



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES ACAMADOS COM
LESÃO POR PRESSÃO ASSISTIDOS NA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO DO HOSPITAL JOSINA MACHEL NO III
TRIMESTRE DE 2024**

Autora: Ruth Mavita Kiama

Orientadora: Yamilé Cárdenas Hernández, Lic.

Co-orientador: Miguel Pedro Mavunga, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES ACAMADOS COM
LESÃO POR PRESSÃO ASSISTIDOS NA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO DO HOSPITAL JOSINA MACHEL NO III
TRIMESTRE DE 2024

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Sob a orientação da Professora, Yamilé Cárdenas Hernández, Lic.

Autora: Ruth Mavita Kiama

Orientadora: Yamilé Cárdenas Hernández, Lic.

Co-orientador: Miguel Pedro Mavunga, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**CUIDADOS INTEGRAIS AOS PACIENTES ACAMADOS COM
LESÃO POR PRESSÃO ASSISTIDOS NA UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO DO HOSPITAL JOSINA MACHEL NO III
TRIMESTRE DE 2024**

O júri:

Presidente: _____

1º vogal: _____

2º vogal: _____

Secretário (a): _____

Classificação: _____

Data da Defesa _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

À minha família e especilamente aos meus pais Mavita Kiama e Cornélia Mayeta, que sempre me apoiaram com amor, paciência e compreensão. Sem vocês, este momento não seria possível. Agradeço pelo incentivo constante e pela fé em meu potencial.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder saúde, força e sabedoria ao longo de toda a minha trajetória acadêmica. Sem a sua graça e orientação divina, eu não teria alcançado esta importante conquista.

À minha família, em especial ao meu pai Mavita Kiama e Cornélia Mayeta Bodele, aos meus irmãos, Gloria, Gracia, Victor e Justino Mavita, aos meus Tios, Papy Mayeta, Aimé Frank Elonja, Hibraim Kalema, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo apoio incondicional, amor e compreensão durante toda a minha trajetória acadêmica.

Aos meus professores, Miguel Pedro Mavunga e Mauricio Mbassi, do Instituto Superior de Angola, minha sincera gratidão por compartilharem seu conhecimento e por sempre estimularem a busca pela excelência.

À minha orientadora professora Yamilé Cárdenas Hernández, pela orientação, paciência e incentivo constantes durante toda a elaboração deste trabalho.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) pela oportunidade de desenvolver minha formação acadêmica em um ambiente tão rico de conhecimento e aprendizado.

A todos os profissionais de enfermagem do Hospital Josina Machel, que contribuíram para o sucesso deste trabalho, seja por meio de entrevistas, orientações técnicas ou outras formas de apoio.

Aos meus amigos, Manuela Machado, Dorcas Monica, Adilson Campos e colegas de turma, Paulina Manzinga, Isabel António Taty, Pedro Domingos Miguel, que contribuíram com discussões enriquecedoras, apoio mútuo e, acima de tudo, com amizade. A troca de experiências e o trabalho em conjunto foram essenciais para o meu crescimento pessoal e acadêmico e a todos que, de alguma forma contribuíram para a realização desta monografia.

Os meus sinceros agradecimentos a cada apoio, sugestões ou palavras de incentivo foram valiosas e que me impulsionou a continuar a jornada até aqui.

EPÍGRAFE

Cada gesto de cuidado preventivo é
um avanço na luta contra as lesões
por pressão.

(Oliveira e Santos, 2021)

RESUMO

O presente trabalho visa a analisar os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo do Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024. Nesta investigação usou-se a pesquisa descritiva com os modelos de abordagem quantitativa e qualitativa, desta forma elaborou-se como pergunta de partida: Quais são os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo do Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024? Com esta pergunta elaborou-se as seguintes hipóteses: H1. Os cuidados integrais podem ser realizados através das medidas padronizadas para identificar o risco de lesão por pressão em pacientes acamados, H2. Os cuidados integrais podem depender da disponibilidade de recursos materiais, tecnológicos e humanos, bem como o suporte administrativo oferecido pelo hospital, H3. A implementação de estratégias preventivas pode servir para reduzir o risco de lesões por pressão em pacientes acamados. Traçamos como objectivo geral analisar os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na sala de cuidados intensivos do Hospital Josina Machel no terceiro trimestre de 2024. Objectivos específicos, identificar os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão; descrever as escalas utilizadas para os cuidados integrais de lesão por pressão. Propor sugestões que visem a melhorar os cuidados integrais aos pacientes com lesão por pressão pela equipe de enfermagem. Assim, os nossos objectivos e as hipóteses foram confirmadas.

Palavras - Chave: Cuidados integrais, Pacientes, Lesão por pressão e Unidade de tratamento intensivo.

ABSTRACT

The present work seeks to analyze the integral cares to the bedridden patients with lesion for pressure attended in the unit of intensive treatment of the Hospital Josina Machel in the III Quarter of 2024. In this investigation the descriptive research was used with the models of quantitative and qualitative approach, this way it was elaborated as departure question: Which are the integral cares to the bedridden patients with lesion for pressure attended in the unit of intensive treatment of the Hospital Josina Machel in the III Quarter of 2024? With this question it was elaborated the following hypotheses: H1. The integral cares can be carried out through measures to identify the risk of pressure injury in bedridden patients, H2. The integral care may depend on the readiness of resources material, technological and human, as well as the administrative support offered by the hospital, H3. Implementing preventive strategies can serve to reduce the risk of lesions for pressure in bedridden patients. We drew as general objective to analyze the integral cares to the bedridden patients with lesion for pressure attended at the room of intensive cares of the Hospital Josina Machel in the third quarter of 2024. Specific objectives, to identify the integral cares to the bedridden patients with lesion for pressure; to describe the scales used for the integral cares of lesion by pressure. To propose suggestions to seek to improve the integral cares to the patients with lesion for pressure for the nursing team. Like this, our objetivos and the hypotheses were confirmed.

Words - Key: Cares integral, Patient, Lesion for pressure and Unit of intensive treatment.

LISTA DE SÍGLAS

CFM: Conselho Federal de Medicina.

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory

FE: Factores Externos.

FI: Factores Internos.

HJM: Hospital Josina Machel.

IMC: Índice de Massa Corporal.

LPP: Lesão por Pressão.

NPIAP: National Pressure Injury Advisory Panel.

NPUP: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

PPPIA: Pan Pacific Pressure Injury Alliance.

TPN: Terapia por Pressão Negativa.

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo.

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1. Descrição da população e amostra.....	42
Tabela nº 2. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao gênero.....	44
Tabela nº 3. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a faixa etária.....	45
Tabela nº 4. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao nível de escolaridade.....	46
Tabela nº 5. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao tempo de serviço.....	47
Tabela nº 6. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a principal medida para identificar precocemente o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.....	48
Tabela nº 7. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a frequência com que os pacientes acamados devem ser reposicionados para prevenir ou evitar lesões por pressão.....	49
Tabela nº 8. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação as estratégias preventivas para a redução de lesão por pressão.....	50
Tabela nº 9. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao tempo de experiência que têm no cuidado de pacientes acamados com lesão por pressão.....	51
Tabela nº 10. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a escala mais utilizada para avaliar o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.....	52
Tabela nº 11. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a participação de actualizações ou treinamentos continuos.....	53

Tabela nº 12. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a inspeção diária da pele ser essencial para pacientes acamados com lesão por pressão.....54

Tabela nº 13. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a consideração da capital material e humano que presta atendimento ser suficiente para o número de pacientes por leito.....55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1. Descrição da população e amostra.....	42
Gráfico nº 2. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao gênero.....	44
Gráfico nº 3. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a faixa etária.....	45
Gráfico nº 4. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao nível de escolaridade.....	46
Gráfico nº 5. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao tempo de serviço.....	47
Gráfico nº 6. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a principal medida para identificar precocemente o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.....	48
Gráfico nº 7. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a frequência com que os pacientes acamados devem ser reposicionados para prevenir ou evitar lesões por pressão.....	49
Gráfico nº 8. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação as estratégias preventivas para a redução de lesão por pressão.....	50
Gráfico nº 9. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao tempo de experiência que têm no cuidado de pacientes acamados com lesão por pressão.....	51
Gráfico nº 10. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a escala mais utilizada para avaliar o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.....	52
Gráfico nº 11. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a participação de actualizações ou treinamentos continuos.....	53

Gráfico nº 12. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a inspeção diária da pele ser essencial para pacientes acamados com lesão por pressão.....	54
Gráfico nº 13. Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a consideração da capital material e humano que presta atendimento ser suficiente para o número de pacientes por leito.....	55

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
EPIGRÁFE.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
LISTA DE SIGLAS.....	VI
LISTA DE TABELAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de termos conceitos.....	5
1.1.1. Cuidados integrais.....	5
1.1.2. Pacientes.....	5
1.1.3. Lesão por pressão.....	6
1.1.4. Unidade de tratamento intensivo.....	7
1.2. Abordagem historica sobre lesão por pressão.....	8
1.2.1. Lesão por e seus efeitos fisiológicos.....	8
1.2.2. Factores de risco para lesão por pressão.....	13
1.2.3. Protocolos para avaliação do risco da lesão pressão	15
1.3. As escalas utilizadas para avaliar o risco das lesões por pressão.....	16
1.3.1. Escala de Braden.....	17
1.3.2. Escala de Norton.....	18
1.3.3. Escala de Waterlow.....	19
1.4. Sinais e sintomas da lesão por pressão.....	20
1.4.1. Sinais e sintomas segundo cada estágio.....	21
1.4.2. Sinais e Sintomas Comuns em Todos os Estágios.....	22
1.4.3. Complicações da lesão por pressão	22
1.4.4. Diagnóstico da lesão por pressão.....	23
1.4.5. Tratamento para a lesão por pressão.....	24
1.4.5.1. Cuidados com a pele.....	26

1.4.5.2. Nutrição adequada.....	26
1.4.5.3. Controle da dor.....	27
1.4.5.4. Monitoramento e avaliação contínuos.....	27
1.4.5.5. Tratamento de infecção.....	28
1.5. Educação e orientação à família e cuidadores.....	28
1.6. Prevenção da lesão por pressão.....	29
1.7. Cuidados de enfermagem a pacientes acamados com lesão por pressão.....	31
1.7.1. Reposicionamento frequente.....	31
1.7.2. Uso de dispositivos de alívio de pressão.....	32
1.7.3. Avaliação da pele.....	33
1.7.4. Higiene adequada.....	33
1.7.5. Hidratação e cuidados com a pele.....	34
1.7.6. Monitoramento da nutrição.....	35
1.7.7. Curativos utilizados.....	35
CAPITULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	37
2.1. Tipo de pesquisa.....	37
2.2. Modelo de abordagem	37
2.3. Níveis de estruturação de métodos	37
2.4. Técnica de recolha de dados.....	40
2.5. Instrumentos e procedimentos	40
2.6. População e amostra.....	41
2.7. Característica do Hospital Josina Machel.....	42
2.8. Dificuldades encontradas.....	43
CAPITULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	44
3.1. Análise, interpretação e apresentação do inquérito dirigida aos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel.....	44
CONCLUSÕES.....	56
SUGESTÕES.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A pesquisa relata sobre os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo do Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024.

As pesquisas científicas no campo da prevenção e tratamento de lesão por pressão (LPP) têm avançado significativamente nos últimos anos, fornecendo novas evidências e directrizes para a prática clínica. Em Angola, os estudos sobre cuidados aos pacientes acamados com lesão por pressão começaram a ser mais desenvolvidos a partir da década de 2000, com a chegada de protocolos internacionais de cuidados e a ampliação da formação contínua para enfermeiros e médicos. Antes disso, os cuidados eram mais limitados e não havia uma sistematização dos métodos de prevenção e tratamento, o que dificultava o controle dessa complicação, principalmente em pacientes acamados em longos períodos.

O estudo e a sistematização de cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão em hospitais públicos como o Hospital Josina Machel começaram a ganhar mais atenção nas últimas duas décadas, acompanhando a evolução da medicina, a capacitação de profissionais de saúde e a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar. A implementação de práticas e protocolos específicos tornaram-se mais robustas com foco crescente nas necessidades das unidades de tratamento intensivo.

A lesão por pressão (LPP) é uma condição prevalente e desafiadora no contexto hospitalar, especialmente entre pacientes intensivos. A ocorrência dessas lesões é um indicador significativo da qualidade do cuidado prestado e está associada a uma série de complicações, incluindo aumento de morbilidade, prolongamento do tempo de internação e elevação dos custos hospitalares. A abordagem integral ao cuidado desses pacientes é, portanto, uma necessidade premente para minimizar os impactos negativos e promover a recuperação.

Os pacientes acamados na unidade de tratamento intensivo encontram-se em um estado de vulnerabilidade extrema, muitas vezes incapaz de se movimentar de forma independente, o que o coloca em alto risco para o desenvolvimento de LPP.

Essa condição é agravado por factores como a imobilidade prolongada, desnutrição e desidratação, umidade excessiva e o uso inadequado de dispositivos médicos, que podem comprometer a integridade da pele e dos tecidos subjacentes. Neste cenário, a assistência de enfermagem assume um papel central, sendo responsável pela implementação de medidas preventivas e terapêuticas para evitar a progressão dessas lesões.

O aparecimento destas lesões podem ser originados pela falta de observação continua por parte dos enfermeiros, se evidência pouco capital humano de acordo a demanda de pacientes a serem assistidos, o tempo prolongado em uma mesma posição, a higienização inadequada deixando úmida a cama, como também a não aplicação das técnicas no procedimento de decúbito laterais.

Com base nestes aspectos e a nossa vivência diária, levantou-se a seguinte questão:

Quais são os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo do Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024?

Hipóteses:

H1. Os cuidados integrais podem ser realizados através das medidas padronizadas para identificar o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.

H2. Os cuidados integrais podem depender da disponibilidade de recursos materiais, tecnológicos e humanos, bem como o suporte administrativo oferecido pelo hospital;

H3. A implementação de estratégias preventivas pode servir para reduzir o risco de lesões por pressão em pacientes acamados.

Objectivos de estudo

Geral

Analisar os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivos do Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024.

Especificos

- ❖ Caracterizar os profissionais sociodemográfico segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço;
- ❖ Identificar os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão;
- ❖ Descrever as escalas utilizadas para os cuidados integrais de lesão por pressão;
- ❖ Propor sugestões que visam melhorar os cuidados integrais aos pacientes com lesão por pressão pela equipe de enfermagem.

Delimitação e Limitação de estudo

a) Delimitação

O presente trabalho delimitou-se no Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024.

b) Limitação

Este estudo limitou-se aos profissionais de Enfermagem que actuam na unidade de tratamento intensivos.

Justificativa

A escolha do tema foi movida por uma experiência pessoal vivenciada durante o período do meu estágio no Hospital Josina Machel, testemunhei alguns pacientes acamados com lesão por pressão, pude observar a dificuldade deles em não conseguir se higienizar, serem dependentes dos enfermeiros para as mudanças de posição, por estarem sujeitos a maior risco de complicação, assim sendo este trabalho não se limitará só em aumentar o meu conhecimento sobre os cuidados integrais prestados aos pacientes com lesão por pressão, mas também, ajudará os profissionais de enfermagem e não só.

Academicamente, este trabalho servirá de apoio para a biblioteca do Instituto Superior de Angola, afim de aprofundarmos os nossos conhecimentos sobre os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão e ampliar nossa compreensão sobre as especificidades dos mesmos cuidados.

É relevante devido à crescente incidência de pacientes acamados com lesão por pressão em todo mundo. Ao compreendermos melhor os cuidados integrais aos pacientes com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivos, poderemos fornecer as informações claras e educativas sobre a prevenção das lesões por pressão, a fim de evitar o aumento de pacientes nesta condição e contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde na comunidade.

Estrutura do trabalho

Este trabalho está estruturado em três capítulos:

No capítulo I. Fundamentação teórica, onde abordar-se-á as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;

No capítulo II. Metodologia de pesquisa, onde iremos tratar dos métodos e das técnicas que usaremos para a elaboração da pesquisa;

No capítulo III. Neste último capítulo foi a apresentados e discutidos os resultados da nossa pesquisa;

Conclusões;

Sugestões;

Referências Bibliográficas.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições de termos e conceitos

1.1.1. Cuidados integrais

Segundo Cynthia (2021), os cuidados integrais envolvem uma abordagem holística na gestão do paciente, integrando necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais para fornecer um atendimento abrangente e centrado no paciente. Destaca a colaboração entre profissionais de saúde e a continuidade do cuidado em diferentes contextos.

Na óptica de Deborah (2021), os cuidados integrais referem-se a uma abordagem coordenada que combina diversos serviços de saúde para atender às necessidades abrangentes dos pacientes. Enfatiza um modelo centrado no paciente que integra suporte médico, social e psicológico, garantindo a continuidade do cuidado em diferentes contextos e promovendo uma colaboração eficaz entre os profissionais de saúde.

Para Silva e Ferreira (2021), os cuidados integrais em saúde envolvem a coordenação de múltiplas disciplinas para assegurar que todas as dimensões do bem-estar do paciente sejam atendidas, especialmente para aqueles em estado de imobilidade prolongada.

Entende-se que os cuidados integrais são abordagem que visa atender às necessidades de saúde de uma pessoa de forma holística e contínua. Isso significa que não se foca apenas no tratamento de doenças, mas também na promoção da saúde e na prevenção de enfermidades, considerando o bem-estar físico, mental e social do paciente.

1.1.2. Pacientes

Segundo Michael (2022), os pacientes devem ser vistos como centrais no sistema de saúde, com suas necessidades e experiências orientando o design e a prestação do cuidado. Isso envolve focar nos resultados de saúde que são mais importantes para eles e garantir que o cuidado seja coordenado, eficaz e respeitoso com suas preferências e valores.

