

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES ACOMETIDOS DE LESÕES POR PRESSÃO

RESUMO

Mayara Sâmara Honorato Morais de Andrade¹

Ana Maria Martins Pereira²

Introdução: considerável aumento na incidência Lesão Por Pressão ocasionadas especialmente pelo acréscimo da expectativa de vida da população e pelos avanços associados à medicina moderna, que tornou possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves, os estudos demonstram que, os gastos realizados com tratamentos das lesões por pressão são muito altos quando comparados com medidas de cunho preventivo básico. **Objetivos:** Dessa forma a pesquisa tem como objetivo geral discorrer sobre a assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão através de uma revisão de literatura, e como objetivos específicos: identificar os fatores de risco relacionados à formação das lesões por pressão; abordar as formas de prevenção e tratamentos utilizados pelos enfermeiros nessa patologia e na prevenção das UPPs. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, que foi realizada em fontes de dados como Scielo e Google acadêmico para busca de artigos, revistas e livros. **Resultados:** as condições favoráveis ao aparecimento das UPP são: comorbidade relaciona-se diretamente a imobilidade, que prolonga o tempo de pressão exercida pelas proeminências ósseas contra as superfícies corporais bem como, os espasmos musculares e a percepção sensorial diminuída, pacientes em palição, com diferentes doenças de base, também podem apresentar condições metabólicas e de oxigenação mais ou menos graves. o profissional ter cuidados com a pele do paciente observando sinais de lesões, ressecamento rachaduras eritema e fragilidade; atentar para a reduzindo a umidade, realizando higiene íntima, troca de fraldas regularmente e dos dispositivos urinários e manter roupas e colchões secos; avaliar a pressão, realizando a mudança de decúbito a cada 2 horas usar colchões caixa de ovo ou pneumático, travesseiros, almofadas de gel além de proteger calcâneo manter os membros inferiores aquecidos estimulando a movimentação. Para isso, o enfermeiro possui um instrumento essencial, que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE), é considerado um processo que atende o paciente conforme suas necessidades. Ela é composta por fases iniciando pela investigação ou histórico, seguida pelo diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação. **Conclusão:** É fundamental que haja orientações de qualidade relacionadas aos cuidados com as lesões por pressão para que seja possível um bom prognóstico. A atuação do enfermeiro é de importância indispensável devendo ser bastante rigoroso atendendo para cada paciente de acordo com suas necessidades, tendo como objetivos: remoção da pressão sobre as áreas afetadas; proteger a pele saudável circundante: melhorar a imunidade do organismo e permitindo uma condição favorável no corpo para facilitar o processo de cura natural.

Palavras-chave: enfermagem, úlceras, tratamento, prevenção

ABSTRACT

Introduction: Considerable increase in the incidence of Pressure Injury caused especially by the increase in life expectancy of the population and the advances associated with modern medicine, which made it possible for the survival of patients with serious diseases, studies show that the expenses incurred with the treatment of injuries. by pressure are very high compared to basic preventive measures. Objectives: Thus, the research aims to discuss the nursing care provided in the treatment of patients with pressure injuries through a literature review, and as specific **Objectives:** identify the risk factors related to the formation of injuries by pressure. pressure; address the forms of prevention and treatments used by nurses in this pathology; To present the nursing performance in the prevention of UPPs. methodology: The research is a bibliographic review, which was performed in data sources such as scielo and Google academic to search for articles, magazines and books. **Results:** The favorable conditions for the onset of PU are: comorbidity is directly related to immobility, which prolongs the pressure time exerted by bone prominences against body surfaces, as well as muscle spasms and decreased sensory perception, patients in palliation, with different underlying diseases may also have more or less severe metabolic and oxygenation conditions. the professional take care of the patient's skin observing signs of injury, dryness, erythema cracks and fragility; take care of reducing moisture, performing intimate hygiene, changing diapers and urinary devices regularly and keeping clothes and mattresses dry; Assess the pressure by performing the change of position every 2 hours using egg box or pneumatic mattresses, pillows, gel pads and protecting heel keeping the lower limbs warm by stimulating movement. For this, the nurse has an essential instrument, which is the Systematization of Nursing Care (SAE) or Nursing Process (PE), is considered a process that meets the patient according to their needs. It consists of phases starting with research or history, followed by diagnosis, planning, intervention and evaluation. **Conclusion:** It is essential that there are quality guidelines related to the care of pressure injuries so that a good prognosis is possible. The performance of the nurse is of indispensable importance and must be very strict attending to each patient according to their needs, having as objectives: removal of pressure on the affected areas; Protect the surrounding healthy skin: Improve the body's immunity and allowing a favorable condition in the body to facilitate the natural healing process.

