, mudança de decúbito, hidratação da pele, higiene do paciente, manter as roupas de cama organizada.	
E7	Manter sempre os cuidados e curativos para não evoluir para os outros estágios dessa lesão.	

FONTE: Dados da pesquisa.

Das respostas obtidas, destacou-se a colocação do E3 que ressaltou o debridamento como tratamento, E2 que citou o uso de AGE's (ácidos graxos essenciais) e E6 e E7 que falaram dos curativos, os demais citaram nutrição, higiene, massagem, uso de colchões especiais e mudanças de decúbito como medidas para não haja piora do quadro.

De acordo com Costa *et al.*, (2015), o enfermeiro é o principal responsável pelo cuidado do paciente com lesão de pressão, devendo avaliar o aspecto da lesão, escolhendo a melhor cobertura a ser utilizada no tratamento da LP, realizando a higiene do local, mudança de posição do paciente, além dos cuidados com sua dieta. Os autores ainda ressaltam que é de competência do enfermeiro a avaliação constante da lesão e a escolha do tratamento adequado, levando a um processo de cicatrização e cura da mesma.

O desbridamento incide num procedimento que permite a retirada do tecido necrótico, exsudado, resíduos metabólicos da ferida, assim como corpos estranhos, deste modo visa facilitar o processo de cicatrização das feridas. Este procedimento é caracterizado de desbridamento tendo como objetivo de amenizar a partir de então a carga microbiana na lesão para controlar e precaver a infecção. Permite ao profissional avaliar os bordos e leito da ferida para determinar a presença de tecido que permita promover a ação dos produtos utilizados (MALAGUTTI e KAKIHARA, 2010). Dessa forma, estes autores são de acordo com a ideia de E3.

Concordando com a opinião de E2, Oliveira (2016) cita vários produtos no tratamento de feridas que podem serem utilizados nos cuidados de lesões por pressões, sendo AGE (Ácidos Graxos Essenciais), mas também são utilizados

cremes emolientes a base de dimeticona, lactado de amônio, ureia e o ácido láctico, que podem contribuir de forma significativa para a prevenção e a melhora.

O quadro abaixo mostrará como os participantes da pesquisa responderam a entrevista quando foram perguntados sobre o uso de curativos industrializados.

Quadro 09: O local de trabalho disponibiliza curativos industrializados para utilizar nas LP's.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Não.	Não tem curativos industrializados
E2	Não.	
E3	Não.	
E4	Não.	
E5	Não.	
E6	Não.	
E7	Não.	

FONTE: Dados da pesquisa.

Ao analisar o quadro 09 a respeito do local de trabalho disponibilizar curativos industrializados para utilizar nas LP's pode-se verificar que todas as participantes foram unânimes em afirmar que neste local não é disponibilizado curativos industrializados.

Lima e Guerra (2011) relataram que o tratamento das LP's com curativos industrializados facilita o desbridamento, diminuindo o odor das lesões, assim como previne a evolução da lesão para grau de maior dano tecidual.

Costa *et al.*, (2015) discorrem que os custos para o tratamento das LP's são elevados, principalmente para os pacientes idosos, que vivem institucionalizados, e dependem das pensões e aposentadorias. E muitos hospitais esbarram na falta de recursos para o atendimento total destes pacientes.

Assim, a escassez de recursos para os hospitais pode ser o fator determinante para a ausência do uso de curativos industrializados.

Os enfermeiros foram questionados sobre "Qual é o tempo de duração do tratamento das lesões por pressão?" as respostas estão agrupadas no quadro abaixo:

Quadro 10: Tempo de duração do tratamento das lesões por pressão.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	O tempo de duração de cada uma pode variar de acordo com múltiplos fatores, depende muito de cada situação.	Tempo de Duração variada Grau da lesão 10 semanas para completar cicatrização Depende do grau da lesão Estagio da lesão Extensão da lesão Varia por paciente e produto utilizado
E2	Dependendo do grau da lesão. Mas o seu tratamento de granulação, geralmente chega-se com tempo total para completar a cicatrização de 10 semanas.	
E3	Depende do grau da lesão e dos fatores aos qual o paciente esta exposta. Algumas lesões podem durar meses para serem curadas.	
E4	Depende do tipo de tratamento escolhido e o estágio da lesão.	
E5	Varia conforme o produto utilizado, condições do paciente, extensão da lesão etc.	
E6	O tratamento varia de acordo com a gravidade e a extensão das lesões.	
E7	Varia de acordo com tipo de extensão da lesão.	

