



# Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

## ORIGINAL ARTICLE

### PROMOTION OF SKIN INTEGRITY OF PATIENTS WITH DEPENDENCE ON MOBILITY: A TEAM OF SPEECH OF NURSING

#### PROMOÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE DO PACIENTE COM DEPENDÊNCIA À MOBILIDADE: DISCURSO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

#### PROMOCIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL DE LOS PACIENTES CON DEPENDENCIA DE LA MOVILIDAD: UN EQUIPO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Silvia da Silva Santos Passos<sup>1</sup>, Dora Sadiguski<sup>2</sup>, Evanilda Souza de Santana Carvalho<sup>3</sup>

#### ABSTRACT

**Objective:** to understand how the Nursing takes care of patients with mobility dependence in order to promoting the skin health. **Method:** this is about a descriptive and exploratory study from qualitative approach performed in medical and chirurgical clinics from a Public Hospital on the countryside of Bahia state. The information was achievable using a half structured questions for the interview and also by a structured observation, from May to July in 2006. Participated from this search seven nurses and ten techniques of nursing, theirs speeches were submitted to a thematic issues analyze. Study approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba under protocol number 008/2006, CAAE 0003.0.059.000-06. **Results:** it was shown that acts to promotes skin health, happens with a change in the lay down position and doing comfortable massages. **Conclusion:** change the lay down position and doing massages during the bath, without a previous established time, offers by an insufficient professional numbers results in frictions or body hurts in patients on bed. The nurses make the supervision when it's solicited to evaluate the problems. These cares doesn't prevent the lesions promoting because of a lost on the skin integration. **Descriptors:** nursing care, mobility limitation; hospitalization; pressure ulcers; nursing staff.

#### RESUMO

**Objetivo:** apreender como a Enfermagem cuida do paciente com dependência à mobilidade visando a promoção da integridade da pele. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, exploratório, realizado nas clinicas medica e cirúrgica, de um Hospital Público no interior da Bahia. Os dados foram coletados por meio da entrevista semi-estruturada e observação estruturada, no período de maio e junho de 2006. Participaram 07 enfermeiras e 10 Técnicos de Enfermagem, os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo temática. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba sob protocolo nº 008/2006, CAAE 0003.0.059.000-06. **Resultados:** evidenciou-se que a ação de promoção da integridade da pele, ocorre pela da mudança de decúbito e massagem de conforto. **Conclusão:** a mudança de decúbito e massagem de conforto ocorre durante o banho, sem horários pré-estabelecidos, oferecido por um número insuficiente de profissionais provocando fricção e cisalhamento do corpo dos pacientes no leito. As enfermeiras supervisionam quando solicitadas para avaliar complicações. Tais cuidados não asseguram a prevenção de lesões promovendo a perda da integridade da pele. **Descritores:** cuidados de enfermagem; limitação da mobilidade; hospitalização; úlcera por pressão; equipe de enfermagem.

#### RESUMEN

**Objetivo:** aprehender como la Enfermería cuida de personas con dependencia para movilización buscando promover la integridad de la piel. **Método:** estudio cualitativo, descritivo, exploratório, realizado en las unidades de internación medica e quirúrgica de un Hospital Público em Bahia. Fueran colectados depoimentos por médio de entrevista semi-estruturada y observación estruturada, entre mayo y junio de 2006. Participaron 07 enfermeras y 10 Técnicos de Enfermería, los discursos fueran sometidos al analisis de contenido tematica. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba en virtud del protocolo 008/2006, CAAE 0003.0.059.000-06. **Resultados:** si evidenció que la acción de promoción de la integridad de la piel ocurre a través de cambios y masaje de conforto. **Conclusión:** Los cambios de posición y los masajes de conforto ocurre durante el baño, sin hora programada, ofrecido por un grupo insuficiente de profisionales provocando fricción y arrastre del cuerpo de los pacientes en la cama. Las enfermeras supervisan cuando solicitadas para evaluar complicaciones. Los cuidados no garantizan la prevención de lesiones provocando perdida de la integridad de la piel. **Descritores:** atención de enfermería; limitación de la movilidad; hospitalización; úlceras por presión; el personal de enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre na Área do Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano, Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: [ssspassos@yahoo.com.br](mailto:ssspassos@yahoo.com.br) <sup>2</sup>Enfermeira, Doutora, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [dora@ufba.br](mailto:dora@ufba.br) <sup>3</sup>Enfermeira, Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: [evasscarvalho@yahoo.com.br](mailto:evasscarvalho@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

O movimento é uma das necessidades mais importantes na vida dos indivíduos. A movimentação é tão importante em nossas vidas que a perda dessa capacidade é vista como uma das maiores tragédias que pode atingir a vida de uma pessoa.<sup>1</sup> Pela mobilidade os indivíduos se comunicam, expressam emoção, se auto defendem, satisfazem suas necessidades básicas e realizam as atividades da vida diária.<sup>2</sup> Movimentar-se implica em liberdade, autonomia, integridade e saúde.