Na visão de Rosenthal (2022), os pacientes são centrais no sistema de saúde, e suas experiências e necessidades devem orientar a prestação e a reforma do cuidado. Isso significa focar nos desafios reais que enfrentam, garantir que tenham acesso a cuidados de qualidade e envolvê-los activamente nas decisões sobre seu tratamento e gestão da saúde.

Refere Onie (2022) que, os pacientes não são apenas indivíduos com condições médicas; são pessoas com as vidas afetadas por factores sociais, económicos e ambientais. Uma abordagem holística ao cuidado dos pacientes envolve a consideração desses determinantes mais amplos da saúde para garantir que os pacientes recebam o suporte abrangente de que precisam para gerenciar sua saúde de forma eficaz.

Percebe-se que, os pacientes são indivíduos que recebem cuidados médicos ou de enfermagem, cuidados mentais ou emocionais. Eles podem estar buscando tratamento para uma condição específica, realizando exames de rotina, ou recebendo cuidados preventivos.

1.1.3. Lesão por pressão

Segundo Barakat-Johnson, et. al. (2020), afirma que, lesões por pressão são definidas como danos localizados na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultantes de pressão sustentada, incluindo pressão associada ao cisalhamento.

Na perspectiva de Blac, et. al. (2020), lesões por pressão são definidas como danos localizados na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionadas ao uso de dispositivos médicos, resultantes de pressão prolongada ou pressão combinada com cisalhamento.

Segundo Michael (2022), lesões por pressão são danos localizados na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultantes de pressão ou pressão combinada com cisalhamento.

Compreende-se que a lesão por pressão é uma ferida localizada na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, causada por pressão continua ou fricção.

1.1.4. Unidade de tratamento intensive

A unidade de tratamento intensivo é definida como um ambiente hospitalar estruturado com recursos humanos, técnicos e organizacionais que possibilitam a monitorização contínua e o suporte de funções vitais de pacientes em estado crítico, onde o atendimento se caracteriza pela alta complexidade e por protocolos rigorosos de segurança (CFM, 2022).

Na óptica de Ferreira (2022), UTI é um ambiente hospitalar de alta complexidade que integra tecnologias modernas e uma equipe multidisciplinar com o objectivo de monitorar continuamente os pacientes em situações críticas, proporcionando intervenções rápidas e eficazes.

Oliveira (2022), descreve a UTI como um ambiente onde se articula a tecnologia, a capacitação profissional e a organização dos processos de cuidado de forma integrada, visando oferecer suporte vital contínuo a pacientes com risco elevado de morte.

De acordo com Thompson & Williams (2021), cuidados intensivos são definidos pela necessidade de monitoramento e intervenção contínua em pacientes com condições críticas. Este campo exige uma abordagem altamente especializada e integrada para fornecer suporte vital e tratar disfunções múltiplas simultaneamente.

Confere Garcia & Patel (2021) que, os cuidados intensivos referem-se a um conjunto de práticas e intervenções especializadas destinadas a pacientes com condições críticas que requerem monitoramento e suporte contínuos. Este campo integra tecnologia avançada e cuidados clínicos intensivos para gerenciar e tratar as disfunções múltiplas e complexas dos pacientes.

Segundo Chen, & Robinson (2021), os cuidados intensivos são definidos como a prestação de suporte médico altamente especializado e monitoramento contínuo para pacientes com condições graves e potencialmente fatais. A abordagem é caracterizada pela aplicação intensiva de recursos médicos e tecnológicos para estabilizar e tratar disfunções orgânicas complexas.

Entendesse que a (UTI) é um sector ou área hospitalar que presta assistência em pacientes em estado grave ou crítico, que precisam de monitoramento constante.

1.2. Abordagem histórica sobre lesão por pressão

No século XIX, Florence Nightingale, pioneira da enfermagem moderna, destacou a importância da prevenção de úlceras por pressão em soldados feridos na Guerra da Crimeia (1853-1856), incentivando mudanças de posição, higiene e nutrição adequada, com o avanço da medicina e enfermagem, estudos científicos começaram a identificar os factores de risco das lesões por pressão. Em 1950, surgiram os primeiros colchões especiais para redistribuição da pressão, na década de 1980, foi criada a Escala de Braden, um método para avaliar o risco de desenvolver úlceras por pressão.

Em Abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), organização norte-americana sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia úlcera por pressão para “Lesão por pressão”.

De acordo com Saraiva, et. al., (2014), as lesões de pressão se desenvolvem quando os capilares que suprem a pele e os tecidos subcutâneos são comprimidos o suficiente para impedir a perfusão, levando à necrose tecidual. entendemos que a pressão sanguínea normal dentro dos capilares varia de 20 a 40 mmHg; 32 mmHg é considerado a média. Assim, manter a pressão externa inferior a 32 mm Hg deve ser suficiente para prevenir o desenvolvimento de úlceras por pressão.

No entanto, a pressão arterial capilar pode ser inferior a 32 mm Hg em pacientes críticos devido à instabilidade hemodinâmica e comorbidades; assim, pressões aplicadas ainda mais baixas podem ser suficientes para induzir ulceração neste grupo de pacientes.

Souza, et. al., (2020), afirma que as lesões por pressão podem se desenvolver dentro de 2 a 6 horas. Portanto, a chave para a prevenção de úlceras por pressão é identificar com precisão e rapidamente os indivíduos em risco, para que medidas preventivas possam ser implementadas.

1.2.1. Lesão por pressão e seus efeitos fisiológicos

Dentre os vários tipos de feridas existentes, as lesões por pressão (LPPs) são as mais proeminentes, e são lesões na pele ou tecidos moles, geralmente ocorrendo sobre protuberâncias ósseas ou associadas ao uso de dispositivos médicos ou outros artefatos. Conforme (Sobest e Sobende, 2016), as lesões podem aparecer como pele intacta ou úlceras abertas causadas por pressão intensa e prolongada ou cisalhamento associado à perfusão tecidual alterada.

Para Messer (2012), a perfusão tecidual, é muito importante no envolvimento da pressão capilar, que garante o transporte contínuo de gases e nutrientes pelo sangue. Quando a pressão tecidual interna excede a pressão capilar (32 mmHg) por mais de 2 horas, pequenos vasos sanguíneos se fecham, afetando o fluxo sanguíneo, principalmente na microcirculação. A interrupção da oxigenação e do suprimento de nutrientes para as células neste local pode levar à necrose tecidual. Em relação ao tempo, pesquisas mostraram que a exposição à alta pressão pode causar lesões em um período de tempo menor, além dos outros factores e forças envolvidas.

De acordo com Messer (2012), a força de cisalhamento é uma força que produz tensões mecânicas paralelas ao plano de interesse. Essa força relacionada à gravidade e ao atrito pode causar deformação e danos aos pequenos vasos sanguíneos e linfáticos que se ligam ao músculo. Vários estudos em animais mostraram que a presença dessa força pode reduzir em 50% o tempo e a intensidade do estresse necessário para produzir dano tecidual. O que gera preocupações quanto ao transporte de pacientes e cuidados com a mobilidade em determinados procedimentos.

Segundo Sobest e Sobende, (2016), a LPP é dividida em seis categorias de acordo com o grau de envolvimento da pele e do tecido subcutâneo: estágio I, estágio II, estágio III, estágio IV, "inclassificável" e " lesão por pressão de tecido profundo ". As definições foram assinadas em 2016 em uma conferência organizada pelo NPUAP em Rosemont, Chicago, e além de alterar a nomenclatura, concordaram em sua classificação por consenso com mais de 400 profissionais da área.

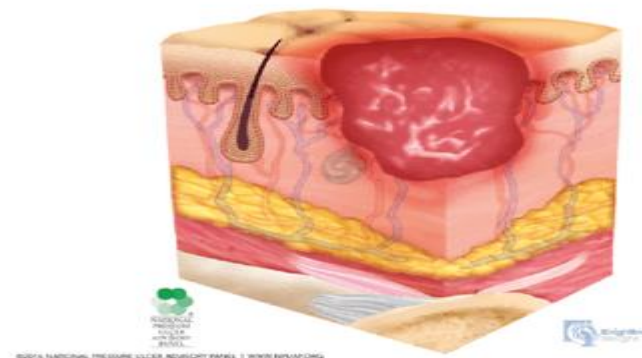
O estágio I: é caracterizado por eritema que não branqueia, geralmente sobre saliências ósseas. Em pessoas com pele mais escura, a identificação pode ser mais difícil, mas sinais como dor, temperatura ou consistência da pele relacionados ao tecido adjacente podem preceder as alterações visuais. Esta classificação não inclui alterações de cor, descoloração roxa ou marrom, que podem indicar dano tecidual profundo, (NPUAP, 2016).

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented



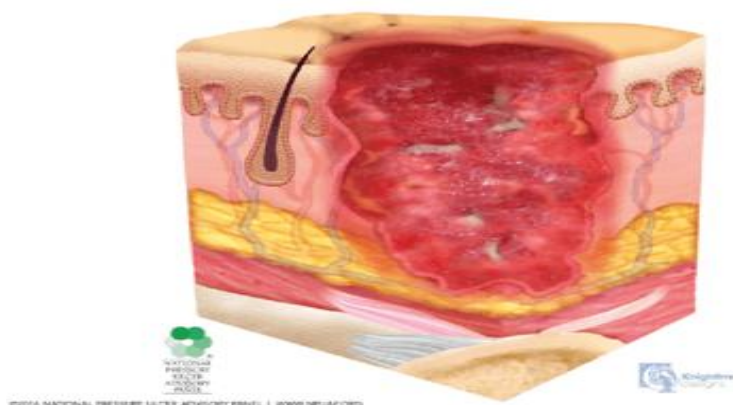
Fonte: Copyright National pressure úlcera Advisory Panel – NPUAP (2016)

O estágio II: perda parcial da derme, geralmente se apresenta como lesão epidérmica superficial com leito róseo ou vermelho sem tecido de granulação, esfacelo ou escara. Também pode aparecer como bolhas fechadas ou rompidas cheias de líquido seroso. Esta categoria não deve ser usada para descrever lesões relacionadas à umidade, dermatite relacionada à incontinência, dermatite intersticial, lesões ou traumas relacionados a adesivos médicos (fictícios, queimaduras, abrasões) (NPUAP, 2016).



Fonte: Copyright National pressure úlcera Advisory Panel – NPUAP (2016)

O estágio III: toda a espessura da pele é descamada e o tecido adiposo é exposto, mas não são visíveis fásCIAS, músculos, tendões, ligamentos, cartilagens ou ossos. Sua profundidade dependerá da localização anatômica. Tecido de granulação, esfacelo e escara podem estar presentes, e quando essas lesões identificam a extensão da perda tecidual, é classificada como “lesão inclassificável” (NPUAP, 2016).



Fonte: Copyright National pressure úlcera Advisory Panel – NPUAP (2016)

O estágio IV : há perda completa de tecido devido à exposição de fásCIA, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. O tecido desviado é comumente encontrado em certas partes do leito da ferida, e sua profundidade depende da localização anatômica. Quando esfacelo ou escara interferem na identificação da extensão da lesão, esta deve ser classificada como "lesão inclassificável" (NPUAP, 2016).



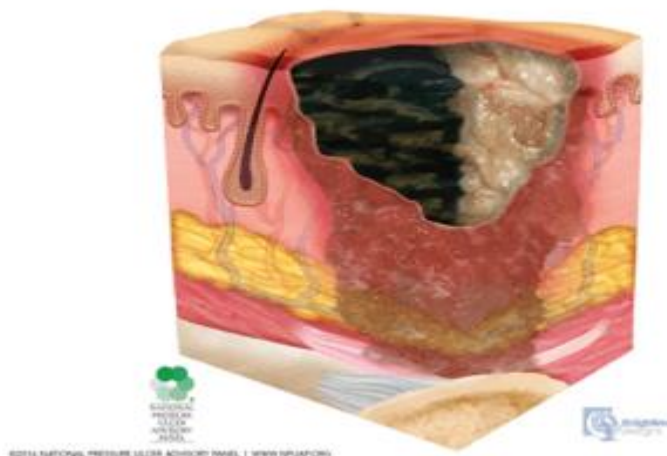
Fonte: Copyright National pressure úlcera Advisory Panel – NPUAP (2016)

Para NPUAP (2016), a classificação de "lesão inclassificável" é aquela em que a profundidade não pode ser determinada por estar coberta por uma camada de tecido desativado ou necrótico. Quando o esfacelo ou escara é removido, pode ser definido como estágio três ou estágio quatro. Para escaras estáveis, não devem ser removidas em membros isquêmicos ou no calcâneo.

LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL



LESÃO POR PRESSÃO NÃO CLASSIFICÁVEL – ESCARA E ESFACELO



Fonte: Copyright National pressure úlcera Advisory Panel – NPUAP (2016)

Segundo NPUAP, (2016), a lesão por pressão do tecido profundo é quando a pele está intacta, mas há sinais de vermelho escuro, roxo ou bolhas com exsudato sangrento. São resultado de estresse intenso ou prolongado associado a forças de cisalhamento na interface osso-músculo.

Freitas, et al., (2015), afirma que o desenvolvimento de LPP está associado a diversos factores de risco, que a maioria dos autores classifica como

externos (FE) ou/e internos (FI). FE são aquelas associadas a factores ambientais que podem influenciar o surgimento de LPP individuais. FI são aqueles traços associados às características próprias do indivíduo que favorecem o surgimento da LPP.

Ilustracção de imagem real contextualizada de lesão por pressão feita no Hospital Josina Machel, (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

1.2.2. Factores de risco para lesão por pressão

O surgimento da LPP é muito recorrente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Segundo Vasconcelos, et. al. (2017). Vários factores colaboram para o surgimento desse tipo de lesão, entre eles estão factores externos, tais como pressões, cisalhamento e fricção, e factores intrínsecos, por exemplo, isquemia, fibrose local, diminuição do controle autonômico, infecções, idade do paciente, perda do tato, imobilidade, incontinência fecal e urinária, anemia, umidade da pele, desnutrição, dor, sedação, diabetes, lesão ortopédica, além de doenças mentais como depressão.

Para Mervis, et. al. (2018), afirma que:

O surgimento das LPPs é favorecido quando a massa corporal do paciente exerce uma força descendente sobre a pele e sobre o tecido subcutâneo, que estão sobre uma proeminência óssea e uma superfície externa, como um colchão ou almofada de cadeira de rodas. Pacientes deitados de forma inclinada podem sofrer atrito e cisalhamento, o que acomete os vasos capilares e contribuem para uma hipóxia tecidual. Isso ocorre porque, quando o paciente é deitado inclinado, a força descendente da gravidade é contrariada pelo atrito/fricção, que impede a pessoa de deslizar para baixo na cama. Dessa forma, o cisalhamento pode ocasionar a obstrução do fluxo sanguíneo, pois os vasos podem ficar presos entre a pele e o osso, e consequentemente, são distorcidos ou comprimidos. Já o aumento de umidade, ocasionado pela transpiração ou pela incontinência, pode macerar a pele, o que a deixa mais vulnerável à ruptura com fricção e reposicionamento.

Segundo Campos, et. al. (2010), a tolerância tecidual também tem relação com o surgimento de LPP, pois a umidade é um factor que favorece a intolerância tissular.

Para Rockenbach, et. al. (2012), os doentes têm redução do tecido subcutâneo e muscular, o que leva ao comprometimento do fluxo sanguíneo e, consequentemente, a uma redução da oxigenação, nutrição e hidratação da pele, além disso, há diminuição da eficiência do sistema renal, circulatório, respiratório, além de redução das sensações.

Segundo Mervis, et. al. (2018), a pressão realizada por dispositivos médicos também pode causar lesões por pressão. A lesão de reperusão, que acontece quando há retorno do suprimento sanguíneo depois da ocorrência de isquemia, é considerada como um dos fatores de dano tecidual levando a LPP, uma vez que esse processo pode levar a formação de espécies reativas de oxigênio, causando uma resposta inflamatória.

Para Campos, et. al. (2010), medicamentos como sedativos e analgésicos podem contribuir para o desenvolvimento da lesão, por diminuírem a sensação de dor e prejudicarem a mobilidade do paciente. Os agentes hipotensores impactam o fluxo sanguíneo, pois diminuem a perfusão dos tecidos, tornando-os mais vulneráveis à pressão.

Araújo, et. al. (2011), afirma que, o período de hospitalização prolongado é um importante factor de risco para o desenvolvimento de LPP. Por outro lado, a presença de LPP pode aumentar o tempo de internação, não há um consenso a respeito de quanto tempo de hospitalização é necessário para o desenvolvimento da lesão por pressão, porém, a literatura aponta que após 24 horas de internação a LPP já pode se desenvolver ou, até mesmo, entre 10 a 15 dias após a hospitalização.

Segundo Pedroni, et. al. (2014), o índice de massa corporal (IMC) abaixo de 18,5 kg/m² também é um factor de risco, pois a diminuição de gordura corporal e da massa muscular retira a protecção contra a pressão dos ossos em áreas proeminentes do corpo, como a região sacral e calcânea. “A desnutrição protéico-calórica grave altera a regeneração tissular, a reacção inflamatória e a função imune”, o que aumenta o risco para desenvolver LPP.

Para Walden, et. al. (2013), a obesidade também pode ser um factor de risco para o desenvolvimento da lesão por pressão, devido à propensão à imobilidade desses pacientes, a produção de suor aumentada, umidade da pele, má circulação e maior pressão sobre áreas mais vulneráveis como sacro, cóccix e calcanhar.

