

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESÃO POR PRESSÃO REALIZADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE TERAPIA INTENSIVA

PRESSURE ULCER PREVENTIVE MEASURES PERFORMED IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITS

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESIONES POR PRESION REALIZADAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Bruna Amato Jordão Pinto¹

Dóris Sílvia Barbosa de Souza¹

Bruna Cury Borim¹

Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro¹

(<https://orcid.org/0000-0002-2163-2838>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5750-5198>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4341-0037>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1016-0484>)

Descritores

Prevenção & controle; Enfermagem;
Pediatria; Lesão por pressão;
Unidades de terapia intensiva;
Educação continuada

Descriptors

Prevention & control; Nursing;
Pediatrics; Pressure ulcer; Intensive
care units; Education continuing

Descriptores

Prevención & control; Enfermería;
Pediatria; Úlcera por presión;
Unidades de cuidados intensivos;
Educación continua

Recebido

28 de Abril de 2020

Aceito

10 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Bruna Amato Jordão Pinto

E-mail: bruninha.aj@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar medidas aplicadas pela enfermagem para prevenir Lesões Por Pressão (LPP) em pacientes de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, antes e após treinamento.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, transversal, desenvolvido em um hospital de nível terciário. A amostra foi composta por 118 pacientes. A coleta de dados foi realizada no formato de checklist de acordo com 3 variáveis: I) Relacionadas às características da amostra; II) Relacionadas à avaliação de risco para LPP e III) Relacionadas à identificação do risco de LPP. Posteriormente foi realizado um treinamento e, em seguida realizada nova coleta, com comparação dos dados.

Resultados: As LPP no setor corresponderam a 7,5% antes do treinamento e 2,0% após. Pode-se identificar que 57,4% dos pacientes estavam expostos ao risco de LPP antes e 60,9% após. Foi observado na beira do leito que antes do treinamento, 46,2% dos pacientes apresentavam-se na posição adequada estabelecida pelo setor naquela hora do dia e, após o treinamento, eram 92,1% dos pacientes.

Conclusão: Verificou-se a melhora na realização dessas medidas preventivas e a necessidade de treinamento frequente com os profissionais da saúde. Os enfermeiros devem trabalhar no aprimoramento dessas ferramentas para melhor avaliação do risco das LPP, bem como medidas preventivas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate measures applied by nursing to prevent Pressure Ulcers in patients in pediatric intensive care unit, before and after training.

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional study, developed in tertiary-level hospital. The sample consisted of 118 patients. Data collection was performed in the checklist format according to 3 variables: I) Related to sample characteristics; II) Related to risk avaluation for LPP and III) Related to risk identification for LPP. Subsequently, training was carried out and then a new collection, comparing the data.

Results: LPP in the sector corresponded to 7.5% before training and 2.0% after. It can be identified that 57.4% of patients were exposed to the risk of pressure ulcers before and 60.9% after. It was observed at the bedside that, before training, only 46.2% of the patients were in the appropriate position established by the sector at that time of the day and after 92.1% were.

Conclusion: There was an improvement in the performance of these preventive measures and the need for frequent training with health professionals. Nurses should work on improving these tools to better the evaluation of risk of pressure ulcers, as well as preventive measures.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar medidas aplicadas por la enfermería para prevenir lesiones por presión (LPP) en pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, antes y después del entrenamiento.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desarrollado en un hospital de tercer nivel. La muestra consistió en 118 pacientes. La recolección de datos se realizó en el formato de lista de verificación de acuerdo con 3 variables: I) Las características de la muestra; II) La evaluación de riesgos para LPP y III) La identificación del riesgo de LPP. Posteriormente, se llevó a cabo la capacitación y luego se realizó una nueva colección, comparando así los datos.

Resultados: LPP en el sector correspondió a 7.5% antes del entrenamiento y 2.0% después. Se puede identificar que el 57.4% de los pacientes estuvieron expuestos al riesgo de LPP antes y el 60.9% después. Se observó en la cabecera que antes del entrenamiento, solo el 46.2% de los pacientes estaban en la posición apropiada establecida por el sector a esa hora del día y después 92.1% estaban.

Conclusión: Hubo una mejora en el desempeño de estas medidas preventivas y la necesidad de capacitación frecuente con profesionales de la salud. Las enfermeras deberían trabajar en mejorar estas herramientas para evaluar mejor el riesgo de LPP, así como medidas preventivas.