Assim, “um estado em que o indivíduo tem limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades” é classificado entre os diagnósticos da NANDA-North American Nursing Diagnoses Association como mobilidade física prejudicada, na qual inclui importantes alterações sistêmicas e locais.<sup>3</sup>

As alterações sistêmicas provocadas pela imobilidade ou pelo repouso prolongado no leito são as alterações metabólicas como a diminuição de reabsorção do cálcio, alterações do metabolismo endócrino, e o gastro-intestinal; alterações respiratórias como a atelectasia e a pneumonia hipostática ou por estase; alterações cardiovasculares, como hipotensão ortostática, sobrecarga cardíaca e formação de trombos; alterações musculares e esqueléticas, que incluem o comprometimento permanente da mobilidade, resultando em perda da resistência, da força e da massa muscular, com atrofia, osteoporose, contratura articular, e queda plantar; alterações na eliminação urinária, estase urinária com risco de infecção e formação de cálculos renais; alterações tegumentares, pelo efeito direto da pressão sobre a pele, acompanhado das alterações metabólicas que predisõem à formação de úlceras por pressão.<sup>2</sup>

A imobilidade prolongada provoca efeitos deletérios às funções fisiológicas do corpo humano, esses efeitos podem ser mais graves que a própria enfermidade que o levou à condição de restrito ao leito. No entanto, muitos dos pacientes cujas condições de saúde o levaram a limitações de movimentos podem ter esses danos prevenidos mediante uma ação de cuidado de enfermagem planejada.

As ações de cuidado preventivo devem incluir uma avaliação individual das condições do paciente, identificação da patologia que culminou com a diminuição da mobilidade, determinação do grau de dependência para o cuidado, que venha subsidiar o planejamento de sua participação e da família na promoção da integridade cutânea e na prevenção das

complicações. O maior objetivo desta ação é a de favorecer a independência do paciente para seu próprio cuidado, assim que seja possível.

A prevenção deve ser pautada na identificação dos fatores que provocam ou contribuem para a diminuição da mobilidade, visando promover o funcionamento respiratório adequado por intermédio da variação da posição da cama.

Inúmeras ações podem ser lançadas para evitar a imobilidade de um paciente no leito dentre elas: auxiliar o posicionamento no leito, virar o paciente a depender da situação; encorajar a respiração profunda e os exercícios controlados de tosse; auscultar o campo pulmonar; encorajar pequenas refeições para evitar distensão abdominal; evitar úlceras por pressão por meio do reposicionamento que alivie a pressão nas áreas mais vulneráveis, mudar de posição e utilizar recursos auxiliares como travesseiros, almofadas d'água e outros para facilitar no reposicionamento do paciente, reduzir a força deslizante do corpo no leito, manter lençóis limpos, secos e esticados; promover a circulação ideal quando estiver sentado, inspecionar áreas de risco, massagear levemente as áreas vulneráveis que não estiverem avermelhadas a cada troca de posição; elevar as extremidades, evitando deixá-las pendentes reduzindo ou removendo a pressão venosa externa; manter a mobilidade dos membros e prevenir contraturas ao posicioná-lo em alinhamento anatômico, manter os joelhos e cotovelos em leve flexão; prevenir a estase urinária e formação de cálculos renais pelo aumento, sempre que possível, da ingestão diária de líquidos, evitar alimentos ricos em cálcio e oxalato; reduzir a monotonia da imobilidade variando a rotina diária, facilitando a visitação, favorecendo a participação dos familiares nos cuidados diários, respeitando e considerando as suas decisões pessoais”.<sup>4</sup>

A pele é a primeira linha de defesa do organismo contra vários tipos de agressões físicas e químicas, a manutenção de sua integridade é um dos objetivos da enfermagem ao cuidar de pacientes presos ao leito, uma vez que a imobilidade traz agressões diretas ao tegumento que corroboram para o aparecimento de lesões.