1. Factores de risco comuns

- Imobilidade: Pacientes que permanecem em uma mesma posição por longos períodos (como acamados ou com mobilidade limitada) têm maior risco de desenvolver lesões por pressão.
- Falta de nutrição adequada: A desnutrição pode enfraquecer a pele, tornando-a mais vulnerável à pressão prolongada.
- Incontinência urinária ou fecal: A umidade constante pode aumentar o risco de lesões por pressão, especialmente em áreas como o sacro e as nádegas.
- Idade avançada: A pele de pessoas mais velhas tende a ser mais fina e menos resistente ao dano.

1.2.3. Protocolos de avaliação do risco da lesão por pressão

Os protocolos de cuidados integrais para pacientes acamados com lesão por pressão (também conhecidas como úlceras de pressão ou escaras) envolvem práticas de prevenção, tratamento e monitoramento contínuo, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, evitar complicações e acelerar a recuperação.

Estes protocolos são baseados em directrizes de saúde internacionais e adaptados para as necessidades clínicas de cada paciente.

Segundo EPUAP, NPIAP, PPPIA, (2019). Os protocolos da lesão por pressão abrangem os seguintes aspectos:

1. Avaliação de Risco: Utilização de ferramentas padronizadas, como a Escala de Braden, para identificar pacientes em risco de desenvolver lesões por pressão.
2. Inspeção da Pele: Exame regular da pele, especialmente sobre proeminências ósseas, para detectar sinais precoces de lesão.
3. Reposicionamento: Mudança frequente de posição do paciente para aliviar a pressão e prevenir lesões.
4. Superfícies de Suporte: Uso de colchões e almofadas especiais que redistribuem a pressão, reduzindo o risco de lesões.
5. Nutrição Adequada: Garantia de ingestão nutricional suficiente para promover a integridade da pele e a cicatrização.
6. Higiene e Hidratação da Pele: Manutenção da pele limpa e hidratada para prevenir lesões e promover a cicatrização.
7. Educação e Treinamento: Capacitação contínua de profissionais de saúde, pacientes e cuidadores, sobre as medidas preventivas e de tratamento.
8. Documentação e Monitoramento: Registro sistemático das avaliações e intervenções realizadas, permitindo o acompanhamento da evolução do paciente.

No entanto, a existência desses protocolos têm como finalidade orientar os profissionais da saúde, gestores hospitalares e cuidadores na prevenção, identificação precoce e tratamento eficaz das lesões por pressão, que impactam directamente na qualidade de vida dos pacientes, especialmente os acamados ou com mobilidade reduzida.

1.3. As escalas utilizadas para avaliar o risco das lesões por pressão

A avaliação de risco é uma ferramenta eficaz na prevenção das úlceras por pressão e é importante desse tipo de instrumento para nortear acções de enfermagem, no que diz respeito ao uso adequado e racional das medidas preventivas, para redução do tempo de internação hospitalar, dos custos com o

tratamento e, sobretudo, diminuir o sofrimento e dor dos pacientes, (Rocha e Barros, 2007).

O uso desses instrumentos deve sempre estar associado ao julgamento clínico do enfermeiro, para norteá-lo na implementação de acções de enfermagem condizentes com o risco de cada paciente. Ibidem.

Araújo, et. al. (2011), comentam que, existem cerca de 40 escalas para avaliar o risco de um paciente desenvolver esse tipo de lesão, no entanto, muitos desses não descrevem os pesos atribuídos aos factores de risco nem realizam análises estatísticas corretas. Algumas escalas são mais consistentes e, por isso, são as mais utilizadas atualmente, como as escalas de Braden, Norton, Waterlow.

1.3.1. Escala de Braden

Segundo Braden, & Bergstrom (1988), a escala de Braden é uma das ferramentas mais utilizadas mundialmente para avaliar o risco de lesões por pressão, ela considera seis factores que influenciam o risco de lesões por pressão:

- Percepção sensorial: A capacidade do paciente de perceber e responder ao desconforto causado pela pressão.
- Umidade: A quantidade de umidade na pele do paciente, que pode aumentar o risco de lesões.
- Atividade: O nível de mobilidade do paciente, que influencia a distribuição da pressão sobre as áreas do corpo.
- Mobilidade: A capacidade do paciente de se mover e mudar de posição.
- Nutrição: O estado nutricional do paciente, que afeta a saúde da pele e a cicatrização.
- Fricção e cisalhamento: A presença de fatores que contribuem para a pressão excessiva na pele, como movimento repetido ou deslizamento.
- Pontuação: A escala atribui uma pontuação de 1 a 4 (ou 1 a 3 em alguns casos) para cada fator, com a pontuação total variando de 6 a 23. Quanto menor a pontuação, maior o risco de desenvolvimento de lesões por pressão. Geralmente, uma pontuação de 16 ou abaixo é considerada indicativa de risco.

Para Costa, et. al. (2005), a Escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco altamente utilizado na prática clínica, devido à sua maior sensibilidade, especificidade e validade.

Segundo Borghardt, et. al. (2015) citado por Wechi, et. al. (2017), É uma escala que avalia percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Pacientes com pontuação abaixo de 16 pontos têm alto risco de desenvolver lesão por pressão e pacientes que pontuam acima de 16 pontos, baixo risco, sendo a pontuação máxima 23 pontos.

1.3.2. Escala de Norton

Norton, et. al. (1962) realça que, a Escala de Norton é uma das primeiras escalas desenvolvidas para avaliar o risco de lesões por pressão e ainda é amplamente utilizada em muitos contextos, ela avalia cinco factores:

- ✓ Condição física: O estado geral de saúde do paciente.
- ✓ Estado mental: A capacidade do paciente de perceber e reagir a estímulos de desconforto.
- ✓ Actividade: A mobilidade do paciente e a sua capacidade de movimentar-se sozinho.
- ✓ Mobilidade: A habilidade do paciente de mudar de posição.
- ✓ Incontinência: A presença de incontinência urinária ou fecal, que pode causar umidade excessiva e contribuir para lesões na pele.
- ✓ Pontuação: A escala atribui pontuações de 1 a 4 para cada factor. A pontuação total varia de 5 a 20, sendo que quanto menor a pontuação, maior o risco de desenvolver lesões por pressão. Pontuações inferiores a 14 indicam alto risco.

Conforme Araújo, et. al. (2011), a escala de Norton avalia a condição física, nível de consciência, actividade, mobilidade e incontinência, sendo cada uma dessas variáveis pontuadas de 1 a 4. A soma dos cinco resultados são interpretados

da seguinte forma: pacientes que obtêm resultados menores que 14 pontos têm risco de desenvolver a LPP e valores menores que 12 indicam alto risco. Logo, quanto menor for o somatório final, maior será o risco do aparecimento de LPP.

Abaixo a figura de Escala de Norton:

www.romulopassos.com.br

Escala de Norton									
Condição Física		Condição Mental		Atividade		Mobilidade		Continência	
Boa	4	Alerta	4	Deambulante	4	Total	4	Sem	4
Moderada	3	Apática	3	Anda com ajuda	3	Ligeiramente limitada	3	Ocasional	3
Ruim	2	Confusa	2	Em cadeira de rodas	2	Limitada	2	Usualmente	2
Muito ruim	1	Estuporosa	1	Acamado	1	Muito limitada, imóvel	1	Dupla	1

Curso Completo de Enfermagem para Concursos

Fonte: Araújo, et. al. (2011).

1.3.3. Escala de Waterlow

Segundo Waterlow, (1985), a Escala de Waterlow é uma ferramenta amplamente utilizada, especialmente em países da Europa, para avaliar o risco de lesões por pressão. Ela é composta por uma série de factores de risco, incluindo condições físicas, comportamentais e clínicas.

1. Factores avaliados:

- Histórico de úlceras por pressão: Pacientes com histórico prévio têm maior risco.
- Condição física: Considera a mobilidade e a atividade do paciente.
- Estado nutricional: Avalia a nutrição, incluindo a presença de desnutrição.

- Incontinência: Considera a presença de incontinência urinária ou fecal.
- Idade: Idosos têm maior risco devido à pele mais frágil e mobilidade reduzida.
- Factores de saúde: Condições como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias que afetam a circulação e a cicatrização.
- Pontuação: A escala atribui uma pontuação a cada factor. Uma pontuação de 10 ou abaixo é geralmente considerada risco baixo, de 10 a 15 risco moderado e acima de 15 risco alto.

Na óptica de Kottner, et. al. (2020) e Blanes, et. al. (2014) afirma que a escala de Waterlow avalia sete tópicos principais: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, medicações, subnutrição do tecido celular, deficit neurológico, tempo de cirurgia acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar. Conforme essa escala, pacientes que pontuam entre 10 e 14 pontos têm risco de desenvolver LPP, já a pacientes que obtêm entre 15 e 19 pontos têm alto risco e pontuação maior que 20 indica elevado risco de desenvolvimento de LPP.

Tanto quanto as outras escalas mencionadas acima, a escala de Braden é a mais utilizada no Hospital Josina Machel, por ser uma ferramenta simples, rápida e eficaz para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes hospitalizados, especialmente na UTI.

1.4. Sinais e sintomas de lesão por pressão

Segundo NPIAP (2021), os sinais e sintomas iniciais de lesões por pressão incluem a presença de eritema (vermelhidão) persistente na pele, que não desaparece após a remoção da pressão. À medida que a lesão se desenvolve, a área afectada pode tornar-se mais quente ao toque e o paciente pode relatar dor ou desconforto no local. Conforme a lesão progride, pode ocorrer ulceração, necrose e, em casos graves, infecção.

Segundo Lippincott, (2020), os sinais de uma lesão por pressão podem variar dependendo do estágio da lesão. Nos estágios iniciais, a pele pode parecer vermelha e estar aquecida, mas ainda intacta. Nos estágios mais avançados, podem aparecer úlceras visíveis, com exsudato e necrose tecidual. Pacientes com mobilidade limitada, como aqueles acamados, são mais suscetíveis a essas lesões,

e é crucial monitorar regularmente as áreas de risco para detectar os sinais precoces de dano à pele.

1.4.1. Sinais e sintomas segundo cada estágio

Estágio I: Eritema (vermelhidão) e alterações na pele.

Sintomas: A pele pode estar avermelhada, aquecida ou endurecida, mas permanece intacta, ou seja, sem ruptura da pele. A área pode estar dolorida, com sensação de queimação ou irritação.

Sinais: O eritema (vermelhidão) não desaparece quando a pressão é aliviada e persiste por mais de 30 minutos. A pele pode ficar mais escura ou mais clara do que o normal, dependendo do tom da pele do paciente.

Estágio II: Perda parcial da pele.

Sintomas: O paciente pode relatar dor local e sensação de ardor na área afetada.

Sinais: Há uma ferida aberta, com perda parcial da espessura da pele, que pode ser uma bolha, úlcera superficial ou esfoliação da pele. A área pode apresentar exsudato claro ou sanguinolento.

Estágio III: Perda total da pele.

Sintomas: O paciente pode apresentar dor intensa ou sensibilidade na área afetada. A dor pode ser especialmente forte à medida que a lesão se aprofunda.

Sinais: Neste estágio, há perda total da espessura da pele, com exposição do tecido subcutâneo. Pode haver necrose de tecidos na área, e a ferida pode se expandir para formas mais profundas, afetando os músculos e tecidos adiposos.

Estágio IV: Lesão profunda com dano extensivo.

Sintomas: O paciente pode relatar dor intensa na área afetada. A dor pode se intensificar com a progressão da lesão.

Sinais: Neste estágio, a perda total da espessura da pele é observada, com exposição de músculos, tendões, ossos ou estruturas de suporte. Pode

haver necrose profunda com áreas de esfacelo, fibrina ou gangrena. A ferida pode ser ampla e profunda, com destruição significativa dos tecidos.

1.4.2. Sinais e sintomas comuns em todos os estágios

- Dor: A dor local pode ser um dos primeiros sinais de que a pressão está causando dano à pele. Pacientes frequentemente relatam desconforto nas áreas afetadas.
- Alterações na Cor da Pele: Mudanças na cor da pele (vermelhidão, arroxeadado, pálido ou até escurecido) são comuns. No estágio I, o eritema persiste após a remoção da pressão. No estágio II, a perda de pele é visível.
- Aquecimento da Pele: A área afetada pode estar mais quente ao toque em comparação com a pele ao redor, indicando inflamação.
- Edema: O inchaço ao redor da área pode ser um sintoma inicial das lesões por pressão.
- Exsudato: A liberação de fluido da ferida (exsudato) pode ocorrer conforme a lesão avança para os estágios II, III e IV. O tipo de exsudato pode variar, podendo ser claro, sanguinolento ou purulento, dependendo da gravidade e da presença de infecções.

Patton & Deiter. (2020), detalha que, o desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes acamados pode ser iniciado com sinais sutis, como alteração na cor da pele, que passa a apresentar uma tonalidade mais avermelhada, arroxeadada ou pálida. Pacientes frequentemente relatam sensação de dor ou ardência na área afetada, que, se não tratada, pode evoluir para ulceração, com tecido necrosado ou áreas profundas de feridas abertas. A mobilização frequente e o uso de dispositivos de alívio de pressão são essenciais para a prevenção.

1.4.3. Complicações da lesão por pressão

Segundo Oliveira & Souza (2020), uma das complicações mais comuns das lesões por pressão é a infecção. As lesões por pressão podem se tornar um ponto de entrada para patógenos, o que pode levar a infecções locais ou sistêmicas, como septicemia, se não forem tratadas adequadamente.

Para Costa & Santos (2021), as lesões por pressão causam dor intensa, o que piora a qualidade de vida do paciente e pode afectar o seu estado emocional. A dor também está associada ao processo de cicatrização, retardando a recuperação e exigindo um manejo eficaz.

Segundo Lima & Oliveira (2022), realça que:

A dificuldade na cicatrização das lesões por pressão é uma complicação significativa, especialmente em pacientes com condições de lesões mais profundas e complexas. As lesões por pressão não apenas afectam a integridade da pele e o bem-estar físico, mas também têm um impacto profundo na qualidade de vida dos pacientes acamados. Pacientes com lesões por pressão experimentam uma perda significativa de funcionalidade, com muitas vezes a perda da capacidade de realizar actividades diárias básicas, o que aumenta a dependência dos cuidados de enfermagem. Isso resulta em um ciclo contínuo de perda progressiva da integridade ou funcionalidade do corpo. A dor crônica, a mobilidade limitada e a necessidade de assistência contínua afetam o estado emocional dos pacientes, muitas vezes levando a sentimentos de vergonha, depressão e angústia.

Em um estudo realizado por Souza e Almeida (2020), observou-se que os pacientes com lesões por pressão de estágio mais avançado estavam significativamente mais inclinados a relatar um impacto negativo na sua qualidade de vida, comparado aos pacientes sem essas lesões. Eles também indicaram que a dor constante e a incapacidade de se mover livremente eram as principais causas de seu sofrimento, o que resultava em uma diminuição substancial na sua autoestima e nas suas interações. Este estudo destaca a importância de um manejo adequado das lesões por pressão, não só para evitar complicações físicas como infecções e necrose, mas também para melhorar a saúde mental e emocional dos pacientes promovendo uma recuperação mais holística e eficaz.

Para Ferreira, et. al. (2021), lesões por pressão, especialmente em estágios mais avançados, podem desencadear complicações sistêmicas graves, que colocam a vida do paciente em risco. A infecção é uma das complicações mais comuns, com o desenvolvimento de sepse devido à contaminação das úlceras por bactérias patogênicas. Este processo infeccioso pode rapidamente se disseminar para a corrente sanguínea e levar a falência de múltiplos órgãos, caso não seja tratado de

forma eficaz. No entanto, a infecção não é a única complicação sistêmica associada às lesões por pressão. A dor crônica resultante das lesões pode causar estresse físico e psicológico, contribuindo para a instabilidade metabólica e até mesmo para descompensações em pacientes com doenças preexistentes, como diabetes mellitus ou insuficiência renal.

Também demonstrou que pacientes com lesões por pressão, particularmente os que tinham infecções associadas, apresentavam uma taxa de mortalidade significativamente mais alta do que aqueles sem essas complicações. Além disso esses pacientes frequentemente necessitam de intervenções invasivas, como desbridamento cirúrgico ou amputação de membros afetados, o que prolonga a hospitalização e aumenta o risco de complicações adicionais, como trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

1.4.4. Diagnóstico da lesão por pressão

Conforme Schaefer, et al., (2021), o diagnóstico das lesões por pressão em unidades de terapia intensiva começa com a avaliação visual cuidadosa da pele do paciente, especialmente nas áreas de risco, como o sacro, calcanhares, e cotovelos. O uso de escalas de risco, como a escala de Braden, é essencial para a identificação precoce de pacientes vulneráveis e para a implementação de medidas preventivas. A avaliação deve ser contínua, dado que pacientes críticos podem desenvolver lesões rapidamente devido à imobilização prolongada.

Segundo Gillespie, et. al., (2021), no diagnóstico das lesões por pressão, o exame clínico é fundamental. Os primeiros sinais de uma úlcera de pressão podem ser sutis, como a eritema que não desaparece após a retirada da pressão. Nos estágios iniciais, é importante realizar uma inspeção cuidadosa da pele e identificar qualquer alteração no padrão de coloração, temperatura ou integridade cutânea, para iniciar o tratamento imediatamente e evitar a progressão para estágios mais graves.

Na visão de Hernandez, et. al., (2020), a avaliação regular da pele deve ser realizada a cada 2 horas em pacientes críticos. Além disso, a monitorização contínua do estado das áreas de risco é fundamental, pois as lesões podem evoluir

rapidamente devido à presença de factores como imobilidade, incontinência, e uso de dispositivos invasivos. A detecção precoce de alterações iniciais da pele permite uma intervenção mais eficaz e evita complicações graves.