Keywords: nursing, ulcers, treatment, prevention

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve considerável aumento na incidência de Lesão Por Pressão ocasionadas especialmente pelo acréscimo da expectativa de vida da população e pelos avanços associados à medicina moderna, que tornou possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves consideradas anteriormente letais, transformando-as em doenças crônicas, gerando lentidão em sua progressão (JAUL, 2010). De acordo com Sackley *et al.*, (2008), esses avanços só foram possíveis graças às técnicas de monitorização aliadas a novos tratamentos clínicos e cirúrgicos tendo à disposição uma vasta gama de drogas e equipamentos, onde mesmo pacientes inconscientes, debilitados ou sem possibilidades terapêuticas, permanecem por um grande período de tempo imobilizados dessa forma, ocasionando uma maior predisposição ao aparecimento das lesões por pressão.

Embora não exista o consenso entre uma incidência exata dessa doença, um estudo brasileiro resolveu avaliar sua incidência em vários ambientes e deparou-se com índices que variaram de 3,6 a 66,6% (SOARES *et al.*, 2011).

Conforme Davies e Yesudian, (2012), atualmente essa patologia tem trazido inúmeros prejuízos à qualidade de vida dos pacientes, pois traz um grave dano físico ocasionado pela dor, além das complicações psicossociais que se tornam desfavoráveis ao paciente que por muitas vezes apresenta-se desfigurado. Apresentando como principais complicações: as infecções que prolongam o tempo de internação, aumento da morbidade, da carga de trabalho de cuidadores e profissionais.

Vários estudos demonstram que, os gastos realizados com tratamentos das lesões por pressão são muito altos quando comparados com medidas de cunho preventivo básico. Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos entre 1990 a 2001 foi visto que o tratamento a esses pacientes teve custos que variaram de 2.000 a 70.000 dólares. Fazendo necessário expor que, essa doença é considerada um importante fator de risco para o aumento das internações tal como, considerado um expressivo vetor que repercute em óbitos dos pacientes (SACKLEY, 2008).

O Ministério da Saúde em (2013), desenvolveu um guia onde apresentava seis etapas essenciais para a prevenção das lesões por pressão sendo elas: Avaliação de lesões por pressão na admissão de todos os pacientes; reavaliação diária do risco de desenvolvimento de lesões por pressão de todos os pacientes internados; inspeção diária da pele; manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada; otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão.

Segundo a organização mundial da saúde (OMS), cerca de 95% das lesões por pressão são evitáveis, diante disso, é imprescindível que sejam utilizados todos os meios disponíveis para realizar uma prevenção eficaz, além da utilização dos tratamentos já estabelecidas (SOARES *et al.*, 2011).

Nesse contexto, ainda faz-se necessário que os profissionais de enfermagem estejam bem preparados para lidar com o aparecimento dessa patologia, de forma à aliar o conhecimento técnico- científico em busca de proporcionar uma prevenção efetiva tal como, buscar aplicar na prática as novas tecnologias e procedimentos em busca de um tratamento eficaz, proporcionando assim, uma melhoria na qualidade da assistência.

Frente a esse problema, faz-se necessário buscando informações em base de dados indagarmos sobre: qual a assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão descritos em estudos científicos? quais os fatores de risco relacionados à formação das lesões por pressão?; quais as formas de prevenção e tratamentos utilizados pelos enfermeiros nessa patologia? E apresentar a atuação de enfermagem na prevenção das UPPs.