A imobilidade promove a pressão e a oclusão de vasos capilares que em condições naturais proporcionariam a irrigação sanguínea ao tecido cutâneo, levando sangue oxigenado e removendo as escórias do metabolismo. Uma vez que a oclusão ocorre há o impedimento de recepção de oxigênio e

Passos SSS, Sadiguski D, Carvalho ESS.

nutrientes por parte das células e um acúmulo de toxinas que irão provocar a isquemia e morte, resultando na formação de lesões cutâneas.

Alguns fatores favorecem a perda da integridade da pele da pessoa hospitalizada que devem ser observados pela enfermagem durante o processo de cuidar, dentre eles, os intrínsecos: estado geral, idade, condições nutricionais, peso corpóreo, grau de imobilidade, patologia, incontinência fecal e urinária; E, os extrínsecos: cisalhamento, pressão e fricção do corpo no leito.<sup>5</sup>

As ações da Enfermagem referente à promoção da integridade da pele do paciente com dependência para mobilidade compreendem evitar os efeitos prolongados da pressão e manter os tecidos em boas condições de nutrição e higiene<sup>6</sup>. Para tanto, a enfermagem necessita identificar os grupos de risco para lesão de pele, fazer inspeção diária da pele, posicionar adequadamente o paciente no leito e, fazer uso de recursos auxiliares que facilitem a mobilização do paciente.<sup>5</sup>

A identificação de grupos susceptíveis ao desenvolvimento de lesões de pele é possível pela aplicação de inúmeros instrumentos de avaliação empregados com a finalidade de diagnosticar o grau de risco para desenvolvimento de lesões de pele, dentre eles o Norton Score, o Waterlow Score, escala de Braden e escala de avaliação de risco de Gosnell.<sup>5,7</sup>

Todas as escalas de risco para lesões de pele possuem pontuação alta para o item “mobilidade”, ou seja, quanto maior a falta de mobilidade maior é o risco para formação de lesão da pele, entretanto, o efeito dos cuidados de enfermagem precisa ser levado em conta, pois pode comprometer o desempenho do instrumento.<sup>5</sup> O que significa que um paciente cuja escala aponta baixo risco para desenvolver úlceras pode apresentar lesões tão graves quanto aqueles mais propensos, se não forem adequadamente cuidados, ou seja, o baixo risco não descarta a necessidade das medidas de prevenção contidas nos cuidados de manutenção da vida.

A escala de risco para lesões de pele não deve substituir o raciocínio clínico, pois utilizar o surgimento de úlceras por pressão em pacientes com mobilidade reduzida como “[...] indicadores assistenciais para o trabalho da enfermagem [...]”<sup>5:335</sup> pode culpabilizar a equipe, desconsiderando que a integridade da pele do paciente está sob influência de fatores internos e externos que também precisam ser considerado para esta análise.

Promotion of skin integrity of patients with dependence...

A inspeção diária e o registro das condições da pele do paciente, proporcionam a identificação imediata de riscos que podem ser corrigidos a partir de implementações dos planos de cuidado com intensificação das medidas preventivas.<sup>8,5</sup>

Ressecamento, macerações, eritema, rachadura, endurecimento, fragilidade, envolvem a avaliação da pele, principalmente em áreas mais predisponentes a lesões como as proeminências ósseas, são sinais facilmente identificáveis na inspeção.<sup>9</sup>

Outras importantes ações promotoras da integridade da pele são: posicionamento e reposicionamento do paciente no leito, há discordâncias dos autores quanto a periodicidade, alguns<sup>9,5</sup> aconselham a mudança a cada duas horas embora outros aleguem não haver evidências sobre a periodicidade da alternância de posição que irá depender das condições da superfície do colchão e das condições clínicas do paciente.<sup>8,5</sup> Além da constante mobilização, entre os cuidados, a hidratação da pele; o uso de colchões com espuma de alta densidade, de colchões piramidais (caixa-de-ovo; aliviadores de pressão como coxins, almofadas, assim como a orientação da equipe, do próprio paciente e familiar na identificação das áreas de risco.<sup>10</sup>

No entanto, as ações de caráter preventivo, curativo e de reabilitação, desenvolvidos pela Enfermagem, muitas vezes não são incluídas na atividade cotidiana, devido à sobrecarga de atividades diárias que afetam a qualidade da assistência.<sup>11</sup>

Nosso interesse por este tema surgiu durante a prestação de cuidado a pacientes nas unidades de terapia intensiva e clínica médica, quando observamos as dificuldades da Equipe de Enfermagem em manter um cuidado preventivo que propiciasse a manutenção da integridade da pele, mesmo em pacientes jovens, bem nutridos e sem patologias crônicas.