Segundo Lalonde, et. al., (2020), é importante realizar um diagnóstico diferencial cuidadoso para distinguir as lesões por pressão de outras condições que podem afectar a pele em pacientes críticos, como infecções cutâneas, dermatites ou lesões traumáticas. A observação da evolução da lesão e sua resposta a intervenções iniciais, como mudança de posição e uso de curativos, pode ajudar a confirmar o diagnóstico de úlcera por pressão.

De acordo com Zhao, et. al., (2021) recentemente, relata que as novas tecnologias como a termografia e a avaliação por ultrassom têm sido investigadas como ferramentas de diagnóstico precoce das lesões por pressão. Essas técnicas podem identificar alterações térmicas e estruturais na pele antes mesmo da formação de lesões visíveis, permitindo uma abordagem mais preventiva e individualizada para pacientes críticos.

1.4.5. Tratamento da lesão por pressão

- Alívio da Pressão: A remoção da pressão nas áreas afectadas é a medida mais importante no tratamento das lesões por pressão. As opções incluem:
- Mudança de posição frequente: O paciente deve ser reposicionado a cada 2 horas (ou com maior frequência, dependendo da condição) para evitar pressão prolongada sobre áreas específicas.
- Uso de dispositivos de alívio de pressão: Colchões, almofadas e colchões especiais (como colchões de espuma viscoelástica, colchões de ar ou de água) podem ajudar a distribuir a pressão de forma mais uniforme, reduzindo o risco de lesão.
- Cadeiras de rodas e cadeiras especiais: Para pacientes que passam longos períodos sentados, o uso de almofadas e cadeiras especiais ajuda a redistribuir a pressão.

Para Kottner, et al., (2020), o alívio da pressão é o pilar fundamental no tratamento das lesões por pressão. Mudanças frequentes de posição, de preferência

a cada 2 horas, são fundamentais para reduzir a pressão nas áreas de risco, como os calcanhares, sacro e ombros. O uso de colchões e almofadas terapêuticas, como colchões de ar e espuma viscoelástica, ajudam a redistribuir a pressão e prevenir o agravamento das úlceras.

1.4.5.1. Cuidados com a pele

- Higiene adequada: A limpeza cuidadosa da pele com sabonetes neutros e a secagem correcta são essenciais para prevenir infecções. Evitar o uso de sabões agressivos ou que ressequem a pele.
- Manutenção da umidade da pele: A pele deve ser mantida hidratada, especialmente nas áreas propensas a lesões. Cremes e loções hidratantes podem ser usados para prevenir a secura e a fissuração.
- Controle da umidade: Pacientes com incontinência urinária ou fecal devem ter a pele limpa e seca, usando produtos específicos como cremes barreira para proteger a pele contra os danos causados pela umidade.

Segundo NPIAP, (2021). Afirma que a higiene adequada da pele é essencial para evitar o desenvolvimento de lesões por pressão. Isso inclui o uso de sabões neutros e a secagem cuidadosa das áreas afectadas, com especial atenção à umidade na região sacral, que pode agravar a condição da pele. Além disso, a hidratação contínua da pele e o uso de cremes de barreira são práticas recomendadas.

Conforme Moore & Cowman (2021), no tratamento das feridas causadas pelas lesões por pressão, é fundamental escolher o tipo de curativo adequado para cada estágio da lesão. Curativos de hidrocoloide, espuma e alginato de cálcio são os mais indicados para estágios II, III e IV, devido à sua capacidade de manter um ambiente úmido favorável à cicatrização.

1.4.5.2. Nutrição adequada

- Dietoterapia: Uma alimentação adequada é essencial para promover a cicatrização. A proteína é especialmente importante para a regeneração

celular, e vitaminas como A, C e zinco desempenham papéis cruciais na cicatrização das feridas.

- Avaliação nutricional: Em muitos casos, a malnutrição contribui para o desenvolvimento de lesões por pressão, portanto, é importante garantir que o paciente tenha uma dieta balanceada e, se necessário, suplementos nutricionais, como proteínas e vitaminas, para apoiar a recuperação.

Segundo Gillespie, et al. (2020), a nutrição desempenha um papel crítico na prevenção e tratamento das lesões por pressão. Uma dieta rica em proteínas, vitaminas A e C, zinco e ferro pode acelerar a cicatrização das feridas e melhorar a resistência da pele. A suplementação nutricional é uma estratégia importante em pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição.

1.4.5.3. Controle da dor

- Medicação analgésica: O controle da dor é fundamental, especialmente em estágios mais graves de lesões por pressão. Analgésicos podem ser prescritos conforme necessário para controlar a dor associada à ferida e ao tratamento.
- Técnicas não farmacológicas: A utilização de técnicas de relaxamento, massagens terapêuticas e alívio de pressão adicional também pode ajudar a reduzir o desconforto.

Para Patton & Deiter, (2020), o manejo adequado da dor é essencial no tratamento das lesões por pressão, especialmente em estágios mais avançados. A dor pode ser aliviada com analgésicos tópicos ou orais, dependendo da gravidade da lesão. Além disso, abordagens não farmacológicas, como relaxamento e massagem terapêutica, podem ajudar a reduzir o desconforto.

1.4.5.4. Monitoramento e avaliação contínuos

- Avaliação contínua: das lesões por pressão é crucial. Isso inclui o monitoramento do tamanho, profundidade, aparência da ferida e sinais de infecção.

- Acompanhamento regular: com a equipe de saúde, incluindo enfermeiros especializados em cuidado de feridas, para ajustar o tratamento conforme necessário.

Na visão de Sarantakos (2020), monitorar a evolução das lesões por pressão é essencial para ajustar o tratamento de forma eficaz. A avaliação regular das feridas deve incluir a verificação de sinais de infecção, como aumento de exsudato ou secreção purulenta, e a profundidade da lesão. Isso garante que as intervenções sejam feitas de maneira oportunizada e eficaz.

1.4.5.5. Tratamento de infecção

Para Brandão, et al. (2020), se a lesão por pressão apresentar sinais de infecção, como pus, aumento da dor, febre ou secreção de odor fétido, o tratamento deve incluir:

- Antibióticos tópicos ou sistêmicos: para tratar a infecção bacteriana.
- Desbridamento: para remover tecido necrosado e infectado.
- Monitoramento rigoroso: para detectar qualquer sinal de infecção sistêmica.

Gillespie & Chaboyer, (2021), diz que se houver sinais de infecção, como secreção purulenta, aumento da dor ou febre, o tratamento deve incluir antibióticos tópicos ou sistêmicos. Além disso, o desbridamento do tecido necrosado é uma medida fundamental para garantir que a infecção não se espalhe e que o tecido saudável tenha condições de regenerar-se.

1.5. Educação e orientação à família e cuidadores

Segundo Martins; Silva e Oliveira, (2019), os pacientes e seus cuidadores devem ser informados sobre as medidas de prevenção e cuidados contínuos:

- A importância da mobilização: frequente e o uso de dispositivos de alívio de pressão.
- A manutenção da higiene da pele e o controle da incontinência.

- Como reconhecer os primeiros sinais de lesões por pressão e procurar tratamento precoce.

Segundo Lippincott, (2020), a educação contínua de cuidadores e familiares sobre a prevenção e o tratamento das lesões por pressão é fundamental para garantir a adesão ao tratamento. Isso inclui o treinamento sobre como reposicionar o paciente adequadamente, como monitorar sinais iniciais de lesões e como manter a pele hidratada e protegida.

Lalonde, et. al., (2020), refere em unidades de terapia intensiva, os pacientes muitas vezes estão sujeitos a longos períodos de imobilidade e ventilação mecânica, factores que aumentam significativamente o risco de desenvolvimento de lesões por pressão. O uso de colchões de ar dinâmicos e almofadas especiais deve ser considerado como parte do protocolo de cuidado, para reduzir a pressão nas áreas de risco. Além disso, a educação contínua da equipe de enfermagem sobre as melhores práticas é essencial.

Embora o Hospital Josina Machel enfrente desafios relacionados à falta de materiais, a dedicação da equipe de enfermagem e a implementação de estratégias adaptadas permitem oferecer cuidados eficazes aos pacientes com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo.

1.6. Prevenção da lesão por pressão

Segundo Lobato, et. al., (2017), o aparecimento de lesões por pressão pode decorrer também por factores extrínsecos (pressão, cisalhamento, atrito), a prevenção da lesão por pressão busca reduzir a exposição do paciente a esses factores. Para isso, fazem-se necessários a inspeção regular da pele, o controle da umidade local e a proteção das proeminências ósseas. As medidas mais comumente utilizadas são: utilizar superfícies de apoio para redistribuição da pressão; reposicionar o paciente com frequência; atentar para que o leito do paciente esteja sempre limpo, com lençóis secos e esticados.

Para Lobato, et. al. (2017) afirmam que, as medidas preventivas devem ser adoptadas para todos os pacientes que apresentam risco de desenvolver LPP, mesmo aqueles que já estão com LPP em qualquer estágio.

Normalmente, os pacientes com lesão por pressão estão com a mobilidade restrita e/ou restritos ao leito, portanto, o papel do cuidador é essencial na prevenção e no tratamento dessas lesões.

Segundo Correia e Santos (2019) conferem que:

A prevenção da LPP representa um cuidado indispensável e que não deve receber menor atenção, visto que evitar que a lesão se desenvolva desprende menos trabalho da equipe, se comparado ao tempo e custos necessários para lidar com as consequências do seu surgimento. Também afirmam que as novas diretrizes de tratamento da LPP recomendam acções como avaliação do indivíduo com LPP, que inclui avaliação da pele e de risco em desenvolver LPP; avaliação da LPP e supervisão da cicatrização; avaliação da dor e cuidados com a ferida. Esses cuidados incluem limpeza, avaliação e tratamento da infecção, desbridamento, quando necessário, e utilização de diferentes curativos, a depender do seu estado.

A construção e implementação de um protocolo de prevenção de LPP tornam-se relevantes em conjunto com as acções de enfermagem desde o momento da internação do paciente.

Segundo Vasconcelos e Caliri, (2017), a utilização de um protocolo é importante por proporcionar uma situação favorável à colecta de dados, diminuindo, assim, a sobrecarga na documentação médica e dos profissionais de enfermagem.

Para Rolim, et. al., (2013) citados por Brandão; Mandelbaum e Santos (2013), as estratégias utilizadas para a construção e implementação do protocolo de prevenção de LPP podem ser utilizadas como parte de educação continuada e capacitação de profissionais nas instituições hospitalares.

Refere Benetti e Santos (2017) que, os estudos direccionados à avaliação dos pacientes com risco de desenvolvimento de LPP evidenciam a necessidade de conhecimento e treinamento da equipe de enfermagem para actuar de forma mais eficaz na prevenção do presente agravo à saúde. As medidas preventivas se traduzem em menos trabalho e menor que os fins terapêuticos, além de melhorarem a qualidade de vida do paciente.

Conforme Correia e Santos, (2019), a falta de acções preventivas culmina com o desenvolvimento da LPP e, a partir dessa realidade, torna-se necessária a implementação de um tratamento imediato e eficaz para minimizar os efeitos nocivos da lesão, tornando mais rápida a recuperação do paciente.

Deve-se considerar que o aumento do conhecimento por parte da equipe de enfermagem e a implementação de práticas baseadas em evidências acarretam benefícios tanto na redução do tempo de internação hospitalar quanto no número de pacientes que sofrem com esse agravo, (Galvão, et. al., 2017).

Dessa forma, considera-se essencial que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidades práticas e técnicas, além de atitudes positivas perante a ocorrência de eventos adversos. A falta de conhecimentos e competências na prevenção de lesão por pressão contribui substancialmente para a sua ocorrência ou agravamento (Araújo, et al., 2019). Nesse contexto, a falta de capacitação da equipe de enfermagem contribui para maior prevalência de lesões por pressão.

Na prática clínica diária, essa falta de conhecimento pode estar relacionada à baixa adesão às directrizes, principalmente com relação à importância da mobilização e escolha da medida preventiva mais adequada (Araújo, et. al., 2019). Sendo a lesão por pressão um evento previsível e evitável e prioridade na gestão do cuidado para a garantia da segurança do paciente, a implementação de programas educativos destinados a melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre essa temática é necessária e pode ter impacto na redução da sua elevada taxa de incidência e prevalência, (Araújo, et. al, 2019).

Assim sendo, reforça-se a necessidade da capacitação dos profissionais de enfermagem para com os cuidados preventivos, lembrando que a Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos processos de trabalho, (Brasil, 2007).

Nesse sentido Galvão, et. al. (2017) assinalam que, a educação permanente é uma forma de capacitar o profissional e, ainda, de aprimorar seu desempenho individual e colectivo.

1.7. Cuidados de enfermagem a pacientes acamados com lesão por pressão

1.7.1. Reposicionamento frequente

Segundo Moore, et. al., (2020). O reposicionamento frequente de pacientes críticos é considerado uma das intervenções mais importantes para prevenir lesões por pressão, uma vez que a pressão contínua sobre as áreas de risco impede a circulação sanguínea, o que pode resultar em danos teciduais irreversíveis.

Estudos demonstraram que a realização de mudanças de posição a cada 2 horas, em combinação com outras intervenções, reduz significativamente a formação de úlceras de decúbito. Para os pacientes com ventilação mecânica ou aqueles com mobilidade reduzida, o reposicionamento deve ser realizado ainda mais frequentemente, com atenção especial para as áreas mais vulneráveis, como o sacro, os calcanhares e as proeminências ósseas. Além disso, a utilização de técnicas adequadas de movimentação, como o uso de dispositivos de suporte para evitar fricção e cisalhamento, é crucial para garantir a eficácia do reposicionamento e evitar novas lesões na visão de (Moore et al., 2020).

Gillespie, et. al., (2021), afirmam que, o reposicionamento a cada 2 horas é uma prática essencial para prevenir as lesões por pressão em pacientes críticos. Essa intervenção visa reduzir a pressão nas áreas vulneráveis e melhorar a circulação sanguínea, prevenindo o aparecimento de úlceras de decúbito. Os pacientes devem ser reposicionados a cada 2 horas, quando possível, para redistribuir a pressão. Em pacientes com ventilação mecânica, o reposicionamento é realizado com maior frequência para prevenir a formação de úlceras de decúbito. Aliviar a pressão sobre as áreas afetadas e reduzir o risco de desenvolvimento ou agravamento das lesões por pressão.

1.7.2. Uso de dispositivos de alívio de pressão

Gillespie, et. al., (2021) afirma que, a utilização de dispositivos de alívio de pressão, como colchões de ar e almofadas viscoelásticas, tem se mostrado eficaz na prevenção e tratamento de lesões por pressão em pacientes críticos. Estes dispositivos ajudam a redistribuir a pressão nas áreas mais vulneráveis, como os calcanhares, sacro e ombros, diminuindo o risco de formação de lesão por pressão.

Em unidades de terapia intensiva (UTI), onde os pacientes estão frequentemente acamados e imobilizados, esses dispositivos se tornam essenciais para a prevenção de lesões por pressão. O uso de colchões de ar dinâmicos, que alternam a pressão nas áreas de contato, pode ser particularmente útil para pacientes com risco elevado. No entanto, é importante destacar que, embora esses dispositivos sejam eficazes, eles não substituem as intervenções de enfermagem, como o reposicionamento frequente e a avaliação contínua da pele, (Brandão, et. al. 2020).

Zhao, et al., (2021), dispositivos como colchões de ar e almofadas de alívio de pressão ajudam a redistribuir a pressão, diminuindo o risco de úlceras de decúbito em pacientes acamados. São essenciais, principalmente em pacientes imobilizados na UTI. A utilização de colchões especiais (como os de ar ou espuma viscoelástica) e almofadas de alívio de pressão para redistribuir a pressão nas áreas mais vulneráveis, como sacro, calcanhares e cotovelos, Minimizam a pressão contínua sobre as áreas de risco.

1.7.3. Avaliação da pele

Na visão de Zhao, et. al., (2021), a avaliação regular da pele é uma prática essencial na prevenção de lesões por pressão, especialmente em pacientes críticos que passam longos períodos imobilizados. Os enfermeiros devem realizar inspeções frequentes da pele, com ênfase nas áreas de risco, como sacro, calcanhares e proeminências ósseas.

O monitoramento precoce de sinais de alteração da integridade da pele, como eritema persistente, pode permitir intervenções imediatas que previnem a formação de úlceras de decúbito.

Além disso, o uso de escalas de avaliação de risco, como a escala de Braden, pode ser útil para identificar pacientes com maior probabilidade de desenvolver lesões por pressão. Estas ferramentas ajudam a orientar os cuidados e a priorizar os pacientes de acordo com a gravidade do risco. Estudos demonstraram que, quando a avaliação da pele é realizada de forma sistemática e eficaz, o risco de lesões graves é significativamente reduzido, (Zhao, et. al., 2021).

Schaefer, et. al., (2021), afirma que a avaliação regular da pele é crucial para a detecção precoce das lesões por pressão, permitindo intervenções oportunas para prevenir o avanço das lesões por pressão. A equipe de enfermagem deve realizar inspeções regulares da pele, especialmente nas áreas de risco, para detectar sinais iniciais de lesão, como eritema ou alteração na coloração da pele, afim de identificar precocemente qualquer alteração na integridade da pele para tratamento imediato.

1.7.4. Higiene adequada

Para Hernandez, et. al., (2020), manter a integridade da pele é um dos aspectos mais importantes do cuidado de pacientes acamados com risco de lesões por pressão. A higiene adequada não apenas mantém a pele limpa, mas também previne o desenvolvimento de infecções que podem agravar as lesões por pressão existentes. O uso de sabonetes suaves, que não alterem o pH da pele, e a secagem cuidadosa das áreas afectadas, especialmente as regiões de contacto com a cama, são fundamentais.