O referido trabalho justificasse pelo fato de, em meio ao convívio com os ambientes hospitalares, ser constantemente visto uma grande dificuldade dos profissionais de enfermagem em lidar com pacientes com lesão por pressão. Dessa forma esse trabalho se configura uma ferramenta que possibilita a ampliação da visão do enfermeiro por meio do conhecimento teórico apresentado em relação aos cuidados prestados a esses pacientes.

Dessa forma, esse estudo é de suma relevância para o campo científico e para os profissionais de enfermagem, servindo como base de pesquisa para que esses possam aprimorar seus conhecimentos e ampliar suas visões a respeito dos pacientes acometidos por lesão por pressão no intuito de melhor a qualidade da assistência prestada e um conhecimento científico ampliado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Discorrer sobre a assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão através de uma revisão de literatura.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores de risco relacionados à formação das lesões por pressão;
- Abordar as formas de prevenção e atuação de enfermagem na prevenção das UPPs.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Anatomia e fisiologia da pele

O sistema tegumentar (ou tegumento) é constituído pela pele e os seus anexos: pelos, unhas, glândulas sebáceas, sudoríparas e mamárias (ROSS; PAWLINA, 2012).

Dando destaque a pele que considerada o maior sistema orgânico do corpo ela é essência para a vida humana. Tem como característica formar uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo, além de participar de muitas funções orgânicas vitais (BRUNNER & SUDDARTH, 2014).

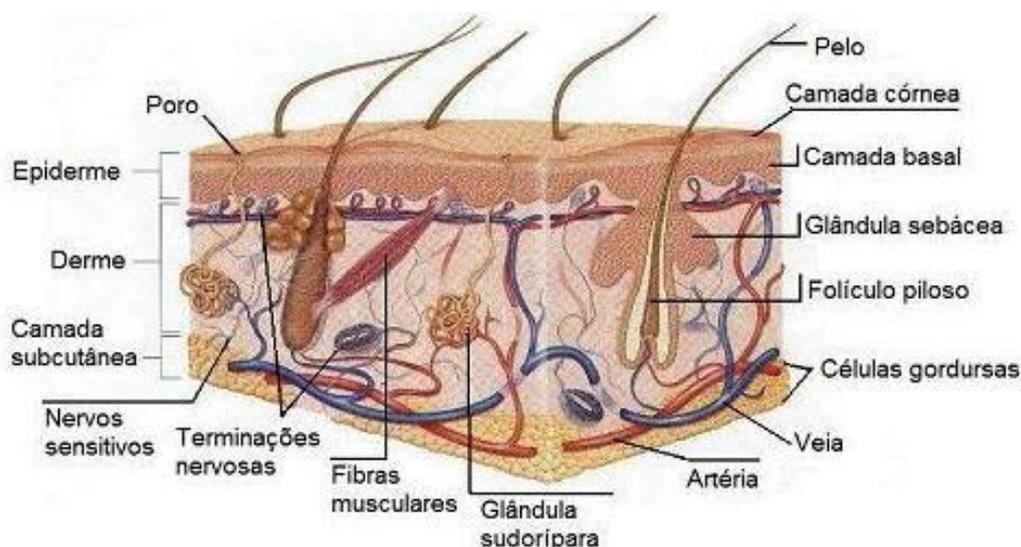
Dentre essas funções é dado destaque a proteção contra atritos externos, perda de água, invasão de microorganismos e radiação ultravioleta. Além desses, é responsável pela percepção sensorial (tato, calor, pressão e dor), função de fabricar a vitamina D, auxilia na termorregulação, na excreção de íons e na secreção de lipídios de defesa e do leite (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

Segundo Brunner & Suddarth (2014), a pele é composta de três camadas: a epiderme, derme e o tecido subcutâneo.