FONTE: Dados da pesquisa.

O quadro 10 mostra que os participantes da pesquisa condicionam o tempo de tratamento da lesão a extensão do ferimento, apenas E2 definiu um período estimado de “10 semanas”. E4 e E5 citaram que o tempo de tratamento dependerá do produto utilizado.

Dados semelhantes foram encontrados por Rolim *et al.* (2013), destacando que cada paciente tem uma forma de evolução, reagindo de maneira diferente ao tratamento, que pode variar de algumas semanas até para meses, antes que a lesão cicatrize completamente.

Assim, observa-se que definir um período de tratamento torna-se complexo por depender de múltiplos fatores: escolha do tratamento, estadiamento da lesão, nutrição, higiene e hidratação.

Moraes *et al.* (2015) destacam a importância das orientações repassadas pelo enfermeiro ao paciente e seus familiares, que auxiliam no cuidado pós-internação, evitando o surgimento de novas lesões, além de realizar o tratamento adequado para cicatrização da lesão. Sobre este tema, os resultados estão dispostos no quadro abaixo:

Quadro 11: Orientação aos pacientes e a família sobre os cuidados com as LP's.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Sim! A orientação é feita de acordo com a necessidade do cliente.	Orientação de acordo com a necessidade do cliente Orientação à família
E2	Sim! Com certeza, a família deve ajudar nas condutas promover mudança de decúbito, hidratação de a pele realizar massagem, hidratação via oral entre outras.	
E3	Procuo orientar sobre as formas como a família deve cuidar do paciente.	
E4	Sim, eu sempre repasso essas informações para a família.	
E5	Sim, repasso as informações necessárias.	
E6	Sim, informo a família sobre como cuidar do paciente.	
E7	Sempre repasso todas as informações necessárias.	

FONTE: Dados da pesquisa.

Ao analisar o quadro 11 sobre a orientação aos pacientes e a família sobre os cuidados com as LP's pode-se verificar que todos os Enfermeiros realizam, e que ela é feita de acordo com a necessidade do cliente, estendendo-se esta orientação também para a família.

Dealey (2008) ressalta que através da sistematização da assistência de enfermagem é possível diminuir consideravelmente a incidência de úlceras de pressão nas instituições de saúde. A educação e treinamento, não somente da equipe multidisciplinar, mas também da família e do próprio cliente, são fatores relevantes para atingir um patamar de qualidade na assistência a clientes acamados e suscetíveis à instalação de úlceras de pressão.

Dessa forma, observou se que os Enfermeiros, através das orientações individualizadas, visam sempre melhorar a assistência.

Sobre a capacitação ofertada aos profissionais para lidar com as LP's, os resultados estão organizados no quadro 12:

Quadro 12: Capacitação para lidar com lesões por pressão.

CÓDIGOS	RESPOSTAS	IDEIAS CHAVES
E1	Sim! Fiz curso para tratamento de feridas quando ainda cursava a faculdade.	Instituições que promovem capacitações Investimento próprio Aprimoramento profissional diário Sem capacitação
E2	Sim! Existem instituições que promovem capacitações para seus profissionais, para que possam atuar diretamente nesses tipos de lesões de grande proporção. Em outro caso o próprio profissional pode investir em si mesmo, realizando cursos específicos de curta duração.	
E3	A convivência no setor hospitalar vai aprimorando o profissional para lidar com essas situações, mas existem cursos ofertados em oficina para que o profissional se aperfeiçoe melhor.	
E4	Fornecida pela instituição onde trabalho ate agora não recebi.	
E5	Depende do local onde trabalha em algumas instituições que fazem rotineiramente treinamento, capacitações, disponibiliza o matérias para o tratamento dessas lesões, e outros locais se o enfermeiro não buscar conhecimento por conta	

	própria não terá como prestar um atendimento diferenciado.	
E6	Até o momento, não recebi nenhuma capacitação.	
E7	O correto seria receber, porém o local que eu desenvolvo minhas atividades, nunca ofereceu tal capacitação, nem disponibilizado material para tratar esse tipo de lesão.	

FONTE: Dados da pesquisa.