Além disso, deve-se evitar o uso excessivo de produtos que podem ressecar a pele, como sabões fortes e álcool, e garantir que a pele permaneça seca e protegida contra a umidade. A maceração da pele, resultante da umidade excessiva, pode aumentar significativamente o risco de lesões. A aplicação de cremes ou loções hidratantes também é indicada para preservar a barreira cutânea e evitar ressecamento, (Brasil, 2007).

Na visão de Moore, et. al., (2020), a higiene adequada das áreas vulneráveis ajuda a prevenir a maceração da pele e a reduzir o risco de infecção, facilitando a cicatrização. A higiene é muito importante para prevenir infecções e irritações na pele, além de manter a integridade da pele.

1.7.5. Hidratação e cuidados com a pele

Segundo Lalonde, et. al., (2020). a hidratação da pele é um aspecto crucial para a manutenção de sua integridade e para a prevenção de lesões por pressão em pacientes críticos. Pacientes com condições graves frequentemente apresentam níveis de hidratação alterados devido a factores como diminuição da ingestão de

líquidos, aumento da diurese ou perda excessiva de líquidos. Manter a pele bem hidratada não apenas previne a secura, mas também melhora a elasticidade e a resistência da pele.

O uso de cremes hidratantes e loções, especialmente em áreas vulneráveis, ajuda a restaurar a função de barreira da pele e a prevenir o ressecamento, que pode facilitar a formação de lesões. Além disso, em pacientes com lesões por pressão já presentes, a hidratação adequada pode melhorar o processo de cicatrização, favorecendo a regeneração celular e a reparação tecidual, (Martins; Silva e Oliveira, 2019).

Manter a pele hidratada é saudável, para prevenir ressecamento ou maceração excessiva, Aplicando cremes ou loções em áreas não afectadas para manter a hidratação da pele e o uso de cremes serve de barreira para proteger as áreas vulneráveis da umidade, (Costa, et. al. 2005).

1.7.6. Monitoramento da nutrição

Schols (2019), afirma que, a nutrição desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento de lesões por pressão. Pacientes desnutridos têm uma maior probabilidade de desenvolver lesões por pressão e a manutenção de um estado nutricional adequado é crucial para a cicatrização das lesões já existentes.

A ingestão de proteínas, vitaminas (principalmente vitamina C e E) e minerais como zinco é vital para a regeneração celular e formação de colágeno. Além disso, a hidratação adequada é essencial para manter a integridade da pele e facilitar a reparação dos tecidos. Quando a nutrição não é suficiente, os riscos de complicações, como infecção, aumentam consideravelmente.

Portanto, todos os pacientes em risco de lesão por pressão devem ser avaliados nutricionalmente e receber intervenções adequadas para garantir uma dieta que atenda às suas necessidades. A avaliação nutricional é essencial para detectar deficiências alimentares que possam prejudicar a cicatrização. Os pacientes com lesões por pressão devem receber uma dieta rica em proteínas, vitaminas (como A e C), e minerais (como zinco), além de manter uma boa hidratação. Para

garantir que o paciente tenha nutrientes adequados para promover a cicatrização das feridas.

1.7.7. Curativos utilizados

Os curativos são fundamentais proteger as lesões contra infecções externas afim de evitar complicações e acelerar a cicatrização, a escolha do curativo depende do estágio da lesão.

Para Lalonde, et. al., (2020), apresentam alguns tipos de curativos utilizados:

- Curativos Hidrocolóides: promove, um ambiente úmido, estimulam a cicatrização e absorvem exsudato moderado, indicados em lesões de estágio I, II e III sem infecção ativa.
- Curativos de espuma de poliuretano: indicados para as lesões por pressão com exsudação moderada a intensa, ajudam a absover grandes quantidades de exsudato e protegem contra atrito, indicado em casos de lesões moderadas e graves (do estágio II a IV), especialmente em áreas de pressão constante.
- Curativos com Hidrogel: mantêm a umidade na ferida, favorecem a autólise e hidratam os tecidos, indicada para lesões necróticas e secos (estágio III e IV).
- Curativo impregnados com prata: utilizados em feridas infectadas ou alto risco de infecção, reduzem a carga bacteriana, prevenindo e tratando infecções.
- Terapia por pressão negativa (TPN): utilizado para reduzir edema, estimula a perfusão sanguínea e acelera a cicatrização, remove exsudato, indicada em feridas complexas, muito exsudativas e profundas.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se os materiais e métodos de investigação aplicada no desenvolvimento desta investigação, com a revisão crítica e contribuições dos aspectos que fundamentam “cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo no Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024”.

2.1. Tipo de pesquisa

No presente trabalho optou-se por utilizar o tipo de pesquisa descritiva observacional e transversal, porque que nos permitiu registrar dados reais e espontâneos, sem modificar o ambiente, analisar as mudanças ao longo do tempo, identificando padrões e tendências para o auxílio na prevenção de problemas.

2.2. Modelos de abordagem

O modelo de abordagem é o caminho que se utiliza para alcançar os objectivos da pesquisa científica.

No presente trabalho optou-se por utilizar o modelo de abordagem mista (quantitativa e qualitativa).

Segundo Johnson e Christensen (2019), o modelo misto permite que a riqueza descritiva dos dados qualitativos complementa a força estatística dos dados quantitativos, promovendo uma visão mais completa da realidade estudada.

Porque este método nos permitiu alcançar os objectivos propostos, assim como a confirmação das hipóteses levantadas durante a realização e desenvolvimento da pesquisa.

2.3. Nível de estruturação de métodos

2.3.1. Nível teórico

Este método nos serviu de auxílio na orientação de estudo e diagnóstico sobre os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo, bem como da simplificação de um todo para melhor estudarmos e descobrirmos as vantagens e desvantagens desta

temática que chega a ser um assunto de mera importância para a sociedade e não só e para o aperfeiçoamento deste estudo.

Assim sendo destacam-se os seguintes:

➤ **Análise e síntese**

Segundo Yin (2018), no processo de análise de dados em estudos de caso, é crucial identificar padrões e temas emergentes. A síntese desses padrões permite ao pesquisador construir uma compreensão integrada que responde às questões de pesquisa formuladas.

Essas definições ressaltam a importância dos métodos de análise e síntese complementares, são fundamentais para a compreensão profunda e a integração no processo de investigação científica, destacando como essas abordagens e conhecimento sobre os fenômenos estudados.

➤ **Abstração**

Comenta Hacking (2021) que, na ciência a abstração serve para transformar fenômenos complexos em representações matemáticas ou teóricas mais simples, permitindo um maior controle e compreensão das variáveis envolvidas. A abstração não elimina a realidade, mas a traduz para uma linguagem que pode ser manipulada e estudada.

No entanto essa definição destaca a compreensão contemporânea da abstração como um processo cognitivo fundamental na construção do conhecimento e na formação de conceitos nas diversas área do conhecimento.

➤ **Indução e dedução**

Segundo Popper (2021), a indução é frequentemente considerada como a base para o método científico, está associada a uma falácia, pois não é possível derivar conclusões universais a partir de casos específicos. A dedução, por outro lado, é uma abordagem mais robusta, pois permite testar teorias de maneira lógica e rigorosa.

Esses métodos de níveis teóricos oferecem uma compreensão das diferenças entre a indução e dedução conforme descritas por diferentes autores ao longo da história da filosofia e da ciência.

➤ **Histórico/Lógico**

Segundo Denzin & Lincoln (2020), a evolução das metodologias de pesquisa é um reflexo das mudanças epistemológicas e sociais. Compreender o histórico lógico dessas metodologias oferece uma base sólida para a aplicação crítica e adaptativa dos métodos no presente.

Com este método tivemos a possibilidade de fazermos pesquisa na instituição para sabermos se no passado não se enfrentava o problema em causa.

➤ **Hipotético/dedutivo**

Este método destaca a importância da formulação de hipóteses que e da dedução para a verificação empírica na pesquisa científica. Nos permitindo aumentar conhecimento sobre o fenómeno em estudo e propor soluções para resolver o problema que estar ser estudado e procurar soluções do mesmo.

2.3.2. Nível empírico/experimental

Os métodos de nível empírico / experimental para a pesquisa foram o inquérito por questionário aplicadas aos profissionais de Enfermagem do Hospital Josina Machel, assim como na confirmação das hipóteses levantadas. Com este método teremos a possibilidade de alcançar os objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização de diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

➤ **Observação**

Feyerabend (2021) afirma que, a observação frequentemente considerada uma forma pura de colecta de dados, é na verdade uma actividade complexa, que envolve tanto as condições contextuais quanto os pressupostos do observador. A percepção é uma construção tanto cultural quanto individual.

2.3.3. Nível estatístico/matemático

Este nível é essencial para uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado. Este método nos permitiu clarificar investigação no momento de quantificar em termos percentuais os dados colectados na investigação de campo a ser realizado.

➤ **Processamento de dados**

Field (2021) diz que, o processamento de dados quantitativos em pesquisas científicas exige a aplicação de técnicas estatísticas apropriadas. Desde a análise exploratória de dados até os testes de hipóteses, é fundamental garantir que o processo de análise seja rigoroso, transparente e reproduzível.

➤ **Paradigma de investigação**

Segundo Creswell (2020), o paradigma de investigação em metodologia científica refere-se ao conjunto de suposições filosóficas que orientam o modo como a pesquisa é conduzida. Paradigmas como o positivismo, o interpretativismo e o pragmatismo reflectem diferentes crenças sobre a natureza da realidade (ontologia), a natureza do conhecimento (epistemologia) e o papel do pesquisador na pesquisa. O positivismo, por exemplo, acredita em uma realidade objectiva que pode ser medida e quantificada, enquanto o interpretativismo se baseia na ideia de que a realidade é subjectiva e deve ser entendida a partir das perspectivas dos participantes.

2.4. Técnica de recolha de dados

Para a recolha de dados usamos as seguintes técnicas: Observação, Inquérito, Pesquisa bibliográfica. Essa técnica nos permitiu entrar em contacto com as informações já existentes acerca dos cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão, bem como as suas causas.

2.5. Instrumentos e procedimentos

Os instrumentos de pesquisa são estratégias a serem adoptadas pelo pesquisador para recolha de dados ou informações. É, pois, uma ferramenta que clareia como os dados foram colectados e tabulados.

Portanto, podem ser aplicados vários instrumentos e dentre eles, são destacados os seguintes:

➤ **Inquérito por questionário**

Segundo Cohen & Morrison (2021), o inquérito por questionário é uma técnica de colecta de dados amplamente utilizada em pesquisas científicas, especialmente em estudos de grande escala, por sua capacidade de alcançar um grande número de participantes de forma padronizada. A chave para a validade do inquérito está na

construção de um questionário claro, objectivo e alinhado com os objectivos da pesquisa. Além disso, o pré-teste do questionário é uma prática essencial para identificar questões problemáticas e melhorar a qualidade dos dados colectados.

➤ **Inquérito por entrevista**

Cohen & Morrison (2021) afirma que, o inquérito por entrevista é uma técnica fundamental para a colecta de dados qualitativos, permitindo que o pesquisador compreenda o ponto de vista do participante de uma forma mais rica e profunda do que seria possível com métodos quantitativos ou até com questionários.

No entanto, é importante considerar a estrutura da entrevista, que pode ser semiestruturada, estruturada ou não estruturada, dependendo dos objectivos da pesquisa. As entrevistas semiestruturadas, por exemplo, oferecem flexibilidade suficiente para explorar as respostas dos participantes de maneira mais aberta, mas ainda assim mantendo a orientação para os temas centrais da pesquisa.

Para o inquérito por questionário utilizamos o guião de questionário para obtermos informações dos nossos intervenientes. Utilizamos a pesquisa bibliográfica como instrumento de recolha de dados para nos facilitar a consultar referências bibliográficas dos autores usados durante a nossa pesquisa

2.6. População e amostra

2.6.1. População

População é o conjunto total de todas pessoas singulares, famílias, empresas, conselhos, ou qualquer outro tipo de entidade que se pretende estudar. No nosso trabalho a nossa população é constituída por quarenta e cinco (45) profissionais de enfermagem da UTI.

2.7.2. Amostra

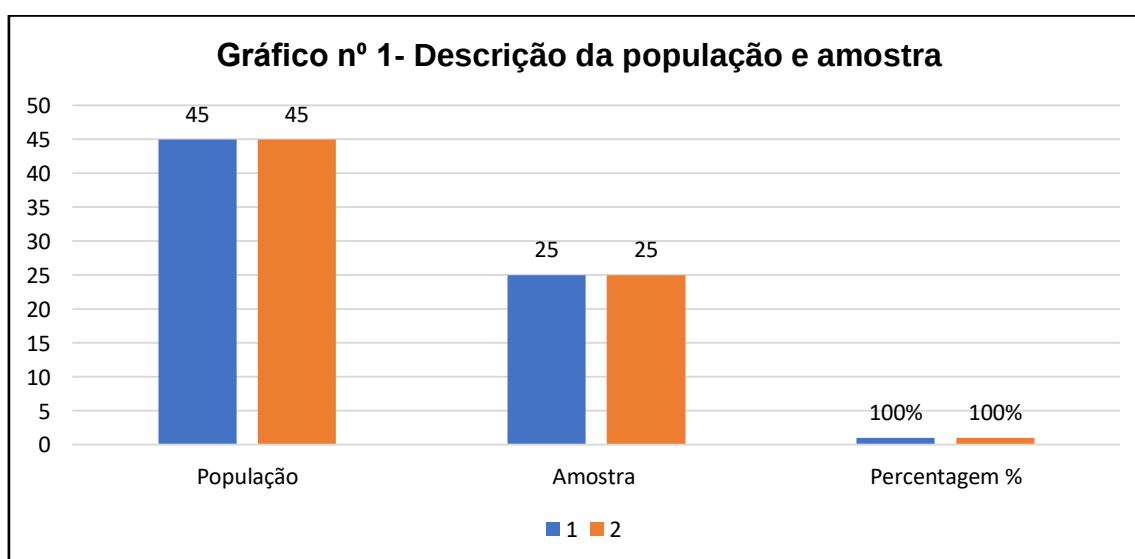
Amostra é conjunto de casos extraídos de uma população cuja análise irá permitir tirar conclusões. A amostra do nosso inquérito é de Vinte e cinco (25) profissionais de enfermagem da UTI.

Segue a baixo a tabela descritiva da quantidade da população e da amostra utilizada no estudo.

Tabela nº 1- Descrição da população e amostra.

Nº	Intervenientes	População	Amostra	Percentagem %
01	Profissionais de enfermagem da UTI	45	25	100%
02	Total	45	25	100%

Gráfico nº 1- Descrição da população e amostra.



Fonte: Elaboração própria (2025)

2.7. Caracterização do Hospital Josina Machel

O Hospital Josina Machel (Maria Pia) é um hospital público, terciário e universitário, é um dos maiores e mais importante hospital do país, que foi fundado em 1883, durante o período da colonial português em Angola.

Incialmente, foi nomeado em homenagem à rainha Maria Pia de Portugal e, após a independência do país em 1975, recebeu o nome de Josina Machel, em tributo à militante moçambicana que lutou pela libertação africana. Ele se destaca por ser uma referência nacional em atendimento médico especializado e por oferecer serviços de alta complexidade, é composta pelas seguintes áreas:

Medicina Interna; Hematologia; Dermatologia; Psicologia; Consultas de enfermagem; Cirurgia Geral; Gastroenterologia; Anestesiologia; Nefrologia; Urologia; Ortopedia; Estomatologia; Cirurgia Maxilo Facial; Proctologia; Oftamologia; Otorrinolaringologia; Cardiologia; Infecçiology; Audiologia; Neurologia; Neurocirurgia; Angiologia; Serviço social; Ozonoterapia; Fisioterapia; Endocrinologia.

2.7.1. Localização do Hospital Josina Machel

O Hospital Josina Machel está localizada a sul pelo Hospital Pediátrico David Bernadino, a norte pelo Instituto de Luta Contra Sida, a oeste pelo memorial Doctor António Agostinho Neto e a leste pelo Laboratório Nacional de Saúde Pública.