Desse modo, buscamos neste estudo, apreender como a Enfermagem cuida do paciente com dependência à mobilidade visando à promoção da integridade da pele, por entendermos que a dependência para mobilização pode trazer aos pacientes consequências de ordem biológica, social e emocional exigindo uma valorização dos cuidados preventivos pela Enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, realizado nas clínicas médica e cirúrgica, de um Hospital Público da

Passos SSS, Sadiguski D, Carvalho ESS.

cidade de Feira de Santana. O mesmo fundamentou-se no cuidar/cuidado tomando como base os pressupostos de Collière<sup>12</sup>, que acredita “[...] não ser em torno da doença que se desenvolvem as práticas dos cuidados, mas a volta de tudo que permite sobreviver.”. Esta visão de cuidar está centrada nas necessidades básicas dos indivíduos, onde “[...] o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que os cercam, com vistas a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes”<sup>12:290</sup>.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba sob protocolo nº 008/2006, CAAE 0003.0.059.000-06, e atendendo às recomendações da Resolução 196/96 os sujeitos foram orientados quanto aos objetivos deste estudo, seus riscos e benefícios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.<sup>13</sup> A coleta de dados procedeu-se mediante a prévia autorização das instituições envolvidas seguida da aplicação de entrevista semi-estruturada com a seguinte questão: Como você cuida de pacientes com dependência para mobilidade para promover a integridade da pele?

Além da entrevista para coleta de dados, utilizamos à observação estruturada, guiada por um roteiro e registro diário, onde “[...] o observador tem sua atenção centrada em aspectos da situação que estão explicitamente definidos e para os quais estão previstos modos de registros simples, rápidos, que não apelam para a memória e que reduzem os riscos de equívocos”<sup>14:178</sup>.

Participaram 17 profissionais de Enfermagem, sendo 07 enfermeiras e 10 técnicos de Enfermagem que atuavam nestas unidades. Os depoimentos foram colhidos em local privativo visando proteger a individualidade dos sujeitos, bem como sua privacidade. Os mesmos foram gravados em fita de áudio e após transcrição procedeu-se análise de conteúdo temática de Bardin<sup>15</sup> obedecendo ao critério de saturação dos discursos recomendada por Minayo.<sup>16</sup> Visando preservar o anonimato das entrevistadas os nomes foram substituídos pelas iniciais da categoria profissional.

Os sujeitos observados foram do mesmo grupo dos entrevistados, durante o período da coleta de dados que ocorreu nos meses de maio e junho de 2006. Listamos e registramos as ações de cuidados dos membros da equipe de enfermagem, aos pacientes com dependência para mobilização designados para esse estudo.

Promotion of skin integrity of patients with dependence...

Foram diferenciadas as falas das enfermeiras e técnicos de Enfermagem por entendermos que os cuidados de prestação e planejamento envolvem características distintas e importantes para a manutenção da integridade da pele destes pacientes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados evidenciou-se que a promoção da integridade da pele de pacientes com dependência para mobilizar-se, no contexto estudado, se dá essencialmente pela aplicação de duas medidas: a “mudança de decúbito”, e a “massagem de conforto”, sendo que as mesmas são aplicadas de um modo particular dissonante com as orientações propostas na literatura, o que discutiremos a seguir:

As participantes situam a “Mudança de decúbito” como um cuidado prioritário na proteção da integridade cutânea, tendo claro que seu maior objetivo nos pacientes dependentes é o de evitar a formação de úlceras por pressão, descritas como escaras. Conforme verificado nas falas:

*A gente faz a mudança de decúbito para evitar escaras, aí tem que fazer a mudança, virar geralmente na hora do banho. A gente faz esses cuidados[...] e, principalmente, aqueles que já têm escaras, têm sempre que tá prestando esses cuidados, sempre tá virando de um lado para o outro. (Ent. 07) TE*

A mudança de decúbito ou de posição no leito traz vários benefícios ao paciente acamado ou com dificuldades para movimentar-se e, essas mudanças, devem obedecer a uma frequência estipulada para favorecer as trocas orgânicas e prevenir complicações ao organismo.