¹Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Como citar:

Pinto BA, Souza DS, Borim BC, Ribeiro RC. Medidas preventivas de lesão por pressão realizadas em unidades pediátricas de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2021;12(1):105-10.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3586

INTRODUÇÃO

Uma das consequências mais comuns, resultante da longa permanência dos pacientes em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. As lesões por pressão (LPP) têm sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, causando impacto para os pacientes, seus familiares e para o sistema de saúde; com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos, representando uma das maiores complicações que acometem os pacientes críticos hospitalizados, além de ser um tratamento que ocupa o terceiro lugar nos gastos da saúde.⁽¹⁻³⁾

Entende-se por LPP lesões localizadas na pele e/ou tecidos moles subjacente, sobre uma proeminência óssea,⁽⁴⁾ resultantes da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento em uma superfície, causado pela fricção.^(2,5)

De acordo com *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), as LPP são classificadas em estágios de I a IV, que representa a profundidade das lesões e ainda existem as lesões não classificáveis, como as lesões tissulares profundas; lesões relacionadas ao uso de dispositivo médico e lesões em membranas mucosas.^(6,7)

As LPP são consideradas um grave problema de saúde pública mundial,⁽⁸⁾ sendo um evento adverso multifatorial, ou seja, um problema evitável e de difícil controle; logo, os profissionais e estabelecimentos de saúde podem ser responsabilizados pelo seu surgimento.⁽⁹⁾

A presença de LPP está associada negativamente à qualidade do cuidado, sendo considerada como um indicador revelador da má qualidade dos cuidados prestados; no entanto, esse é um problema multifatorial,⁽¹⁰⁾ que inclui fatores extrínsecos, relativos à exposição física do paciente, como o uso de sedativos, pacientes internados em longo período de tempo e imobilização física e em fatores intrínsecos, inerentes à sua condição clínica, como alterações hemodinâmicas, anemia, desnutrição, diminuição do nível de consciência, alterações nutricionais, incontinência urinária e/ou fecal e extremos de idade.^(2,4,9,11,12)

As ações de prevenção das LPP geram impactos econômicos importantes. Por outro lado, a ocorrência de LPP pode demandar, maiores gastos, investimento de tempo e trabalho da equipe, além de gerar processos judiciais tanto para os profissionais responsáveis pelo cuidado, quanto para as instituições de saúde.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Apesar da dificuldade e das repetitivas tentativas de se abordar o assunto com os profissionais, a problematização referente às lesões é mais correlacionada aos adultos. Na pediatria, esta realidade não é tão reconhecida, fato que é considerado um dos fatores que contribuem para o risco que as crianças estão sujeitas.⁽¹⁵⁾

O processo de hospitalização infantil é marcante na vida da criança, pois neste momento ela se percebe frágil e impossibilitada.⁽¹⁶⁾ Dessa forma, conforme a gravidade da doença, a criança poderá ter complicações que prolongam o seu tratamento ou dificultam a sua melhora clínica.⁽¹⁷⁾

A prevenção da LPP é uma tarefa multidisciplinar que deve ser exercida diariamente, na qual, a identificação e o tratamento precoce permitem uma redução significativa dos custos, previnem a progressão e aceleram a regeneração da LPP. A primeira medida preventiva deve ser a orientação adequada do paciente e de seus familiares, reforçadas por todos os profissionais envolvidos nos cuidados, buscando um tratamento melhor e mais eficaz.⁽⁶⁾

De acordo com estudo realizado na cidade de São Paulo,⁽¹⁸⁾ estima-se que a adoção de medidas preventivas reduz o risco entre 25 a 50% de se adquirir a LPP. Diante da importância da prevenção desses agravos, destaca-se a necessidade de avaliação do risco para o desenvolvimento de LPP, o qual deve ser feito diariamente.^(3,18) É importante a observação criteriosa e diária da pele, buscando-se áreas com suspeita de lesões, sendo toda a equipe responsável por essa investigação.⁽⁹⁾

Dentre as medidas de prevenção, algumas são essenciais para a evolução positiva desse tratamento, como mudança de decúbito; elevação do decúbito em até 30°; utilização de colchão caixa de ovo; utilização de coxins para conforto; utilização de identificações no leito para destacar os pacientes propensos a risco de LPP; hidratação da pele; troca de fraldas, uso de creme barreira e principalmente o uso de escalas específicas para avaliação e identificação de riscos para desenvolvimento da LPP.^(3,19)