2.7.2. Estruturação do Hospital Josina Machel

A estrutura orgânica do Hospital Josina Machel compreende os seguintes órgãos e serviços:

- 1º Órgão Deliberativo: este órgão está composto pelo conselho Directivo.
- 2º Órgão de Direcção: este órgão está composto pelos seguintes:
 - Director Geral
 - Director Clínica
 - Director de Enfermagem
- 3º Órgão Consultivo: o órgão consultivo está constituído pelo conselho Geral.
- 4º Órgão de Fiscalização : é um órgão que está constituído pelo conselho Fiscal.
- 5º Órgão de Apoio técnico: este órgão composta os seguintes:
 - Conselho Clínico;
 - Conselho de Enfermagem;

2.8. Dificuldades encontradas

- ✓ Dificuldades financeiras;
- ✓ Pouca experiência na construção do TFC;
- ✓ Dificuldades na recepção da credencial de pesquisa;
- ✓ Dificuldades na aceitação dos instrumentos de recolha de dados.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

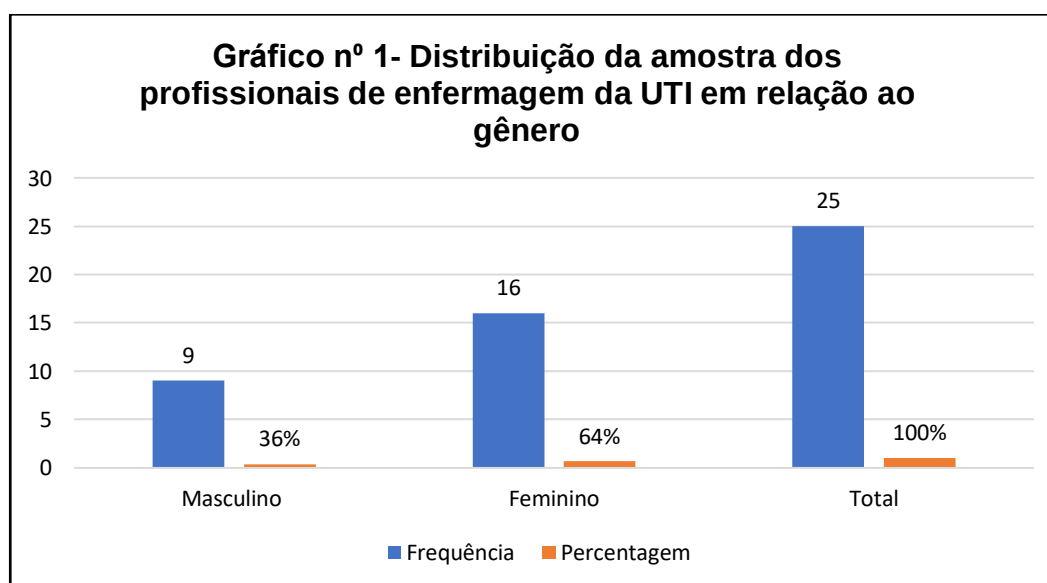
Este capítulo do trabalho destina-se as evidências que nortearam as reflexões sobre cada questão levantada através de análises quantitativas ou qualitativas, sempre relacionada aos objectivos e hipóteses apresentadas anteriormente no trabalho.

3.1. Análise, interpretação e apresentação dos resultados dos questionários aplicados aos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel.

Tabela nº 2- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao gênero.

Gênero	Frequência	Percentagem
Masculino	9	36%
Feminino	16	64%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



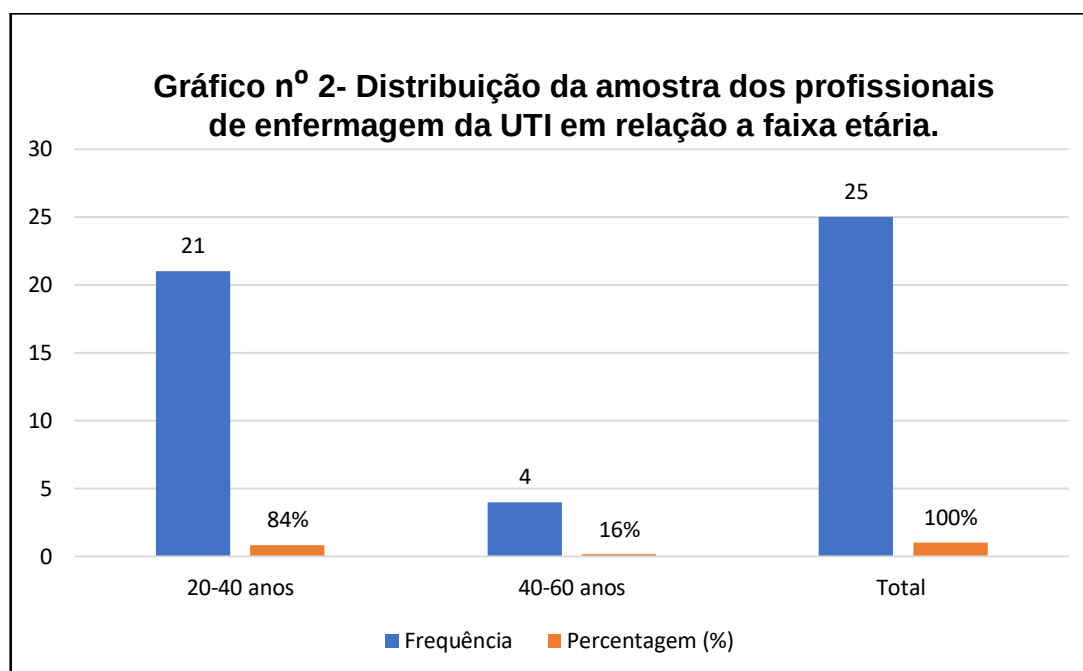
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

Mediante à distribuição da amostra em relação ao gênero, da tabela e do gráfico acima, a amostra nos mostra que o gênero feminino é de maior expressão com 64% e o gênero masculino com 36%, com esta análise e interpretação dos inqueridos, perfaz 100%.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Percentagem (%)
20-40 anos	21	84%
40-60 anos	4	16%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



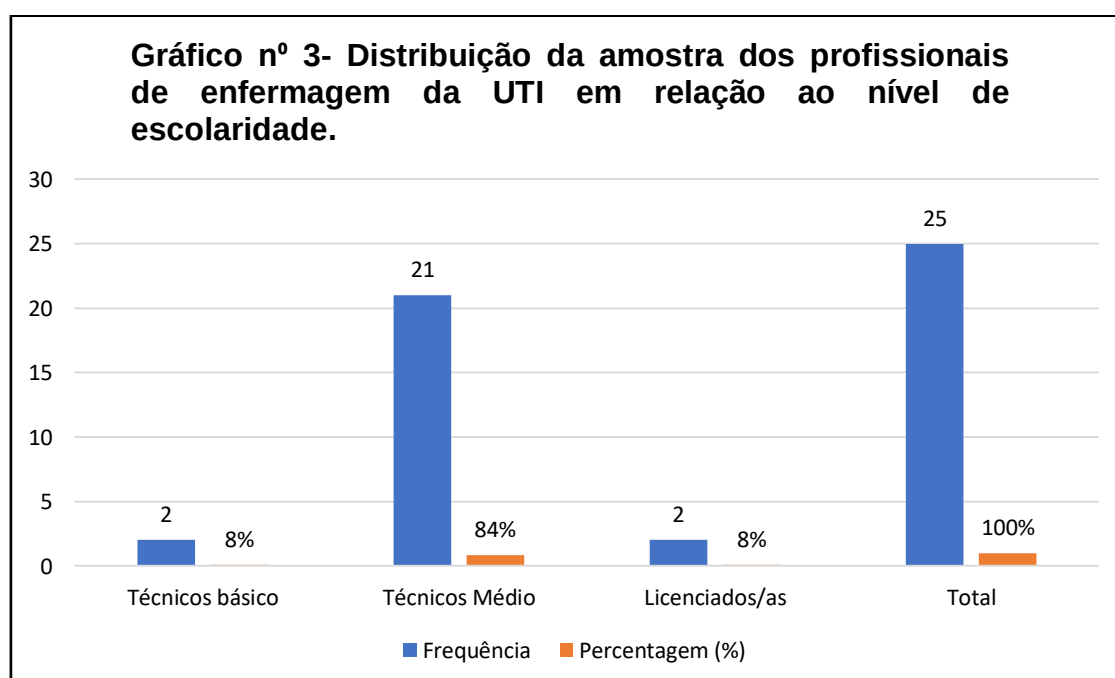
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do hospital Josina Machel em relação a faixa etária, Vinte e um (21) profissionais de enfermagem da UTI, correspondendo a 84%, responderam que têm entre 20-40 anos, Quatro (4) que correspondem a 16%, responderam que têm entre 40-60 anos. A base desta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%

Tabela nº 4- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao nível de escolaridade.

Designação	Frequência	Percentagem (%)
Técnicos básico	2	8%
Técnicos Médio	21	84%
Licenciados/as	2	8%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



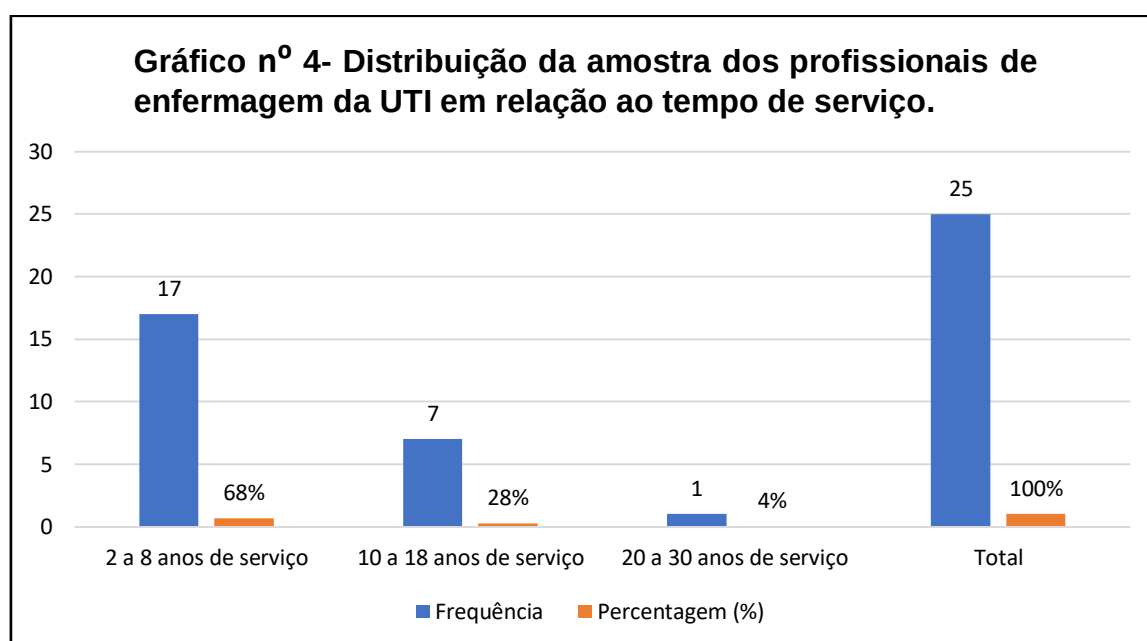
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI dos Hospital Josina Machel em relação ao nível de escolaridade, os dados apresentam-nos que Dois (2) responderam que são Técnicos basico, correspondendo a 8%, Vinte e um (21) responderam que são Técnicos Médio, correspondendo a 84%, Dois (2) responderam que são Licenciados, correspondendo a 8%. Com esta abordagem da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

Tabela nº 5- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao tempo de serviço.

Designação	Frequência	Percentagem (%)
2 a 8 anos de serviço	17	68%
10 a 18 anos de serviço	7	28%
20 a 30 anos de serviço	1	4%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

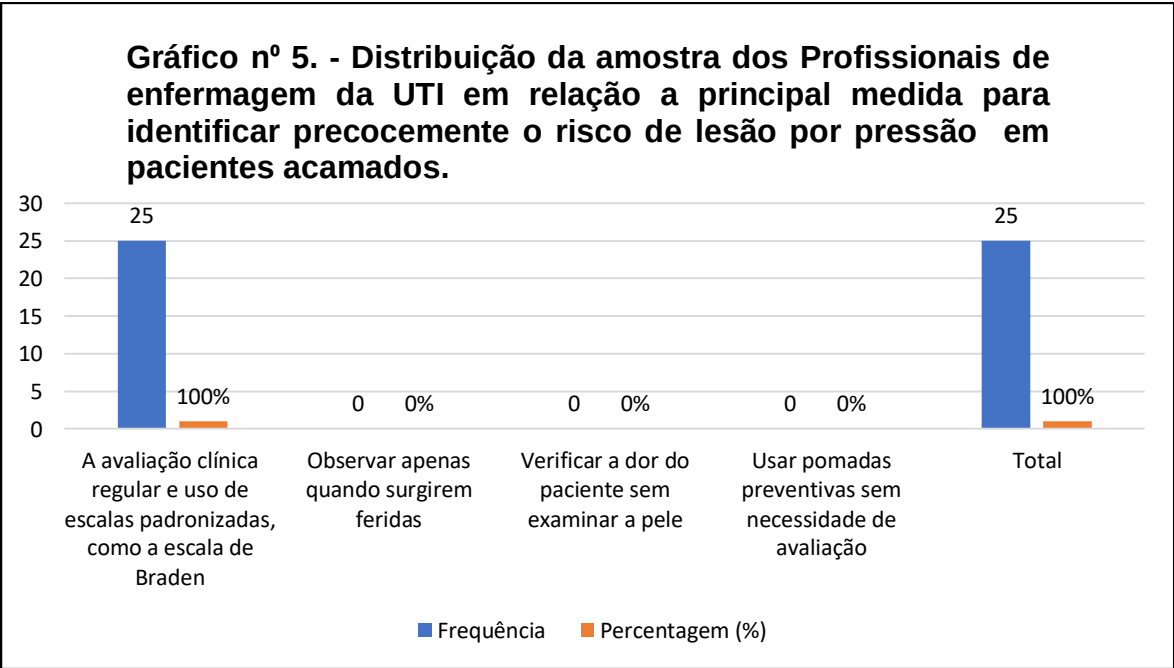
A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel, os dados apresentam-nos que dezassete (17) responderam que têm de 2 a 8 anos de serviço, correspondendo a 68%, Sete (7) responderam que têm 10 a 18 anos de serviço, correspondendo a 28%, Um (1) responderam que têm 20 a 30 anos de serviço. Com está análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Parte II: Caracterização Profissional sobre a lesão por pressão.

Tabela nº 6- Distribuição da amostra dos Profissionais de enfermagem da UTI em relação a principal medida para identificar precocemente o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.

Designação	Frequência	Percentagem (%)
A avaliação clínica regular e uso de escalas padronizadas, como a escala de Braden	25	100%
Observar apenas quando surgirem feridas	0	0%
Verificar a dor do paciente sem examinar a pele	0	0%
Usar pomadas preventivas sem necessidade de avaliação	0	0%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

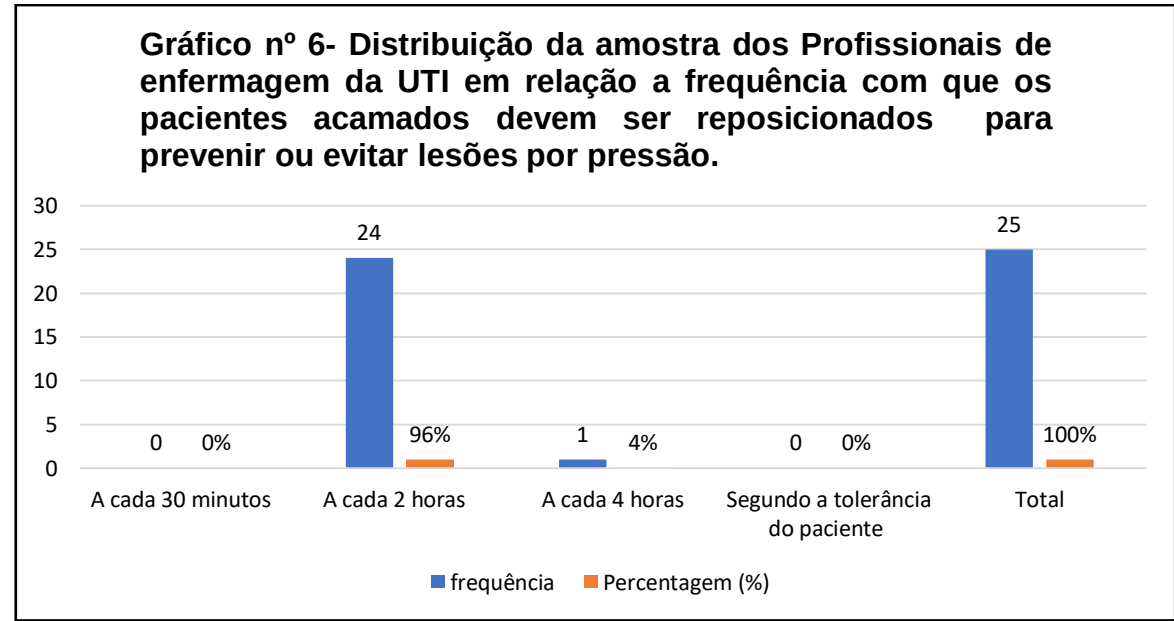
A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel quanto a principal medida para identificar precocemente o risco de lesão por pressão em pacientes acamados. Vinte e cinco profissionais (25) correspondendo a 100%, responderam que a principal medida para identificar precocemente o risco de lesão por pressão é avaliação clínica regular e uso de

escalas padronizadas, como a escala de Braden correspondendo a 100%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

Tabela nº 7- Distribuição da amostra dos Profissionais de enfermagem da UTI em relação a frequência com que os pacientes acamados devem ser reposicionados para prevenir ou evitar lesões por pressão.