Entretanto, estudos recentes mostram que a efetividade na frequência das mudanças de posição no leito para a prevenção de lesão de pele está diretamente relacionada ao tipo de colchão utilizado nas instituições hospitalares. A incidência na formação de úlceras por pressão é significativamente menor em pacientes que usam colchão redutor de pressão.<sup>5</sup> Notamos, porém que o uso apenas do colchão não garantem a preservação da integridade da pele, ao contrario o uso do mesmo feito por uma equipe despreparada, uma família sem orientações e num contexto onde o cuidado sofre interferências de diversas carências de ordem material e de preparo humano o uso do colchão pode mascarar a ausência de cuidado adequado, e provocar uma falsa idéia de que a pele do doente esta devidamente protegida.

Passos SSS, Sadiguski D, Carvalho ESS.

As depoentes afirmaram conhecer medidas de prevenção de lesões como a mudança de posicionamento e apontam a periodicidade dessa mudança.

*Os pacientes com dependência para mobilidade eu mudo eles de decúbito de 2 em 2 horas, só mudança de decúbito. (Ent. 10) TE; Quando o paciente não se movimenta sozinho, temos que ajudá-lo, se não conseguimos chamamos uma colega, e viramos de decúbito de 2 em 2 horas. Esse é o cuidado. (Ent. 02) TE*

A mudança de posição do paciente com déficit para a mobilidade é um cuidado de enfermagem que deve ser oferecido com a finalidade de promover conforto e prevenir agravos principalmente evitar a ruptura da pele, para tanto este cuidado deve ser repetido varias vezes ao dia. Dentre os vários cuidados aos pacientes com dificuldades para mover-se, inclui a mudança frequente de posição.<sup>17</sup>

Por meio deste estudo observamos, que o entendimento por parte da equipe de que mudanças de decúbito devem acontecer não garantem por si só que estas ocorram, uma vez que as mesmas profissionais alegam realizar tais mudanças apenas no momento do banho, e ainda assim esta mudança não é acompanhada de uma educação do paciente e sua família para a manutenção dos cuidados, conforme foi verificado no período de observação e confirmado pelas falas das participantes.

As mudanças de decúbito parecem ocorrer de maneira aleatória, não há um plano de horários para que tais mudanças aconteçam e essa mudança não obedece à técnica de mobilização que evite a formação de lesões, ou seja, que impeçam a perda da integridade, uma vez que durante esse cuidado ocorre uma fricção e cisalhamento pelo arrastar do corpo dos pacientes no leito. O reduzido número de profissionais induz a uma única técnica de enfermagem a mover um paciente acamado sozinho durante o cuidado, a força empregada pela mesma para arrastar o paciente no leito implica em ampliação do risco do mesmo apresentar lesões nas áreas que se encontravam sob pressão, isso se dá em vários momentos: na troca de fraldas, durante o banho, na transferência do paciente para a maca para encaminhar a exames fora da unidade, dentre outros.

A utilização de técnicas corretas para o posicionamento e reposicionamento de pacientes diminuem a fricção e cisalhamento e recursos como o lençol móvel, macas de transferências, dentre outros, substituem o arrastar do corpo reduzindo os riscos de

Promotion of skin integrity of patients with dependence...

lesão.<sup>5,8,9,10,17,18,19</sup> Para garantir a aplicação correta desse cuidado seria necessário um número de no mínimo três cuidadores durante a mobilização para que cada um deles se ocupe de um segmento do corpo (cabeça, tronco e membros), reduzindo assim seu peso, evitando arrastá-lo no leito e garantindo uma mobilização segura.

É importante destacar que embora informem que a mudança de decúbito tem sido efetuada a cada duas horas, em uma das falas referem que essa mudança é feita geralmente no momento do banho. E quando o paciente já apresenta perda de integridade cutânea, uma ulcera por pressão, por exemplo, tais mudanças ocorrem com mais frequência.

*A gente faz a mudança de decúbito para evitar escaras, ai tem que fazer a mudança, virar geralmente na hora do banho. A gente faz esses cuidados[...] e, principalmente, aqueles que já têm escaras, têm sempre que tá prestando esses cuidados, sempre tá virando de um lado para o outro. (Ent. 07) TE*

Tais contradições nas falas nos levam a inferir que embora conheçam a importância da periodicidade de trocas de posicionamentos dos pacientes, a equipe de Enfermagem tem dado maior valor á mobilização para as pessoas que já se apresentam lesada, desse modo o cuidado com vistas na prevenção não tem sido priorizado. Esse cuidado pode estar sendo influenciado pela visão fragmentada do cuidar que enfoca os cuidados de reparação como cuidados mais importantes dentro do contexto hospitalar.