Ao analisar o quadro 12 observou-se que E1 e E2 responderam que já passaram por capacitação, já E4, E6 e E7 atribuem a responsabilidade de promover capacitação à instituição que atuam atualmente e que até o momento não receberam. E3 ressaltou a importância da vivência e prática hospitalar para capacitar o profissional a lidar com tal situação.

Marques *et al.*, (2017) destacam a importância de desenvolver programas educacionais na instituição, visando a redução da lesão de pressão nos pacientes acamados. Visto que a educação permanente possibilita o aprimoramento conhecimento desses profissionais, repercutindo diretamente na qualidade do atendimento ao paciente com lesão de pressão, e de seus familiares.

Desta forma, percebe-se que a instituição deve promover capacitações periódicas, porém o profissional também deve buscar aprimoramento através de cursos paralelos.

5 CONCLUSÃO

Ao fim da pesquisa percebeu-se que no Brasil e no Mundo, existe um número muito grande de pessoas que sofrem com lesões por pressão, e que o profissional enfermeiro é o responsável por fazer desde o atendimento primário até o acompanhamento do tratamento dessas lesões.

O presente estudo demonstrou que a enfermagem está desenvolvendo o seu papel, entretanto toda a equipe multiprofissional deve estar comprometida por igual, visando garantir o melhor para cada paciente ressaltando a orientação dos familiares, com foco a prevenção e a identificação dos fatores de riscos para cada paciente.

Observou se, ainda, que existem inúmeros tratamentos para lesões por pressão, e que a escala de Braden, é a referência utilizada para fazer toda avaliação do paciente, e assim verificar os possíveis riscos e/ou problemas que podem surgir posteriormente.

A Enfermagem é fundamental para um tratamento adequado do paciente, pois além do processo de cuidar, torna-se importante na parte preventiva, o paciente, no entanto, necessita de outros profissionais que compõem a equipe de assistência a saúde onde são responsáveis por todas as medidas que envolvem desde a avaliação até o processo de cuidar.

Após indagações, os enfermeiros demostraram possuir um bom conhecimento no que diz respeito aos fatores que podem desencadear as lesões por pressão, dentre esses fatores podemos citar entre os mais importantes: Hipertensão arterial/ Diabetes, Idade avançada, Umidade, Imobilidade, Fricção da pele, Nutrição, Umidade, Mobilidade física alterada, Elasticidade da pele, Calor, Má circulação sanguínea.

Os profissionais através de suas respostas, enfatizaram que ações preventivas e curativas relacionadas a LP'S são de fundamental importância, dentre elas podemos citar: a mudança de decúbito frequente a avaliação, hidratação de pele, a partir de (AGE), a proteção de proeminências ósseas, com artifícios para alternância de decúbito, o uso do curativo adequado, a identificação do paciente com risco ou desenvolvimento da LP.

Através da pesquisa verificou-se que o hospital não disponibiliza curativos industrializados, que seriam o ideal para obter-se sucesso no tratamento dessas

lesões por pressão, mas mesmo com todas as dificuldades os profissionais realizam o melhor tratamento possível dentro das condições de trabalho que lhe são disponibilizados.

Sendo assim, considera-se de grande importância, uma vez que o tratamento da LP, já instalada é complexa e demorada e requer intervenções e um cuidado abrangente, de uma equipe multiprofissional e treinada na regressão desta lesão. Não deixando de citar a importância da orientação que os profissionais repassam aos familiares sobre todos os cuidados que devem ser tomados para auxiliar no tratamento e até mesmo gerar uma qualidade na assistência a acamados e com isso até mesmo prevenir que essas lesões possam progredir.

Em relação à prevenção e cuidados, indagamos os profissionais no que diz respeito a frequência com que recebem treinamentos para tratar esse tipo de lesão, e constatou-se que no local de trabalho atual eles nunca receberam treinamento, alguns relataram que possuem provenientes de outros lugares que já trabalham e outros possuem por terem feito em outra cidade por conta própria. Onde verificou-se a necessidade de frequentes capacitações para esses profissionais poderem desenvolver seu trabalho de uma melhor forma.

Observou-se que o profissional enfermeiro apesar de todas as dificuldades exercem o seu trabalho de maneira digna, obtendo sucesso na maioria dos tratamentos, superando adversidades e dificuldades encontradas na Saúde pública nas esferas municipal, estadual e nacional.