

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM UM HOSPITAL PRIVADO DE RECIFE – PE

Autores: Santana, R.S.; Leão, E.N.C.; Souza, T.C.N.R.

INTRODUÇÃO: Embora sejam inúmeras as definições propostas para a lesão por pressão (LP), tem-se adotado aquela estabelecida pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), para o qual é uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre proeminência óssea, como consequência da pressão intensa e/ou prolongada ou da pressão em combinação com o cisalhamento.¹ Pessoas em situação de fragilidade, sobretudo aquelas com restrição de mobilidade e idade avançada estão mais propensa a desenvolver LP, afetando aproximadamente 9% de todos os pacientes hospitalizados, especialmente os idosos. Devido a sua complexidade, as LP podem se tornar um problema de difícil resolução, evoluindo para um quadro de dor, deformidades e tratamentos prolongados.² Além do envelhecimento cutâneo, que está envolvido diretamente na fisiopatogênese da LP, deve-se considerar a associação de outros fatores como as morbidades que produzam alterações neurológicas, mentais, nutricionais, de mobilidade, atividade e de incontinências.³ A prevenção é fator primordial para evitar a incidência das LP, para tanto, se torna primordial a correta avaliação de pele, a identificação dos indivíduos em risco de desenvolvê-las e o reconhecimento de que a LP é um problema que interfere na qualidade assistencial prestada, tornando o engajamento de toda equipe multiprofissional essencial para sucesso das medidas de prevenção e tratamento.⁴ **OBJETIVOS:** Identificar precocemente os indivíduos internados na instituição que apresentem fatores de risco para desenvolvimento de lesão por pressão e, diante disso, programar ações preventivas para redução dessa incidência. **METODOLOGIA:** A criação do protocolo de prevenção de LP teve início diante do alto índice deste agravo na instituição. Identificou-se que esta ocorrência liderava o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de estomaterapia (SE) do hospital. Foi desenvolvido um protocolo norteado pelas orientações da NPUAP e protocolos de outras instituições reconhecidas internacionalmente. Neste documento abrangeu-se conceito, fatores e escala de risco, classificações das LP, medidas de prevenção que deveriam ser implementadas, além da estruturação de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento conjunto e recomendações para o acompanhamento conjunto. De acordo com o protocolo, os pacientes seriam avaliados pelo enfermeiro da unidade no momento da admissão e diariamente através da inspeção minuciosa da pele e da aplicação da escala de Braden (instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de LP), ao qual o escore obtido definiria a conduta. A escala de Braden possui índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade adequadas, além de ter sido traduzida e validada para o português, o que motivou a sua escolha, como instrumento avaliador de risco para LP. A escala é composta de 6 subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Foi realizado um fluxograma assistencial com intervenções sistematizadas para os riscos leve, moderado, alto e severo de desenvolver uma LP. Entre as

intervenções podemos citar: a hidratação da pele com creme barreira, a prevenção da dermatite associada à incontinência, o uso de filme transparente em proeminências ósseas, a utilização de superfícies de suporte e o auxílio de coxins nas transferências e movimentação dos pacientes, além da intensificação do reposicionamento no leito a cada duas horas. Este documento foi validado pelos setores responsáveis da instituição e disponibilizado para o sistema interno do hospital. Diante dessa nova rotina que veio orientar a assistência de enfermagem, ficou clara a necessidade de capacitação das equipes, que foi realizada *in loco* utilizando recursos visuais com abrangência de todos os setores assistenciais da instituição. Foi elaborado um programa de treinamentos periódico pelo SE com ênfase em prevenção de LP para toda equipe de enfermagem. A medida utilizada para avaliar a eficácia do protocolo é a incidência de LP, que é determinada pela notificação no sistema informatizado da instituição. **RESULTADOS:** A identificação precoce do risco de desenvolvimento de LP trouxe um novo alerta e preocupação para toda equipe de enfermagem, sendo as medidas de prevenção já iniciadas no momento da admissão pelos próprios enfermeiros assistenciais respaldados pelo protocolo de prevenção de LP. Essa medida possibilitou maior engajamento de toda equipe de enfermagem a respeito da prevenção, com os enfermeiros assumindo as ações avaliativas e educacionais, e os técnicos de enfermagem incorporando as recomendações deste protocolo ao seu dia-dia. Esse documento também permitiu atuações integradas entre a equipe multiprofissional, estando envolvidos ativamente no processo o SE, o serviço de nutrição e a equipe médica, integrando uma assistência holística e individualizada. **CONCLUSÃO:** A implementação do protocolo de prevenção LP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das práticas assistenciais. Essa iniciativa liderada pelo enfermeiro, que deve estar constantemente capacitado, representa um esforço institucional que integra não só toda equipe de enfermagem, mas todos os envolvidos com a qualidade assistencial prestada. Sua implantação possibilitou algumas inovações na instituição, tais como: padronização de produtos de prevenção (creme barreira, película protetora, filme transparente) e de tratamento de alta tecnologia, aumento do número de colchões pneumáticos e de superfícies de suporte. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** O protocolo é uma ferramenta de sistematização da assistência de enfermagem, na medida que qualifica o cuidado prestado, devendo possibilitar a redução da incidência de LP e conseqüentemente a melhora no indicador de qualidade assistencial de enfermagem.

Referências bibliográficas:

1. National pressure ulcer advisory panel [internet]. Washington (EUA). [acesso 22 jun 2010]. Disponível em: <http://www.npuap.org>.
2. Freitas Maria Célia de, Medeiros Adriana Bessa Fernandes, Guedes Maria Vilani Cavalcante, Almeida Paulo César de, Galiza Francisca Tereza de, Nogueira Jéssica de Menezes. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Apr 22] ; 32(1): 143-150.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100019&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100019>.

3. Lucena Amália de Fátima, Santos Cássia Teixeira dos, Pereira Ana Gabriela da Silva, Almeida Miriam de Abreu, Dias Vera Lucia Mendes, Friedrich Melina Adriana. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 June [citado 2017 Apr 16] ; 19(3): 523-530. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300011&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300011>

4. Pedrosa IL, Silva MSML, Araújo AA, Schwanke CHA, DeCarli GA, Gomes I. Úlceras de pressão em idosos e não idosos: um estudo de coorte histórico. Online braz j nurs [Internet]. 2014 março [citado 2017 Apr 16] ; 13 (1): 82-91. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4111> . Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144111>

Eixo 3: Tecnologias sociais inovadoras: perspectivas para o cuidado á pessoa idosa.

Descritores: Avaliação em Enfermagem, Protocolos, Gestão de riscos.