Ressaltamos que os mesmos cuidados de mobilização dispensados aos pacientes com perda de integridade da pele serão aqueles recomendados para os com pele integra no sentido de prevenir as lesões, o modo de aplicação desses cuidados estão relacionados com a visão de finalidade do cuidado.

O intervalo de 2/2 horas apontado pelas depoentes é uma recomendação da AHCPR (Supported Clinical Practice Guidelines) que define como um tempo razoável de trocas de posição para evitar a oclusão completa dos pequenos vasos que irrigam a pele.

Entretanto, este intervalo pode ser ampliado se aliado a posição com cabeceira elevada a 30°, uso de coxins, travesseiros e a colchões redutores de pressão. Na posição inclinada a 30°, o paciente pode ser deixado por períodos de tempo cada vez mais longos sem ser reposicionado: embora seja preciso observar cuidadosamente todas as áreas vulneráveis.<sup>5</sup>

Passos SSS, Sadiguski D, Carvalho ESS.

Qualquer paciente que sofre perda ou restrição de sua capacidade de mover-se, pelo ambiente, corre o risco de ter problemas quanto as suas necessidades de mobilização, sendo a mais visível a úlcera por pressão uma vez que ela é rapidamente desenvolvida e evolui para estágios cada vez mais graves afetando tecidos mais profundos como subcutâneo, músculos, tendões e ossos; requerendo recursos mais complexos para devolver a integridade cutânea das pessoas.<sup>20</sup>

Muitos outros aspectos necessitam ser observados no reposicionamento do paciente, como a dor, a instabilidade hemodinâmica e o sofrimento, uma vez que apenas o reposicionamento não é suficiente para prevenir a isquemia tissular. Requer que a equipe de enfermagem esteja atenta para o alinhamento do corpo, a estabilidade postural com a utilização de recursos auxiliares ou a combinação desses recursos.<sup>21</sup>

As depoentes declararam ainda oferecer a “Massagem de conforto”, este cuidado segundo as profissionais é priorizado durante a realização do banho no leito, conforme evidenciamos na fala:

*[...]no paciente dependente, [...]dou o banho no leito e faço uma massagem de conforto, que eu acho que é uma necessidade, apesar da gente não ter muito tempo para fazer, mas assim que eu posso, eu aperto o pé, a mão (referindo-se a massagear os pés e as mãos). (Ent. 01) TE*

A massagem de conforto envolve o movimento da pele com o objetivo de relaxar a musculatura tensa e melhorar a circulação.<sup>22</sup> Durante o período de observação, verificamos que a massagem de conforto é um cuidado rotineiro realizado após o banho no leito, do paciente dependente. Para esse cuidado, normalmente, é utilizado o óleo de girassol, de amêndoa ou outro hidratante caso o paciente o tenha disponível, observamos que não ocorre de fato uma massagem, mas apenas uma aplicação de cremes e óleos na pele com fricção da mesma.

A utilização de substâncias emoliente para hidratação da pele, melhora sua elasticidade evita o ressecamento favorecendo a prevenção das lesões de pele, é um cuidado recomendado pelo AHCPR.<sup>20</sup> Entretanto, fatores intrínsecos importantes para a manutenção da integridade da pele, não foram relatados pelos entrevistados como: manter a pele seca, higiene sempre após as eliminações, suporte nutricional, hidratação e utilização de recursos como almofadas para diminuir pressão nas proeminências ósseas, colchão caixa de ovo, dentre outros.

Promotion of skin integrity of patients with dependence...

A eficácia na prevenção de úlceras de pressão aguda em pacientes com dependência para mobilidade é fundamentada no processo educativo da equipe de Enfermagem para a identificação dos fatores de risco e adoção de intervenções apropriadas.<sup>23</sup>

Para orientação da equipe de técnicos, faz-se necessário a presença da enfermeira, uma vez que, os técnicos para realizar a massagem de conforto necessitam de orientação e supervisão quanto à técnica correta, identificação da hiperemia reativa; evitar massagem em proeminências ósseas dentre outros.