Epiderme é a camada mais externa formada de células epiteliais estratificadas compostas por grande maioria de queratinócitos. Sendo ela dividida em quatro camadas distintas da mais interna para mais externa são: estrato germinativo, estrato granuloso, estrato lúcido e estrato córneo, a medida que ela vai se elevando essas camadas vão sendo diferenciadas (BRUNNER & SUDDARTH, 2014).

Derme: ela é o limite entre a epiderme e a derme, principalmente na pele grossa, é muito irregular, devido a projeções da derme para a epiderme (papilas dérmicas) e de projeções da epiderme para a derme (cristas epidérmicas) nas quais essas projeções aumentam a área de contato entre a derme e a epiderme, dando maior resistência à pele (ROSS; PAWLINA, 2012). Ela é subdividida em: *derme papilar*, que corresponde às papilas dérmicas e é constituída por tecido conjuntivo frouxo, e *derme reticular*, sendo sua maior parte composta de tecido conjuntivo denso não modelado. Essas camadas contêm fibras elásticas, dando a elasticidade à pele (GARTNER; HIATT, 2007).

Tecido subcutâneo: também chamado de hipoderme, é a camada mais interna da pele. Constituída principalmente de tecido adiposo proporcionando acolchoamento entre as camadas cutâneas, músculos e ossos. Ela é responsável por promover a mobilidade cutânea, modelar os contornos corporais e o isolamento térmico. Ficando distribuída no corpo de acordo com o sexo além de outros fatores (BRUNNER & SUDDARTH, 2014).



3.2 Lesões por pressão

No transcorrer do tempo vários termos vieram sendo usados como sinônimos das UPP nas quais a literatura as designou como: escaras de decúbito, escara, úlcera de decúbito, ferida de pressão, úlcera de pressão e úlcera por pressão. Porém, nesta pesquisa optou-se por utilizar a denominação lesões por pressão, pois esse é o fator etiológico mais evidente, sendo a nomenclatura adotada internacionalmente e é o termo mais adequado para a tradução de *pressure ulcer* para a língua portuguesa (DEALEY, 2008).

Jorge e Dantas (20013), também relatam esse fato onde afirmam que, tem sido usados inúmeros termos para defini-las entre elas: escara, lesão de decúbito e ferida de pressão. Porém, o termo “escara” é referido ao tecido necrosado ou crosta que, quando presente na lesão, impossibilita sua classificação até que esta seja removida. Ainda explanam que, o termo decúbito deriva do latim de “decubere” que significa: ficar deita, não sendo adequado para designar este tipo de ferida, pois é mais restrita e não abrange lesões isquêmicas que são adquiridas em outras posições, como exemplo, sentado.

Para o *National European Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (2007), a Úlcera Por Pressão é caracterizada como uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente em que, na grande maioria das vezes está sobre uma proeminência óssea, ela é originada como resultado da pressão, isolado ou em combinado com cisalhamento e/ou fricção da pele. Hess (2002), a define como uma ferida crônica por apresentarem um déficit de tecido, resultante de lesão ou agravo que perdura por um longo período, tendo com característica uma cicatrização lenta e muito difícil, causando muita dor e desconforto ao paciente, com isso requerendo uma abordagem multiprofissional do cuidado.

Essa patologia é preocupante no âmbito da saúde pública, pois, afeta milhões de pacientes nos seus domicílios, centros de saúde bem como, em instituições hospitalares de todos os portes (LOURO *et al.*, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a prevalência e incidência das lesões por pressão como indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (SOARES *et al.*, 2011).

Por esse fato, conhecer o perfil epidemiológico das lesões é essencial para identificar os problemas e estabelecer prioridades aos pacientes do mesmo modo que, norteia as decisões sobre intervenções e recursos necessários para a sua prevenção e tratamento (KOTTNER; WILBORN; DASSEN, 2010).