Instrumentos específicos e validados, direcionam a intensidade das medidas preventivas, como por exemplo, a escala Braden Q, que avalia os riscos de LPP por meio de sete sub-escalas: mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição e perfusão tissular e oxigenação. Cada uma destas sub-escalas são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável), na qual se obter uma pontuação igual ou menor que 16 pontos, significa que o paciente em avaliação está exposto ao risco de desenvolver a LPP, e deve ser imediatamente identificado, para que então se inicie cuidados ainda mais específicos e intensivos.^(20,21)

De acordo com o Ministério da Saúde, os períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão, com a utilização da Escala de Braden Q, é a cada 24 horas nas unidades de terapia intensiva.⁽²²⁾

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe multidisciplinar nas Unidades de terapia intensiva (UTI), é responsável por gerenciar o cuidado, é o agente ativo na observação, notificação e tratamento de LPP nos serviços de saúde. O

planejamento do cuidado de enfermagem ao paciente crítico pediátrico é de sua competência legal, assim como o conhecimento sobre o assunto e a utilização de escalas que permitam avaliar suas evidências, devendo também desenvolver estratégias para prevenção de tais complicações.^(10,23)

Considerando necessária a implementação da Escala de Braden Q, a necessidade de novos estudos que contribuam para a atuação efetiva da equipe de enfermagem na prevenção de LPP, além da escassez de pesquisas publicadas sobre LPP em crianças no Brasil, justificou-se a relevância da realização desse estudo e sua colaboração na determinação dos fatores de risco associados à LPP.

Frente a isso o presente estudo teve como objetivo avaliar as medidas aplicadas para prevenir o aparecimento de Lesão por pressão em pacientes de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, antes e após treinamento aplicado.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

O estudo foi desenvolvido no Município de São José do Rio Preto, noroeste do Estado de São Paulo. A área de abrangência foram as Unidades de terapia intensiva do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto, setores que contavam com 23 leitos de UTI geral e cardiológica. O Hospital é o centro de referência para uma região que compreende 102 municípios e mais de 2 milhões de habitantes e conta com mais de 880 funcionários da área da saúde, com uma média de 1.000 internações/mês na pediatria.

A amostra foi de 118 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sendo 54 antes do treinamento e 64 após. Os critérios de seleção foram: estar internados em algum leito de UTI pediátrica e possuírem um prontuário atualizado.

A amostra foi obtida por meio de uma coleta de dados, no formato de auditorias, realizada no período de janeiro à abril de 2016, utilizando um instrumento específico, no formato de check list, de acordo com alguns dados pré estabelecidas presentes ou não no prontuário: I) Avaliação de risco para a LPP presentes e/ou descritas no prontuário, como: Presença de prescrição de enfermagem, impresso da escala de Braden Q e o preenchimento diário da mesma; II) Identificação ou características da amostra que são apontadas no prontuário, como: Total de leitos ocupados, número de casos de LPP no setor, idade média dos sujeitos e tempo médio de internação; III) Identificação do risco de LPP, não presentes no prontuário, porém, junto ao paciente, como: Quantificação dos pacientes que apresentam riscos de LPP, se estes leitos estão identificados segundo risco calculado na escala de Braden Q, verificação do posicionamento preconizado para

aquele horário do dia de acordo com rotina do setor e uso de acessórios para prevenção de LPP em cabeça, calcâneo, colchão caixa de ovo e traçado para movimentação.

Em seguida foi aplicado um treinamento, para os 40 profissionais de enfermagem, durante o expediente, em todos os turnos de trabalho dos setores em estudo. O treinamento tinha duração de aproximadamente vinte minutos, utilizando material expositivo, contendo conceitos sobre LPP, seus meios de prevenção e a importância da utilização da Escala de Braden Q de maneira correta.

Cerca de 15 dias após o treinamento foi realizada uma nova coleta de dados, no mesmo local de estudo e, de acordo com a porcentagem obtida, foi permitido comparar os dados anteriores e posteriores ao treinamento, possibilitando a verificação da adesão destes profissionais às medidas preventivas e se o treinamento auxiliou na conscientização da equipe, de forma a aprimorar ou traçar novos planos de prevenção do cuidado.