Designação	frequência	Percentagem (%)
A cada 30 minutos	0	0%
A cada 2 horas	24	96%
A cada 4 horas	1	4%
Segundo a tolerância do paciente	0	0%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

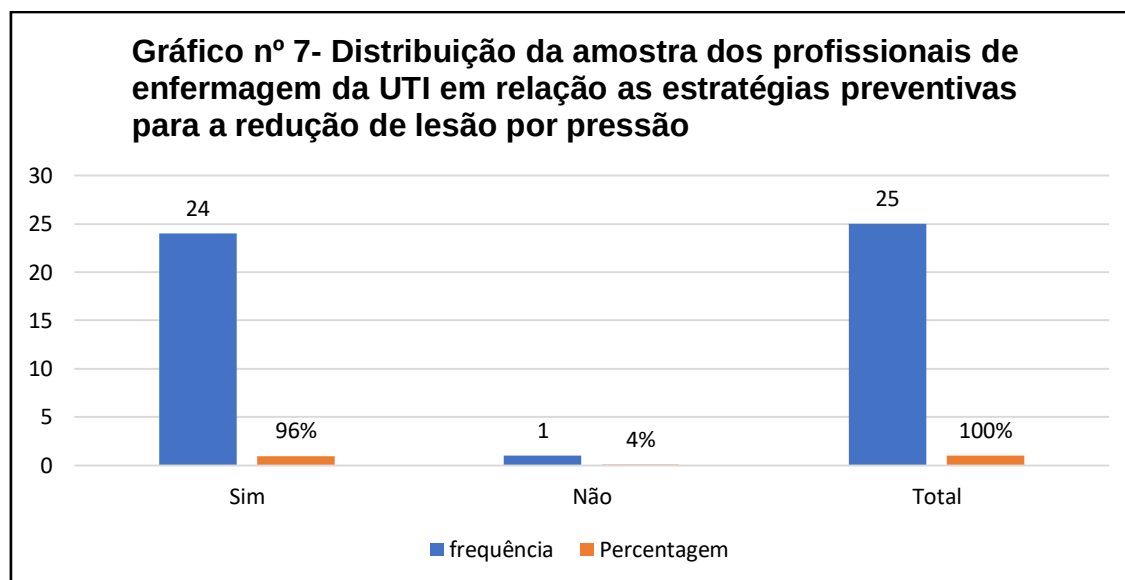
A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel, os dados nos apresentam que 96%, responderam que a frequência com que os pacientes acamados devem ser ser reposicionados para prevenir ou evitar lesões por pressão é a cada 2 horas, 4% que os pacientes devem

ser reposicionados em cada 4 horas. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Tabela nº 8- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação as estratégias preventivas para a redução de lesão por pressão.

Designação	frequência	Percentagem
Sim	24	96%
Não	1	4%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



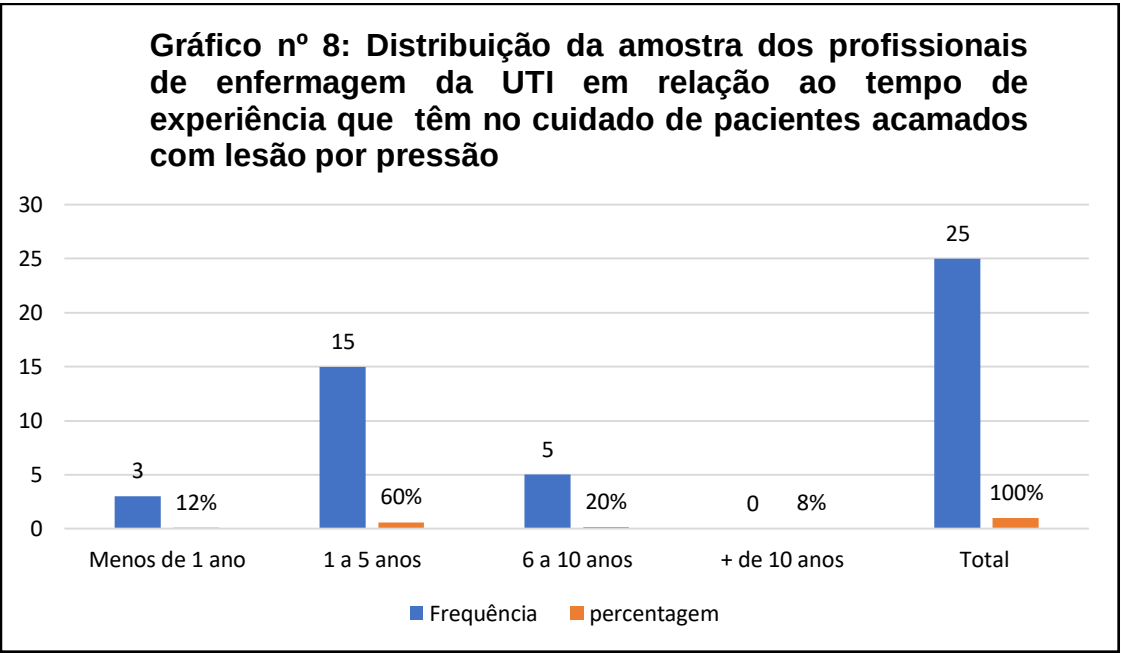
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem na UTI do Hospital Josina Machel, os dados apresentam-nos que vinte e quatro (24) que perfazem 96% responderam que “Sim” que utilizam estratégias preventivas para a redução de lesão por pressão e um (1) que perfaz 4% respondeu que não utilizam as mesmas. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueritos, perfaz 100%.

Tabela nº 9- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação ao tempo de experiência que têm no cuidado de pacientes acamados com lesão por pressão.

Descrição	Frequência	Percentagem
Menos de 1 ano	3	12%
1 a 5 anos	15	60%
6 a 10 anos	5	20%
+ de 10 anos	2	8%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

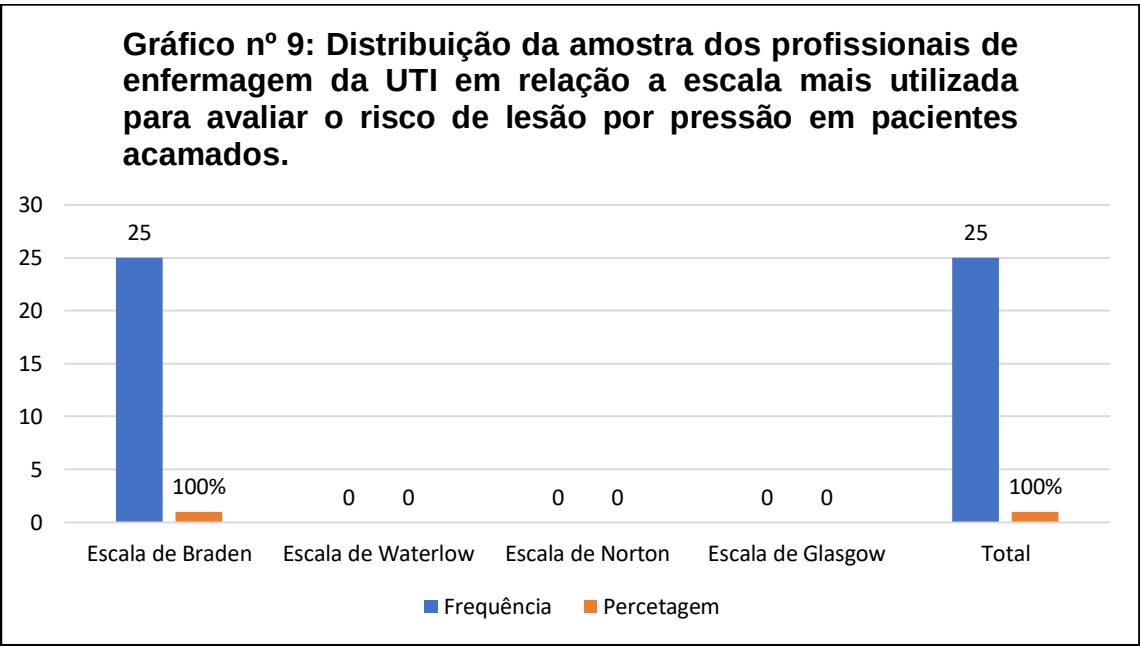
A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem na UTI do hospital Josina Machel. Os dados obtidos nos apresentam que Três (3) profissionais de enfermagem responderam que têm um tempo de experiência menos de 1 ano no cuidado de pacientes acamados com lesão por pressão, correspondendo a 12%, Treze (15) profissionais que somam 60%, responderam que 1 a 5 anos de experiência no cuidado de pacientes acamados com lesão por pressão, Cinco (5) profissionais de enfermagem que formam 20%, responderam que têm 6 a 10 anos de experiência no cuidado de pacientes acamados com lesão por pressão e dois (2)

profissionais de enfermagem que somam 8%, responderam que têm mais de 10 anos de experiência. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfaz 100%.

Tabela nº 10- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a escala mais utilizada para avaliar o risco de lesão por pressão em pacientes acamados.

Descrição	Frequência	Percetagem
Escala de Braden	25	100%
Escala de Waterlow	0	0
Escala de Norton	0	0
Escala de Glasgow	0	0
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a apartir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a apartir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

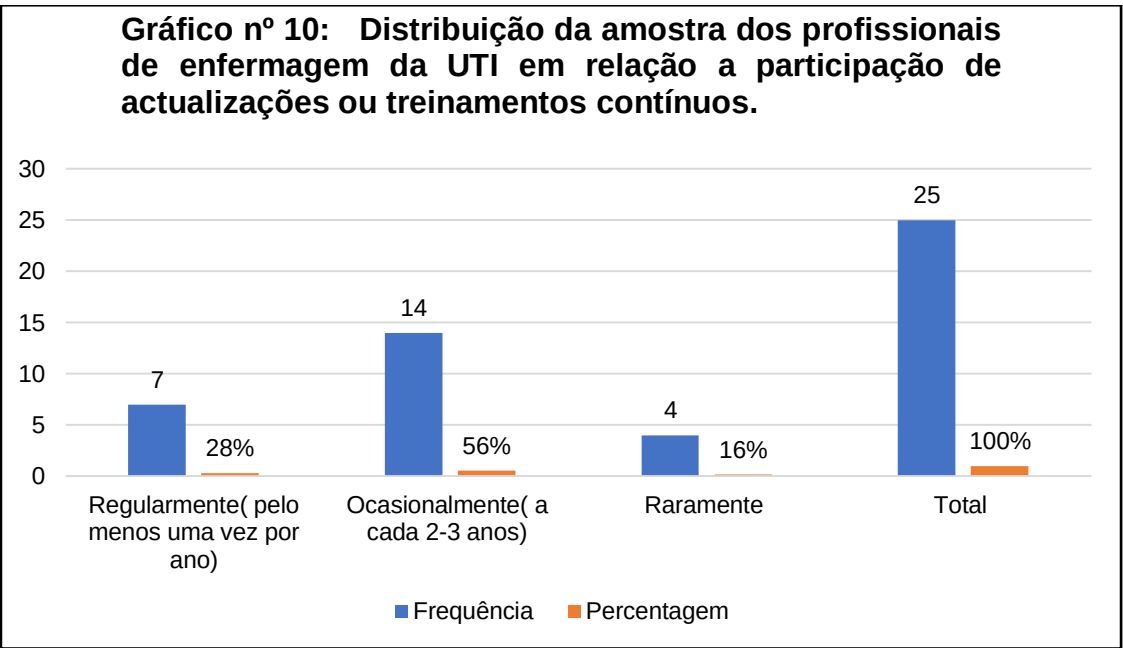
A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel quanto a inspeção diária da pele ser essencial para pacientes acamados com lesão por pressão. Vinte e cinco profissionais de enfermagem da UTI (25) correspondendo a 100%, responderam a escala de Braden é a escala mais utilizada para avaliar o risco de lesão por pressão em pacientes

acamados . Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

Tabela nº 11- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a participação de actualizações ou treinamentos contínuos.

Descrição	Frequência	Percentagem
Regularmente(pelo menos uma vez por ano)	7	28%
Ocasionalmente(a cada 2-3 anos)	14	56%
Raramente	4	16%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a apartir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a apartir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

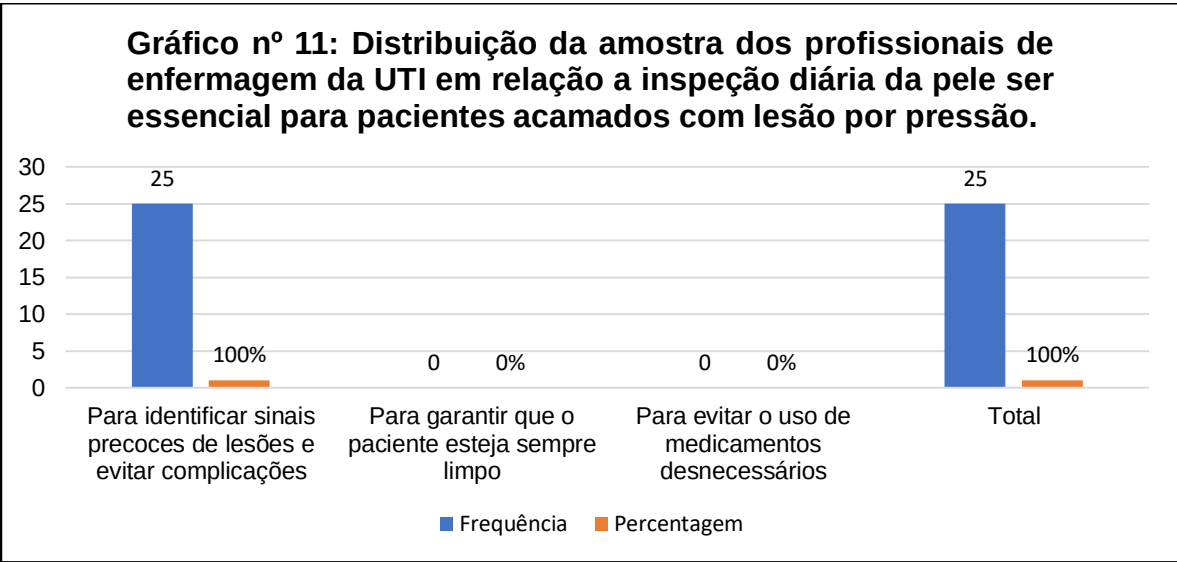
Em relação a participação de actualizações ou treinamentos contínuos, os dados apresentam-nos sete (7) profissionais responderam que participam de actualizações ou treinamento contínuos regularmente que corresponde a 28%, quatorze (14) profissionais de enfermagem responderam que participam de actualizações ou treinamentos contínuos ocasionalmente que corresponde a 56%, quatro (4) profissionais de enfermagem responderam que participam de

actualizações ou treinamentos contínuos raramente o que corresponde 16%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

Tabela nº 12- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a inspeção diária da pele ser essencial para pacientes acamados com lesão por pressão.

Descrição	Frequência	Porcentagem
Para identificar sinais precoces de lesões e evitar complicações	25	100%
Para garantir que o paciente esteja sempre limpo	0	0%
Para evitar o uso de medicamentos desnecessários	0	0%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

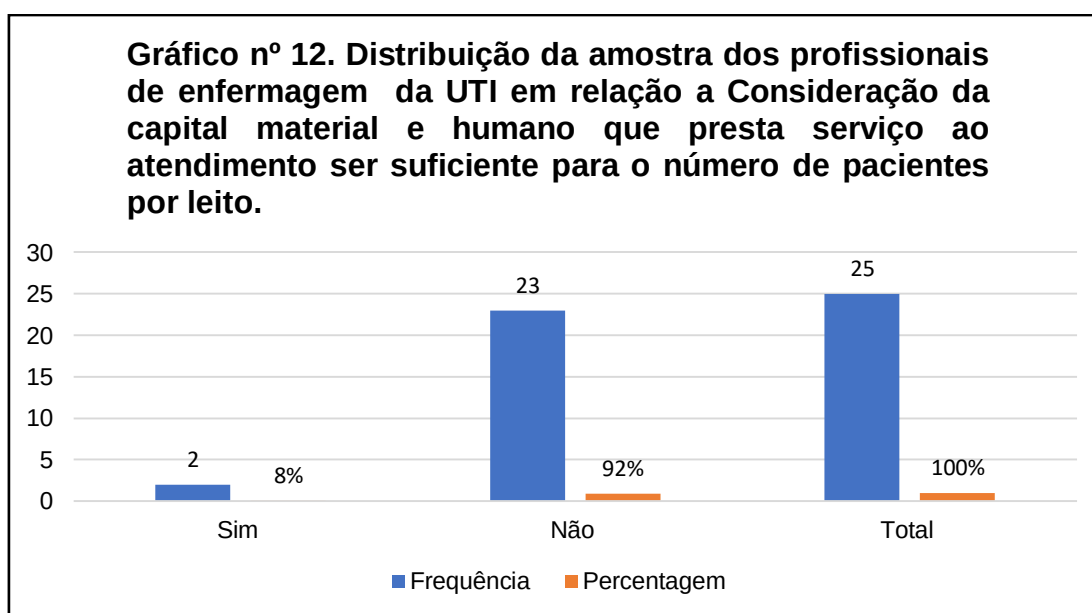
A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel quanto a inspeção diária da pele ser essencial para pacientes acamados com lesão por pressão. Vinte e cinco profissionais (25) correspondendo a 100%, responderam que a inspeção diária da pele é essencial

para identificar sinais precoces de lesões e evitar complicações. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

Tabela nº 13- Distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI em relação a Consideração da capital material e humano que presta serviço ao atendimento ser suficiente para o número de pacientes por leito.

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	2	8%
Não	23	92%
Total	25	100%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados recolhidos na UTI do Hospital Josina Machel (2025).

A distribuição da amostra dos profissionais de enfermagem da UTI do Hospital Josina Machel, os dados obtidos nos apresentam que dois (2) profissionais que correspondam a 8%, responderam que “Sim” consideram a capital material e humana que presta serviço ao atendimento ser suficiente para o número de pacientes por leito, já Vinte e três (23) correspondendo a 92%, responderam “Não” consideram que a capital material e humana que presta serviço ao atendimento do número de pacientes por leito. De acordo com as respostas da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

CONCLUSÕES

No terceiro trimestre de 2024, os cuidados integrais aos pacientes acamados com lesões por pressão assistidos na unidade de tratamento intensivo do Hospital Jsiona Machel revelaram avanços significativos, mas também indica, áreas de melhorias que podem contribuir.

Analizou-se que, a implementação de estratégias de cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão requer uma abordagem colaborativa e um compromisso contínuo com a qualidade de atendimento. A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial não apenas na prevenção e tratamento das lesões por pressão, mas também no monitoramento contínuo e na educação tanto do paciente quanto da equipe de saúde.

Identificou-se que, a principal medida para identificar precocemente do risco de lesão por pressão em pacientes acamados são: a principal medida é avaliação clínica regular, uso de escalas padronizadas como a escala de Braden.