E vários países do mundo foram realizadas pesquisas margeando este assunto, a NPUAP (2007), realizou um estudo a respeito da incidência das UPPs e foi constatada uma prevalência de 0,4 a 38% nos serviços de atendimento de emergência. Posto que, em pacientes idosos internados em clinicas geriátricas, esses índices corresponderam a 35% já em estágio avançado com indicação para o tratamento o processo cirúrgico (GUSENOFF; REDETT; NAHABEDIAN, 2005). O mesmo autor aponta que essa taxa chega a 20,6% em pacientes reinternados após terem sido submetidos a tratamento agudo de traumas raquimedulares. Consoante a NPUAP (2007), quando se tratando de pacientes submetidos a cirurgias, a incidência foi de 4 a 45%.

Em nível nacional um estudo do Ministério da Saúde em (2013), demonstrou uma comparação dessa incidência em relação ao Brasil, apresentando os seguintes resultados: As lesões por pressão acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital (Reino Unido); Todavia no Brasil o estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81% dessa doença. Rogenski e Santos (2005), apontam que, os dados obtidos no Brasil sobre o assunto ainda são considerados deficientes e pouco para revelar a verdadeira realidade dessa doença no país, motivo esse, justificado pelo fato da grande maioria das pesquisas serem de caráter pontual, localizadas geralmente em alguns setores hospitalares.

3.3 Classificação das lesões por pressão

Consoante o Sistema Internacional de Classificação das Úlceras por Pressão NPUAP (2014), organismo internacional de recomendações para a prevenção das lesões por pressão, as classifica didaticamente conforme com suas características, distinguidas entre si por estágios assim classificadas:

Estágio 1: tem como característica a presença de eritema não esbranqueável com a pele intacta e ruborizada geralmente localizada sobre uma proeminência óssea. Em pacientes com a pele escura frequentemente não pode ser visível. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria quando comparado com o tecido adjacente.

Estágio 2: Nessa fase começa a haver uma diminuição na espessura da derme em que esta apresenta um pequeno ferimento superficial com leito vermelho-rosa sem a presença de tecido desvitalizado ou equimose. A flictena pode aparecer ou não. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca.

Estágio 3: Aqui há perda total da espessura do tecido. Podendo ser visto o tecido adiposo subcutâneo, porém, os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Nesse estágio pode existir tecido desvitalizado. Apresenta lesões do tipo cavitadas ou fistuladas, sendo que, sua profundidade pode variar de acordo com a localização anatômica. Como exemplo: a asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos por não possuírem tecido subcutâneo, essas lesões podem ser superficiais. Em contrapartida, locais com abundância em tecido adiposo podem desenvolver lesões por pressão em estágios 3 e 4 extremamente profundas.

Estágio 4: Nessa fase a perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões e/ou músculos. Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado ou necrose. Com frequência, surgem lesões cavitadas e fistulizadas. Assim com, as lesões no estágio 3, estas também variam sua profundidade de acordo com a localização anatômica da região afetada. Aqui nos casos mais severos podem atingir os músculos, fáscia, tendão, capsula articular sendo possível originar a osteomielite.

Inclassificáveis: Profunda indeterminada: diferente das demais, nesse estágio a perda tissular de espessura completa em que a base da lesão está coberta por crosta (amarela, marrom-claro, cinza, verde ou castanha) e/ou escara (marrom-claro, castanha ou negra). Conseqüentemente, não há como defini-la até que a pele macerada ou necrosada seja removida para a exposição da ferida e posteriormente a sua devida mensuração (EPUAP, 2011).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, que foi realizada em fontes de dados como Scielo e **Google acadêmico** para busca de artigos, revistas e livros, para localizar informações acerca da assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão.