Nesse contexto, a massagem é contra indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de existirem vasos sanguíneos danificados ou pele frágil, ou seja, a massagem de conforto não deve ser recomendada com estratégia para prevenção da ulcera de pressão.<sup>9</sup>

Sendo assim, em suas falas as Enfermeiras valorizam o diagnóstico das necessidades dos pacientes com dependência para mobilidade e prevê que este diagnóstico deve ser sucedido pela orientação da equipe de trabalho na tentativa de evitar as lesões de pele. Ressaltam ainda que a supervisão dos membros da equipe de Enfermagem, que estão sob sua responsabilidade é a medida utilizada para avaliar se o cuidado de mobilização tem sido adequadamente oferecido aos pacientes. E relatam que:

*A necessidade de cuidado pode ser identificado através da observação e da supervisão das atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem (Ent.16) ENF.*

*Diariamente supervisionamos os cuidados prestados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. (Ent. 11) ENF*

A supervisão realizada pela enfermeira que atua como líder da equipe e gerenciam as ações de cuidado, neste estudo, surge como uma ferramenta de identificação dos cuidados rotineiros e manutenção da integridade da pele. Observa-se, porém que a supervisão não ocorre de forma sistemática, e segundo as enfermeiras isso se dá devido às dificuldades encontradas conforme relatam:

*Nem sempre conseguimos realizar todos os cuidados, mas, procuramos não deixar pendência, o tempo às vezes é curto, pois são muitos pacientes para um só profissional, nossa realidade é difícil, mas procuramos fazer o melhor. Orientamos os auxiliares de enfermagem sobre a mudança de decúbito, higiene, procuramos deixar o paciente sempre confortável. (Ent. 11) ENF*

Passos SSS, Sadiguski D, Carvalho ESS.

As enfermeiras afastam-se do cuidado direto devido à quantidade de pacientes que elas, usualmente, têm sob sua responsabilidade, mas, volta-se para a observação e supervisão que também são consideradas ações para o cuidado.<sup>24</sup>

A enfermeira apresenta um “[...] acúmulo de funções que desenvolvem ao longo de sua jornada de trabalho [...]”.<sup>25:56</sup> No entanto, ela executa a supervisão das ações de sua equipe de trabalho sempre que são solicitadas pelos técnicos de enfermagem ou se existem pacientes em estado crítico.

*A gente providencia medidas que torne possível o cuidado, o banho na maioria das vezes é realizado pelo técnico de enfermagem, quando ele tem dificuldades para realizar a higiene, eles recorrem à enfermeira e a gente tá sempre disponível. (Ent. 16) ENF*

No cotidiano do trabalho da enfermeira também precisam ser consideradas as questões humanísticas do cuidado levando-se em consideração as necessidades individuais dos técnicos de enfermagem, envolvidos no cuidado, dos pacientes e da própria instituição de saúde.<sup>26</sup>

Dessa forma, o acúmulo de funções da enfermeira, nas unidades estudadas, impossibilita que a mesma possua tempo suficiente para atender a todas as solicitações dos técnicos de enfermagem. A quantidade de pacientes internados com dependência para mobilidade é grande. Talvez por este motivo, elas fiquem mais voltadas para os cuidados considerados mais complexos e a administração/gerência da unidade. Resultando na ausência da enfermeira no cuidado considerados de menor complexidade como as mudanças e decúbito e massagem de conforto no ambiente hospitalar.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos descrever os cuidados de enfermagem ao paciente dependente para mobilização com vistas na promoção da integridade cutânea. Os cuidados realizados para manter a integridade da pele desses pacientes são a mudança de decúbito e a massagem de conforto, esses cuidados variam de acordo com a categoria profissional, enfermeiras e técnicas de enfermagem e são comumente realizados no momento do banho.

De acordo com os depoimentos dos profissionais de enfermagem depreende-se que realizar os cuidados diretos a exemplo das mudanças de decúbito e massagens de conforto é competência das Técnicas de enfermagem, enquanto que cabe à Enfermeira

Promotion of skin integrity of patients with dependence...

o diagnóstico das necessidades, o planejamento do cuidado e a supervisão.

As profissionais demonstram reconhecer a importância desses cuidados para os pacientes e mostram-se cientes de que, esses são atribuições da equipe enfermagem. Entretanto, a equipe encontra dificuldades para a realização do cuidado em decorrência da sobrecarga de trabalho, pois o número de pacientes com dependência para a necessidade de mobilidade é grande e, a quantidade de pessoal insuficiente para a satisfação dessas necessidades. Fato este, confirmado pela observação estruturada, o que revelou que apenas duas enfermeiras são responsáveis por todos os cuidados em uma enfermaria com quarenta pacientes internados e, ainda, gerenciam as unidades, assumindo atribuições técnico-administrativas, enquanto as técnicas de enfermagem assumem, em média, doze pacientes com todos os tipos de dependências para a prestação do cuidado direto, desde a higienização à aplicação de medicação parenteral, sobrecarregando a equipe e impedindo que os cuidados de mobilização sejam priorizados para atender aos critérios recomendados para a manutenção da integridade da pele e, apesar do conhecimento referente a esses cuidados as enfermeiras não conseguem identificar as necessidades, planejar, supervisionar nem orientar sua equipe de trabalho.