Os dados foram coletados de forma sigilosa, sem o registro de nomes, com a autorização do responsável por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, evitando riscos de exposição dos sujeitos.

Na análise dos dados, foi utilizado o teste exato de Fisher para testar a hipótese de associação entre que duas variáveis e determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada, ou de valores mais extremos.

Este estudo, seguiu as normas da Resolução CNS 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob parecer nº 1.397.928.

RESULTADOS

Destaca-se que 46,2% das crianças analisadas antes do treinamento e 67,1% após o treinamento tinham a idade média de zero a três anos. O tempo de internação média de seis a quinze dias, correspondeu a 48,1% das crianças antes do treinamento e 28,1% após. Lesões por pressão presentes no setor corresponderam a 7,5% antes do treinamento e apenas 2,0% após, conforme a tabela 1.

Antes do treinamento 70,3% das crianças possuíam o impresso da escala de Braden Q presentes no leito, das quais apenas 18,4% eram preenchidas diariamente, sendo que após o treinamento 93,7% possuíam o impresso e 96,6% deles eram preenchidos. Ainda antes do treinamento, 60% das crianças possuíam na prescrição de enfermagem ao menos três itens de prevenção à LPP e após o treinamento, esse percentual foi de 75%, de acordo com a tabela 2.

Identificou-se que 57,4% dos pacientes estavam expostos ao risco de LPP antes do treinamento e após eram 60,9%. Dentre os leitos identificados com risco de LPP,

Tabela 1. Identificação e características dos pacientes contidas nos prontuários

Variáveis	Pré-treinamento n(%)	Pós-treinamento n(%)	p-value
Idade média dos sujeitos			
0-3 anos	25(46,2)	43(67,1)	0,0259
4-7 anos	12(23,5)	15(23,4)	1,0000
8-12 anos	17(30,3)	6(9,5)	0,0044
Tempo médio de internação			
1-5 dias	17(31,4)	19(29,6)	0,8438
6-15 dias	26(48,1)	18(28,1)	0,0353
15 dias ou +	11(20,5)	27(42,3)	0,0171
LPP no setor			
Sim	4(7,5)	1(2,0)	0,1773
Não	50(92,5)	63(98,0)	
Total	54(100)	64(100)	

Tabela 2. Avaliação de risco para a LPP presentes e/ou descritas no prontuário

Variáveis	Pré-treinamento n(%)	Pós-treinamento n(%)	p-value
Impresso Escala de Braden Q			
Sim	38(70,3)	60(93,7)	0,0010
Não	16(29,7)	4(6,3)	
Preenchimento diário Escala Braden Q			
Sim	7(18,4)	58(96,6)	< 0,0001
Não	47(81,6)	6(3,4)	
Prescrição de Enfermagem			
Sim	32(60,0)	40(75,0)	0,8499
Não	22(40,0)	24(25,0)	
Total	54(100)	64(100)	

antes do treinamento, 77,5% não possuíam a identificação de risco adequada no leito, sendo que após o treinamento apenas 7% não possuíam essa identificação. Foi observado na beira do leito que antes do treinamento, 46,2% das crianças apresentavam-se na posição estabelecida pelo setor naquela hora do dia; após o treinamento eram 92,1% das crianças na posição estabelecida pelo setor. O uso de acessórios para alívio de pressão correspondeu a 83,3% antes e 96,8% após o treinamento (Tabela 3).

Tabela 3. Identificação do risco de LPP, não estão presentes no prontuário mais sim junto ao leito do paciente

Variáveis	Pré-treinamento n(%)	Pós-treinamento n(%)	p-value
Leitos com risco de LPP			
Sim	31(57,4)	39(60,9)	0,7111
Não	23(42,6)	25(39,1)	
Leitos identificados (em caso de risco)			
Sim	7(22,5)	36(92,3)	< 0,0001
Não	47(77,5)	3(7,7)	
Posicionamento adequado no leito			
Sim	25(46,2)	59(92,1)	< 0,0001
Não	29(53,7)	5(7,9)	
Uso de acessórios para alívio de pressão			
Sim	45(83,3)	62(96,8)	0,0222
Não	9(16,7)	2(3,2)	
Total	54(100)	64(100)	

