**Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com lesão por pressão**

Julya Thereza dos Santos Paixão¹, Maria Andreza Marques da Silva², Yhasmin Santos Silva³, Guilherme Afonso Rosas Andrade Lima4

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió. Alagoas. Brasil. Apresentadora.

²,³ Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió. Alagoas. Brasil.

4Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Maceió. Alagoas. Brasil

**Introdução:** a lesão por pressão é definida como um dano localizado na pele ou tecido subjacente, geralmente localizada em proeminências ósseas e que tem como causas principais a intensa pressão, cisalhamento ou a fricção. O sofrimento decorrente deste agravo para os pacientes hospitalizados e seus familiares evidenciam a necessidade de ações articuladas que permitam uma assistência integral e contínua. Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge como um instrumento inerente ao cuidado e que objetiva facilitar a adaptação e recuperação do indivíduo em seus aspectos biopsicossociais. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na elaboração de um plano de cuidados ao paciente com lesão por pressão. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência produzido a partir de uma aula prática do módulo de Feridas em um Hospital Geral de Alagoas. Inicialmente foi feita a leitura do prontuário a fim de conhecer o paciente e direcionar efetivamente a assistência. Logo após, foi realizada a coleta de dados através da anamnese e exame físico. A construção do plano de cuidados foi fundamentada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. **Resultados/Discussão:** os principais Diagnósticos de Enfermagem encontrados segundo a CIPE foram: integridade da pele prejudicada, úlcera por pressão no sacro, risco de úlcera por pressão, risco de infecção, mobilidade prejudicada, capacidade para executar o autocuidado prejudicada e sono prejudicado. As intervenções propostas de acordo com as necessidades do paciente foram: avaliar hidratação da pele, manter a lesão úmida para facilitar a cicatrização, assegurar ingestão nutricional adequada, avaliar cicatrização, evolução e exsudato da ferida, realizar curativo com técnica asséptica, proteger proeminências ósseas em cada troca de posição corporal, verificar sinais e sintomas de infecção, ajudar nas atividades de mobilidade, incentivar a mudança de decúbito, orientar a acompanhante sobre a rotina hospitalar quanto à higiene e alimentação e avaliar a causa do padrão de sono alterado. **Conclusão:** o planejamento da assistência de enfermagem garante a responsabilidade junto ao paciente assistido, uma vez que este processo permite delinear diagnósticos relacionados às necessidades individuais e aplicação de intervenções através de cuidados efetivos.

**Descritores:** Lesão por pressão; Diagnósticos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

**Referências**

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®): versão 2015/Organizadora, Telma Ribeiro Garcia. – Porto Alegre: Artmed, 2016. ix, 270 p.; 25cm.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1380-1386, 2011.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, e20170001, 2017.