### REFERENCIAS

1. Du Gas BW. Enfermagem Prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
2. Potter, PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
3. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. NANDA. Definições e classificações; 2001-2002. Porto Alegre: Artmed; 2002 [Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel].
4. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica. 6ª ed. São Paulo: Artmed; 1997.
5. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
6. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre ulcera por pressão em um hospital universitário. Rev. Latino-am Enfermagem [periódico na internet].2005 jul/ago [acesso em 2010 fev 14] 13(4): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: [www.eerp.usp.br](http://www.eerp.usp.br)
7. Brandão ES, Santos JÁ, Santos I. Úlceras por pressão: importância da avaliação do cliente. In: Silva, RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas:

Passos SSS, Sadiguski D, Carvalho ESS.

fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Yendis Editora: 2007.

8. Prazeres SJ, Silva ACB. Úlcera por pressão. In: Prazeres SJ (org). Tratamento de feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá Editora: 2009.

9. EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel and National [homepage da internet]. Washington DC: Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. [atualizado em 2009 dez 08; acesso em 2010 fev 10]. Disponível em [www.npuap.org/guidelines](http://www.npuap.org/guidelines).

10. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidencia. Acta Med Port [periódico na internet]. 2006 out [acesso em 2009 dez 13] 19: [aproximadamente 9 p.]. Disponível em: [www.actamedicaportuguesa.com/pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf)

11. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto e Contexto Enferm [periódico da internet]. 2006 jul/set [acesso em 2010 fev 14] 15(3): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)

12. Colliere, MF. Promover a vida; das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel Técnica, 2003.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96, 1996 Out 10. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

14. Laville C, Dionne J. A Construção do Saber. 1ª ed. Porto Alegre: Editora UFMG, 1999.

15. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Tradução Luis Antero Neto e Augusto Pinheiro. 2ª ed. Rio de Janeiro: 2004.

16. Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

17. Vieira, JM, Cruz, ICF. [homepage da internet] Produção científica de enfermagem sobre déficit no autocuidado banho/higiene: implicações para a (o) enfermeira (o) de cuidados intensivos. [acesso em 2006 Ago 28]; [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.uff/nepae/autocuidado.doc>

18. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Yendis, 2007.

19. Blanes I, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico da internet]. 2004 [acesso em 2010 fev 14] 50(2):[aproximadamente 5 p.] Disponível em: [www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf).

Promotion of skin integrity of patients with dependence...

20. AHCPR Supported Clinical Practice Guidelines. [homepage da internet]. New York: Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline Number 3. AHCPR Pub. No. 92-0047:[atualizado em 1992 May; acesso em 2009 abr 01]. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.4409](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.4409).

21. Bryant RA. Acute & chronic wounds - nursing management. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 2000.

22. Timby, BK. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 6ª ed. Artmed: Porto Alegre; 2001.

23. Pokorny ME, Koldjeski D, Swanson M. Skin Care Intervention for Patients Having Cardiac Surgery. Am J Crit Care[periódico na internet]. 2003 Nov[acesso em 2009 abr 01]; 12(6):535-44. Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.4409](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.4409).

24. Waldow, VR. Cuidado Humano: o resgate necessário. 3ª ed. Sagra Luzatto: Porto Alegre; 2001.

25. Lautert I. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. Rev. Gaucha da Enferm. [periódico da internet].1999 [acesso em: 2010 fev 14] 20(2) [aproximadamente 14 p.]. Disponível em [www.seer.ufrgs.br/index.php/revistagauchaenfermagem/article](http://www.seer.ufrgs.br/index.php/revistagauchaenfermagem/article).

26. Pitthan LO, Guido LA, Linch GFC. Reflection on nursing management: are we all competent? Rev. enferm UFPE on line [periódico da internet]. 2010 Jan/Mar[acesso em 2010 Fev 14];4(1):421-28. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/683/489>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/01/04

Last received: 2010/04/07

Accepted: 2010/04/10

Publishing: 2010/07/01

#### Address for correspondence

Silvia da Silva Santos Passos

Rua General Osório Duque Estrada, 320, Bairro Cidade Nova

CEP: 44032.020 – Feira de Santana, Bahia