Descreveu-se de forma cuidada a inspeção diária da pele ser essencial para pacientes acamados com lesão por pressão, os inqueridos apontaram a participação de actualizações ou treinamentos contínuos, os dados apresentam-nos sete (7) profissionais responderam que participam de actualizações ou treinamento contínuos regularmente que corresponde a 28%, quatorze (14) profissionais de enfermagem responderam que participam de actualizações ou treinamentos contínuos ocasionalmente que corresponde a 56%, quatro (4) profissionais de enfermagem responderam que participam de actualizações ou treinamentos contínuos raramente o que corresponde 16%. Com esta análise e interpretação da amostra dos inqueridos, perfazendo 100%.

SUGESTÕES

Mediante a análise feita, sugeriu-se para os Profissionais de Enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Josina Machel o seguinte:

- ✓ Que se realize uma avaliação detalhada de risco utilizando as escalas de Braden, Norton ou Warterlow, logo na admissão do paciente e periodicamente durante a internação.
- ✓ Que se implemente um protocolo de rotação de posição a cada 2 horas (segundo a tolerância do paciente) para prevenir o aumento da pressão nas áreas vulneráveis, como: sacro, calcanhares, ombros e cotovelos.
- ✓ Que se invista no uso de superfícies de alívio de pressão (colchões de ar, colchões de espuma viscoelástica, almofadas de gel ou de ar) que distribuem de forma mais uniforme o peso corporal e minimizam as áreas de compressão.
- ✓ Que se procure trabalhar em conjunto com nutricionistas para garantir que o paciente receba uma dieta adequada, rica em proteínas, vitaminas (principalmente vitamina C e zinco) e minerais para promover a cicatrização de feridas.
- ✓ Que os enfermeiros mantenham as lesões limpas e bem cuidadas com o uso de curativos adequados, como curativos de espuma , que promovem a cicatrização, protegem contra infecção local (vermelhidão, secreção purulenta, calor) e garantir a troca frequente dos curativos, conforme necessário.
- ✓ Que se realize treinamentos regulares para a equipe de enfermagem sobre melhores práticas no manejo de lesões por pressão e cuidados integrais aos pacientes acamados.
- ✓ Que se implemente estratégias para o controlo da dor, especialmente em pacientes com lesões por pressão de grau avançado.
- ✓ Que haja registros detalhados sobre a condição da pele, lesão por pressão, intervenções realizadas e evolução do quadro em anotações de enfermagem.
- ✓ Que se implente protocolos de mobilização precoce, mesmo em pacientes críticos, sempre que possível, para ajudar na recuperação da mobilidade e reduzir o risco de lesões por pressão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo T. M. de; Araújo M. F. M. de; Caetano J. A. (2011). *Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico*. Acta Paul Enferm., v. 24, n. 5, p. 695-700.
- Araújo, T. M., Rocha, S. S., & Oliveira, N. F. (2019). *Prevenção e tratamento de lesões por pressão: Evidências para o cuidado*. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(2), 488-494.
- Barakat-Johnson, M., Barnett, C., Wand, T., White, K., & Coyer, F. (2020). *Pressure injury prevention for COVID-19 patients in a prone position*. Wound Practice and Research, 28 (2), 85-92.
- Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L., & Cuddigan, J. (2020). *Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 47 (2), 161-168.
- Blanes, A. I. (2014). *A escala de Waterlow avalia sete tópicos principais: relação peso/altura (IMC)*. Enfermagem e Terapias Intensivas,
- Brandão, M. A. G., Mandelbaum, M. H., & Santos, I. (2013). *Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente*. Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro.
- Braden, B., & Bergstrom, N. (1988). *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Revista Brasileira da Ciência da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Caderno de atenção domiciliar: volume 1. Ministério da Saúde*. Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro.
- Benetti, E. R. & Santos, R. M. R. (2017). *Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: 1ª edição*. Londrina: INESUL.
- Borghardt, A. T., Prado T. N. do, Araújo T.M. de, Rogenski N. M. B., Bringuente M. E. de O. (2015). *Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em*

pacientes críticos: uma coorte prospectiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v.23, n.1, p:28-35.

- Campos, S. F., Chagas, A. C., Costa, A. B. P., França, R. E. de M, Jansen, A. K. (2010). *Factores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição* RevNutr[internet].2010;23(5):703-14. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141552732010000500002&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/rn/v23n5/a02v23n5.pdf>.
- Creswell, J. W. (2020). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (5th ed.). Sage Publications.
- Cynthia, A. (2021). *Integral care in modern nursing: Challenges and strategies*. New York: Health Press.
- Costa, A., & Santos, L. (2005). *Manejo da Dor em Pacientes com Lesões por Pressão*. *Enfermagem em Saúde*, 35 (1), 117-124.
- Cohen, L. , Manion, L., & Morrison, K. (2021). *Research methods in education*. 9th edition. Routledge.
- Correia, A. de S. B. e Santos, I. B. da C. (2019). *Lesão por pressão: medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de enfermagem*. *Revista Brasileira da Ciência da Saúde*. 2019; 23 (1): 33-42.
- CFM - NPUAP, (2016). *National pressure ulcer advisory panel. Pressure Injury Stages*. Washington.
- CFM - NPIAP - National Pressure Injury Advisory Panel (2021). *Prevention and treatment of pressure injuries: Clinical practice guideline*. (2nd ed.). NPIAP.
- CFM - Conselho Federal de Medicina. (2022). *Resolução nº 2.271/2020 – Diretrizes para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva*. Diário Oficial da União.
- Chen, L., & Robinson, D. (2021). *Critical Care Concepts: An Introduction to Intensive Care Medicine*. Chicago: Critical Health Books.
- Deborah, J. (2021). *Comprehensive care: An evolving paradigm in nursing practice*. London: Global Health Publishing.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2020). *The sage handbook of qualitative research*. 5ª edição. Sage Publications.
- EPUAP, NPIAP & PPPIA. (2019). *Prevenção e tratamento de lesões por pressão: Directriz de prática clínica internacional*. E. Haesler, Edição.
- Freitas, M. C.; Fernandes, M. A. B.; Almeida, P. C.; Cavalcante. Guedes M. V, de G. ft, Nogueira, J. de M. (2015). *Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco*. Rev. Gaúcha de Enf. Online, Porto Alegre, v.32, n.1, p. 143-150.
- Ferreira, G. M., Costa, F. L., & Souza, V. R. (2021). *Complicações Sistêmicas das Lesões por Pressão: Uma Revisão de Casos Clínicos*. Enfermagem e Terapias Intensivas, 25 (2), 202-209.
- Ferreira, R. A. (2022). *Desafios e perspectivas no cuidado intensivo: uma análise do ambiente de tratamento crítico*. Revista Brasileira de Cuidados Intensivos, 15 (2), 45–56.
- Feyerabend, P. (2021). *Against method*. (4th ed). Verso.
- Field, A. (2021). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (5th ed.). sage Publications.
- Hacking, I. (2021). *The emergence of probability: A philosophical study of early ideas about probability, induction, and statistical inference*. Cambridge University Press.
- Hernandez, P. , Jacobs, S., & Nelson, M. (2020). *Early skin assessment in critically ill patients: A guide for pressure ulcer diagnosis*. Journal of Critical Care Nursing, 23 (4), 215-223.
- Galvão, N. S. Serique, M. A. B., Santos, V. L. C. D. G., & Nogueira, P. C. (2017). *Conhecimento da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão*. Revista Brasileira de enfermagem, 70, 294-300.
- Garcia, M., & Patel, R. (2021). *Principles of Intensive Care: Understanding Modern Practices*. London: Health Publications.

- Gillespie, B. M. , Chaboyer, W., & Foster, M. (2021). *Early detection of pressure ulcers in ICU patients: A clinical guide*. International Journal of Nursing Studies, 57, 72-81.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Foster, M. (2020). *Nutrition and pressure ulcer healing: A comprehensive review*. Wound Care Journal, 35 (1), 45-51.
- Johnson, R. B., & Christensen, L. (2019). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches*. 7ª edição. SAGE. Publications.
- Kottner, J., Dassen, T., & Bender, C. (2020). *Prevention and treatment of pressure ulcers: A review of clinical practices*. Journal of Wound Care, 29 (2), 93-100.
- Lalonde, L., Cloutier, J., & Gosselin, D. (2020). *Pressure ulcer prevention in intensive care: A comprehensive review of strategies*. Critical Care Nurse, 40 (2), 31-42.
- Lalonde, L., Cloutier, J., & Gosselin, D. (2020). *Differentiating pressure ulcers from other skin conditions in ICU patients*. Critical Care Medicine, 48(3), 397-404.
- Lippincott, W. (2020). *Wound care essentials: A guide to prevention and management*. (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Lima, T., & Oliveira, F. (2022). *Factores que Afectam a Cicatrização de Lesões por Pressão em Pacientes Críticos* Journal of Wound Care, 31(5), 338-345.
- Lobato, L. C. (2017). *Telecondutas – Lesão por pressão*. Porto Alegre : TelessaúdeRS-UFRGS.
- Norton, H. J. (1962). *An investigation of the predictive value of the Norton Scale in the development of pressure sores*.
- Martins, E., Silva, F., & Oliveira, L. (2019). *Effectiveness of semi-supine positioning in preventing pressure ulcers in critically ill patients*. Critical Care Nursing Quarterly, 42 (2), 145-152.
- Messer, M. S. (2012). *Development of a Tool for Pressure Ulcer Risk Assessment and Preventive Interventions in Ancillary Service Patients*. 2012. 24 f. *Dissertação de Mestrado* – University of South Florida, Flórida, 2012.

- Mervis, J. S. & Phillips, T. J. (2018). *Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation*. Journal American Academic Dermatology, v. 81, n. 4, p. 881-90, doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.069.
- Michael, E. (2022). *The patient as a central figure: Redefining roles in modern healthcare*. Chicago: MedPress.
- Michael, J. (2020). *Pressure injuries: Prevention, management, and care*. Boston: Clinical Health Publishing.
- Moore, Z. E. H., & Cowman, S. (2021). *Pressure ulcer prevention and management: A systematic review*. Journal of Clinical Nursing, 29 (7-8), 1129-1137.
- Moore, Z. E. H., Webster, J., & Cowman, S. (2020). *Repositioning for pressure ulcer prevention*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD009958.
- Oliveira, J. M. (2022). *Modelos de atendimento em cuidados críticos: definição e desafios na UTI*. Revista Saúde e Inovação, 9 (1), 75–88.
- Oliveira, M., & Souza, A. (2020). *Infecção em Lesões por Pressão: Aspectos e Abordagens Clínicas*. Journal of Clinical Nursing, 25 (3), 192-199.
- Oliveira, J. O., & Santos, M. A. (2021). *Preventivo de Lesão por Pressão: Um Desafio Multidisciplinar*. Revista de Enfermagem Contemporânea, 10(1), 45-55.
- Onie, R. (2022). *The Integration of Health and Social Care: A Patient-Centered*.
- Patton, K., & Deiter, P. (2020). *Pain management in pressure ulcer patients: A review of clinical interventions*. Journal of Advanced Nursing, 76(5), 1154-1163.
- Pedroni, R. B. (2014). *O impacto da desnutrição no desenvolvimento e na gravidade das úlceras por pressão: uma revisão da literatura*. Passo Fundo, v. 11, n. 1, p. 89-102.
- Popper, K. (2021). *Textos escolhidos. Seleção e organização por David Miller*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Contraponto Editora.

- Rocha, A. B. L., e Barros, S. M. O. (2007). *Avaliação de riscos de úlceras por pressão: Propriedades de medida da versão em Português da Escala de Waterlow. Escola Paulista de enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, R. Napaleão de Barros. São Paulo-Brasil-Acta Paulista.*
- Rolim, J. A., Castilho, N. C. M., Souza, M. C., & Melo, C. M. M. (2013). *Prevalência e factores associados à lesão por pressão em pacientes hospitalizados. Revista Brasileira de Enfermagem, 66 (6), 926-932.*
- Rosenthal, E. (2022). *An American Sickness: How Healthcare Became Big Business and How You Can Take It Back.* Journal of Advanced Nursing, 68 (4),
- Rockenbach, W. F, Borges, C. M, Amaral A. B., Bordin, R. E. (2012) . *Risk factors for development of pressure ulcers in an intensive care unit. ConScientiae Saúde, Universidade Nove de Julho. São Paulo, Brasil, vol. 11, núm. 2, abril-junio,pp. 249-2559.*
- Saraiva, I. L.; Paula, M. F. C.; Carvalho, R. (2014). *Úlcera por pressão no período transoperatório: ocorrência e factores associados. Rev. SOBECC, v. 19, n. 4, p. 207-213.*
- Sarantakos, S. (2020). *Pressure ulcer assessment and monitoring: Guidelines for clinical practice. Wound Healing International, 29 (2), 120-129.*
- Silva, M. R., & Ferreira, L. A. (2021). *Integral care in nursing: A holistic approach to patient well-being. São Paulo: Editora Saúde Integral.*
- Souza, T. C., Monteiro, D. R., Tanaka, R. Y. (2020). *Cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa. Research, Society and Development, 59 (10), p.1-15, 2020.*
- Souza, D. F., & Almeida, C. S. (2020). *Impacto das Lesões por Pressão na Qualidade de Vida dos Pacientes: Uma Revisão Crítica. Revista Brasileira de Enfermagem, 63 (4), 330-337.*

- Sobest, T. e Sobende, N. (2016). *Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia*. Consenso NPUAP - Brazil.
- Schaefer, C. P., Hager, D., & Whittle, M. (2021). *Pressure ulcer risk assessment and diagnosis in critically ill patients*. *Critical Care Nurse*, 41 (2), 50-59.
- Schols, H. (2019). *Factores associados à lesão por pressão em pacientes hospitalizados*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (6), 926-932.
- Thompson, A., & Williams, B. (2021). *Intensive Care Units: A Comprehensive Overview*. New York: Academic Press.
- Vasconcelos, J. de M. B.; Caliri, M. H. L. (2017). *Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care*. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 1–9.
- Walden, C. M. (2013). *Mobilization of the obese patient and prevention of injury*. *Annals of Surgery*, v. 258, n. 4, p. 646–650.
- Waterlow, J. (1985). *The Waterlow Pressure Sore Risk Assessment Scale*. *Journal of Wound Care*, 40 (3), 76-88.
- Wechi, B. (2017). *Modelos de atendimento em cuidados críticos: definição e desafios na UTI*. *Revista Saúde e Inovação*, 159 (6).6.
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. Sage Publications.
- Zhao, J., Li, Y., & Li, H. (2021). *Advances in diagnostic tools for pressure ulcer detection in intensive care units*. *Journal of Wound Care*, 30 (2), 58-65.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UTI DO HOSPITAL JOSINA MACHEL

Autora:	Ruth Mavita Kiama
Título do TFC:	Cuidados integrais aos pacientes acamados com lesão por pressão assistidos no Hospital Josina Machel no III Trimestre de 2024.

Ruth Mavita Kiama, estudante finalista do curso de Enfermagem pelo Instituto Superior de Angola (ISA), e encontrando-me a elaborar o TFC para a obtenção do título de Licenciada. Desta feita, pretendo obter informações para sustentar a pesquisa, respeitando as normas bioéticas e o anonimato

I.- Com respeito aos profissionais de enfermagem da UTI.

Venho mui respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder as únicas e exclusivamente fonte de recolha de dados.

Assinala com um **X** nos quadrados das questões que seguem:

1. Qual é o teu gênero?

☐ Masculino.

☐ Feminino.

2. Qual é a sua faixa etária?

☐ 20 – 40.

☐ 40 – 60.

3. Qual é o seu nível de escolaridade como profissional de enfermagem?

☐ Técnico básico.

☐ Técnico Médio.

☐ Licenciado/a.

4. Qual é o seu tempo de serviço?

☐ 1 a 10 anos de serviço.

☐ 10 a 20 anos de serviço.

☐ Mais de 20 anos.

5. Qual a principal medida para identificar precocemente o risco de lesão por pressão em pacientes acamados?

☐ A avaliação clínica regular e uso de escalas padronizadas, como a Escala de Braden.

☐ Observar apenas quando surgirem feridas.

☐ Verificar a dor do paciente sem examinar a pele.

☐ Usar pomadas preventivas sem necessidade de avaliação.

6. Com que frequência um paciente acamado deve ser reposicionado para prevenir ou evitar lesões por pressão?

☐ A cada 30 minutos.

☐ A cada 2 horas.

☐ A cada 4 horas.

☐ Segundo a tolerância do paciente.

7. Têm utilizado estratégias preventivas para a redução do risco de lesão por pressão?

☐ Sim.

☐ Não.

8. Quanto tempo de experiência têm no cuidado de pacientes acamados com lesões por pressão?

☐ Menos de 1 ano.

☐ 1 a 5 anos.

☐ 6 a 10 anos.

☐ + de 10 anos.

9. Qual escala é mais utilizada para avaliar o risco de lesão por pressão em pacientes acamados?

☐ Escala de Braden.

☐ Escala de waterlow.

☐ Escala de Norton.

☐ Escala de Glasgow.

10. Têm participado de actualizações ou treinamentos contínuos sobre lesão por pressão?

☐ Regularmente (pelo menos uma vez por ano).

☐ Ocasionalmente (a cada 2-3 anos).

☐ Raramente.

11. Por que a inspeção diária da pele é essencial para pacientes acamados com lesão por press?

☐ Para identificar sinais precoces de lesões e evitar complicações.

☐ Para garantir que o paciente esteja sempre limpo.

☐ Para evitar o uso de medicamentos desnecessários.

12. Você considera que o capital material e humano que presta serviço ao atendimento, é suficiente para o número de paciente por leito?

☐ Sim.

☐ Não.

Grata pela sua participação.

ANEXOS