DISCUSSÃO

A hospitalização é vista como uma situação perturbadora na vida das pessoas e tem contornos peculiares quando se trata de uma ocorrência na infância.⁽¹⁶⁾ A população pediátrica hospitalar mudou ao longo dos anos e, atualmente, grande porcentagem de crianças apresenta, problemas mais graves e complexos do que as hospitalizadas anteriormente. Devido a esse fato, essas crianças estão sujeitas a um maior número de procedimentos invasivos e traumáticos que, conseqüentemente aumenta o tempo de internação e as Lesões por pressão.⁽²⁴⁾

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), a média de permanência de uma criança em uma Unidade de Terapia Intensiva é de 7,4 a 9,9 dias,⁽²⁾ ou seja, inferior ao período de permanência de 48,1% das crianças deste estudo no hospital. Em estudo realizado no Paraná, utilizando prontuários de enfermarias pediátricas, o tempo médio de internação foi de 8,9 dias,⁽²⁴⁾ o que evidencia que, na maioria das vezes, o tempo de internação na UTI se prolonga, levando a quadros clínicos instáveis e ao aparecimento de agravamentos.

Pesquisadores de Fortaleza descreveram,⁽¹⁾ que o tempo médio de internação, entre as crianças que apresentaram LPP foi de 21,4 dias, variando entre 5 e 45 dias. Entre as que não apresentaram LPP, o tempo médio de internação foi de 7,7 dias, revelando assim, uma possível associação entre o tempo de internação e o surgimento de LPP em crianças.⁽¹⁾

A variável idade afeta o risco de desenvolver lesões por pressão em geral.⁽²⁵⁾ Em um estudo realizado com 50 crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva em Brasília no ano de 2013, no qual as crianças tinham um alto índice de desenvolver LPP, a média que englobava a faixa etária de 0 à 3 anos era de 64%, dado o qual se equipara com amostra levantada neste estudo, correspondente a no qual 67,1% das crianças.⁽¹⁶⁾

Sabe-se que a criança apresenta características que aumentam a probabilidade de desenvolver LPP, como a ausência de mecanismos de termorregulação/imaturidade fisiológica do metabolismo em geral, dos tecidos e da rede vascular e a diferença existente entre o tamanho da cabeça e o restante do corpo.⁽²⁶⁾

Na pediatria, a LPP se constitui como evento adverso provocado por condições anatomofisiopatológicas do desenvolvimento infantil, como por exemplo, perda de peso, déficits nutricionais, edema, déficit de mobilidade física. Além de fatores agravantes para o desenvolvimento de lesões como a ventilação assistida, uso de drogas vasoativas e tempo de internação prolongado.⁽²³⁾

De acordo com estudo realizado no interior paulista, as taxas de incidência de LPP descritas internacionalmente para essa população, variam entre 0,29% e 27%.⁽²³⁾

Em uma revisão bibliográfica realizada por pesquisadores na cidade do Porto, em Portugal, cerca de 33% dos pacientes internados na UTI desenvolvem LPP, associando-se a um prolongamento da internação hospitalar de até cinco vezes.⁽²⁷⁾ Em estudo que pesquisou a epidemiologia e os riscos associados à LPP em crianças, os resultados mostraram que 17 delas (42,5%) desenvolveram LPP devido o prolongamento dos dias de internação¹. Já em estudo realizado no Maranhão,⁽²⁸⁾ no qual avaliava a Caracterização Epidemiológica e Clínica de Crianças com Lesões por Pressão, a prevalência de LPP nas crianças foi de 6,93%, das 101 crianças internadas durante sua coleta de dados, sete desenvolveram LPP. Das sete crianças, cinco estavam internadas em Unidade de Terapia Intensiva.

No presente estudo do total de pacientes, 7,5% possuíam uma lesão por pressão, antes do treinamento e 2% após, contudo, foi inferido que a prevalência de LPP no estudo, comparada nos dois momentos em que foram aplicados os treinamentos, foi significativamente alta, sendo então essencial que seja realizada orientações dessa equipe não só de enfermagem, mas multiprofissional, quanto aos meios de prevenção dessas lesões.

Em outra pesquisa realizada em Portugal,⁽¹⁵⁾ foram estudadas 43 crianças, 65% foram consideradas com risco de LPP, de acordo com resultado da avaliação por meio da Escala de Braden Q, resultado que se aproxima aos do presente estudo, no qual 57,4% dos pacientes estavam expostos anteriormente ao treinamento realizado, fato que destaca a importância da detecção precoce destes riscos.

As regiões anatômicas que possuem maior ponto de pressão e que predispõem ao desenvolvimento de LPP são região occipital, nariz, orelhas, cóccix, sacro, joelhos e calcâneos.⁽²³⁾ Em pesquisa no estado de São Paulo,⁽²⁹⁾ das 190 crianças estudadas, 41,05% eram mudadas de decúbito de 2 em 2 horas e em 80,53% delas foram utilizados colchões piramidais. O uso de coxins foi observado somente em 30,53%, dados que podem ser comparados aproximadamente com o presente estudo em que 46,2% das crianças averiguadas anteriormente ao treinamento apresentavam-se na posição ideal de mudança de decúbito e 83,3% utilizavam acessórios para alívio de pressão, dados os quais após o treinamento progrediram para 92,1% e 96,8% respectivamente. Sendo assim o uso de acessórios para alívio de pressão é essencial para evitar o agravamento e também possível aparecimento de novas lesões e o profissional deve estar orientado de como e quando usar esses

dispositivos para assim melhorar a qualidade na assistência desse paciente fragilizado.

O uso correto da Escala de Braden, de acordo com estudo realizado na cidade São José do Rio Preto,⁽²⁹⁾ reduz a variação da avaliação de risco entre os enfermeiros, porém, é necessário um treinamento periódico com os profissionais de enfermagem, visando evitar e corrigir diferenças, erros e discordâncias não somente na aplicação da escala e escolha dos escores, mas também no aprimoramento frente ao assunto.

O presente estudo apresentou algumas limitações, sendo essas: a rotatividade dos pacientes, dificultando a comparação dos mesmos antes e após o treinamento e a dificuldade de encontrar o responsável para assinar o termo de consentimento, devido ao fato da Unidade de Terapia Intensiva ser um setor fechado no qual nem sempre os acompanhantes estão presentes junto aos pacientes.

Neste contexto da prevenção da Lesão por Pressão, ressalta-se a importância dos cuidados de enfermagem, os quais devem estar ancorados em diretrizes clínicas e em protocolos de prevenção, baseados nos níveis de risco de cada paciente, de forma que as medidas preventivas utilizadas sejam apropriadas e efetivas. Os profissionais devem estar atentos a estes aspectos para que ocorra a melhoria da assistência, evitando gastos e desgastes desnecessários ao paciente. A educação continuada daqueles que ficam em contato direto com a assistência desses pacientes críticos, deve ser constante e eficiente, contando com uma liderança ativa que busca motivar e inovar novos métodos de transmitir a sua equipe um conteúdo atual que possa contribuir para o aprendizado individual e em grupo.

CONCLUSÃO

Após o treinamento houve uma melhora na realização das medidas preventivas de LPP pelos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, a redução do número de LPP no setor, comprovando-se que a necessidade de treinamento com os mesmos é essencial e deve ser frequente, visando a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes pediátricos, além de evitar possíveis agravos que venham a dificultar a estadia na Unidade de Terapia Intensiva, piorando assim o estado clínico e psicológico do paciente, prolongando sua cura e o conseqüente retorno ao lar. Os resultados do estudo evidenciam que os enfermeiros devem sempre trabalhar no aprimoramento de ferramentas para a avaliação do risco das LPP, além da já existente (Braden Q) e também em medidas preventivas empiricamente eficazes, como a educação continuada dos profissionais.

Contribuições

BAJP: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; DSBS: concepção e/ou desenho do estudo, redação e/ou

revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada; BCB: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, aprovação da versão final a ser publicada; RCHMR: redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho GB, da Silva FA, Castro ME, Florêncio RS. Epidemiology and risks associated with pressure ulcers in children. *Cogitare Enferm*. 2011;16(4):640-6.
2. Agência de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Média de permanência UTI pediátrica [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2013 [citado em 02 de janeiro, 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-08.pdf>
3. Lemos AM, Cunha SC. O conhecimento da enfermagem e suas práticas em úlceras por pressão: teorias, causas e reflexos financeiros na instituição de saúde. *Rev Rede Cuid Saúde*. 2014;8(3):1-8.
4. Teixeira AS, Nascimento TS, Souza IT, Sampaio RL, Pinheiro AR. Incidence of pressure injuries in Intensive Care Unit in an accredited hospital. *ESTIMA*. 2017;15(3):152-60.
5. Barros CV, Silva RC, Andrade JM, Barros DA, Silva LC. Fatores preditivos para o desenvolvimento de úlceras por pressão segundo a escala de braden em pacientes de UTI. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2014;12(1):327-37.
6. Luz RP, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Pressure Ulcers. *Geriatr Gerontol*. 2010;4(1):36-43.
7. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DC, Rosa EG, Rocha NA. Concept and rating of pressure injury: update of the national pressure ulcer advisory panel. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2016;6(2):2292-306.
8. Tonole R, Brandão ES. Human resources and materials for the prevention of pressure ulcers. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:1-4.
9. Ramos DO, Oliveira OS, Santos IV, Carvalho ES, Passos SS, Góis JA. Awareness of family members in relation to pressure ulcers and their rights to remediation. *Rev Baiana Enferm*. 2014;28(1):23-30.
10. Pacha HH, Faria JI, Oliveira KA, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3203-10.
11. Borghardt AT, Prado TN, Araújo TM, Rogenski NM, Bringuento ME. Evaluation of the pressure ulcers risk scale with critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(1):28-35.
12. Otto C, Schumacher B, Wiese LP, Foerco C, Rodrigues RA. Risk factors for the development of pressure lesion in critical patients. *Enferm Foco*. 2019;10(1):7-11.
13. Morita AB, Poveda VB, Santos MJ, Marcelina AL. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. *REENVAP*. 2017;2:9-23.
14. Mendonça PK, Loureiro MD, Ferreira Junior MA, Souza AS. Occurrence and risk factors for pressure injuries in intensive care centers. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2018;12(2):303-11.
15. Lomba L, Bessa R, Santos S. Location and preventive measures for pressure ulcers in pediatric age: integrative literature review. *Rev Cuid*. 2015;6(2):1085-93.
16. Brandão EC. Aplicação da Escala de Braden Q e o processo de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em crianças. [internet]. 2013 [citado em: 18 de Agosto de 2015]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14798/1/2013_ErlyneCamapumBrandao.pdf
17. Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Analysis of prevention and treatment of the pressure ulcers proposed by nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):223-8.
18. Wada A, Teixeira NN, Ferreira MC. Pressure Sores. *Rev Med*. 2010;89(3-4):170-7.
19. Brito KK, Soares MJ, Silva MA. Nursing care at preventive actions on pressure ulcers. *Rev Bras Ciên Saúde*. 2014;12(40):56-61.
20. Maia AC, Pellegrino DM. Portuguese translation and validation of the Braden Q scale for predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(3):406-14.
21. Castanheira LS, Werli-Alvarenga AW, Correa AR, Campos DM. Prediction risk scales for pressure injury in critically ill patients integrative review. *Enferm Foco*. 2018;9(2):55-61.
22. Direção-Geral da Saúde/Ministério da Saúde. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) [Internet]. Brasília (DF): DGS/MS; 2011 [citado em 19 de agosto de 2015]. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
23. Vocci MC, Toso LA, Fontes CM. Application of the braden Q scale at a pediatric intensive care unit. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2017;11(1):165-72.
24. Cardoso, TP, Oliveira PR, Volpato RJ, Nascimento VF, Rocha EM, Lemes AG. Experience and perception of family members on child's hospitalization in pediatric unit. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(4):1-22.
25. Oliveira BR, Vieira CS, Furtado MC, Melo DF, Lima RA. Profile of morbidity of children hospitalized in a public hospital: implications for Nursing. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):586-93.
26. Silva, MFDPC. Prevenção de úlceras de pressão em crianças no perioperatório [internet]. Setúbal; 2014 [citado em 22 de novembro de 2016]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7082/1/Filomena_Silva_Preven%c3%a7%c3%a3o_Ulceras_Press%c3%a3o_Crian%c3%a7as_Perioperat%c3%b3rio_2004.pdf
27. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade, MJ. Pressure ulcer management - evidence-based interventions. *Acta Med Port*. 2006;19:29-38.
28. Rocha Neta AP, Cavalcante TB, Lima AB, Maciel SM, Miranda SM, Souza AR. Epidemiological and Clinical Characterization of Children with Pressure Injuries. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2018;86(24).
29. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti, NA. Pressure ulcer risk assessment in intensive care unit: preventive nursing care. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):353-8.