GOOGLE ACADÊMICO NÃO É UM SITE DE BUSCA CONFIÁVEL

3.2 Critérios de inclusão

Esta pesquisa terá como critério de inclusão os estudos que foram encontrados nas bases de dados correspondentes estando a partir do ano de 2006 e que apresentarem compatibilidade com o título da assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão

3.3 Critérios de exclusão

Serão excluídos da revisão bibliográfica os estudos que não estiverem entre o ano de publicação citado anteriormente e os estudos que não apresentarem compatibilidade com o contexto da assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão

4 RESULTADOS E DISCURSSÃO

4.1 Fatores de risco

Dentre as condições favoráveis ao aparecimento das UPP Kheder (2012) e Ottoline *et al.*, (2013), argumentam que essa comorbidade relaciona-se diretamente a imobilidade, que prolonga o tempo de pressão exercida pelas proeminências ósseas contra as superfícies corporais bem como, os espasmos musculares e a percepção sensorial diminuída. Além desses, pacientes em palição, com diferentes doenças de base, também podem apresentar condições metabólicas e de oxigenação mais ou menos graves.

Contudo, grande parte dos autores dividem as lesões por pressão conforme sua etiologia, portanto, classificadas como UPPs relacionadas a fatores intrínsecos e extrínsecos (GALVIN; CURLEY; BRADEN, 2012).

Fatores intrínsecos: são originados do paciente como exemplo: a desnutrição, pressão arterial elevada, saturação de oxigênio diminuída e perfusão tecidual alterada, as quais podem causar a diminuição da resistência dos tecidos em pacientes críticos.

Fatores extrínsecos: são os fatores externos quem influenciam diretamente o paciente como o caso da umidade, fricção e cisalhamento, ou outros fatores que modifiquem a tolerância tecidual e favoreçam o aparecimento das UPPs.

Fernandes, Caliri e Haas (2008), quando se posicionaram a respeito desses conceitos explanaram que, o principal fator para o aparecimento dessa doença é a imobilidade, pois os pacientes que não conseguem movimentar-se ou não possuem a capacidade de pedir ajuda para se reposicionarem no leito, acabam expondo e pela à pressão prolongada oriunda das proeminências ósseas, o que pode levar ao dano tecidual e ao desenvolvimento de UPPs.

Nesse contexto Brunner e Studart *et al.*, (2011), traz um aparato geral de todos esses fatores compilados em: **fatores biológicos**, como idade avançada, nutrição desequilibrada, hiporexia, anorexia, processos infecciosos, diversas patologias, integridade da pele prejudicada (umidade excessiva ou ressecamento extremo), incontinência urinária e fecal; e **fatores físicos e mecânicos** como atritos, abrasões, traumas, falta da mudança de decúbito, pacientes com diminuição do nível de

consciência dentre outros.

Conhecer os fatores de risco das lesões por pressão é peça chave para evitar seu aparecimento, para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde em especial o enfermeiro busquem detectar precocemente o paciente que apresente um potencial de risco para essa doença.

Dessa forma, uma dos meios disponíveis atualmente para atuar conjuntamente ao enfermeiro são as escalas preditivas, dando destaque a de Braden, que auxiliam na implantação de medidas específicas para a prevenção das lesões por pressão assim como, direcionando as intervenções de enfermagem (CREMASCO, 2009)

4.2 Tratamento e Prevenção

Consoante Matos (2010), a prevenção das lesões por pressão é de suma importância a saúde do paciente devendo o profissional ter: **cuidados com a pele do paciente** observando sinais de lesões, ressecamento rachaduras eritema e fragilidade; atentar para a **reduzindo a umidade**, realizando higiene íntima, troca de fraldas regularmente e dos dispositivos urinários e manter roupas e colchões secos; **avaliar a pressão**, realizando a mudança de decúbito a cada 2 horas usar colchões caixa de ovo ou pneumático, travesseiros, almofadas de gel além de proteger calcâneo manter os membros inferiores aquecidos **estimulando a movimentação**, caso o paciente restrito ao leito solicitá-lo para realizar movimentação passiva, estimulando-o a sentar-se e a deambular, com o máximo prevenir quedas.

O tratamento dessas lesões é difícil, geralmente muito prolongado, e gera altos gastos para instituições e convênios, sobrecarregando também a equipe de enfermagem, nesse contexto é importante atentar para o fortalecimento de sua prevenção.

Para isto, é necessária uma equipe multidisciplinar empenhada no intuito de diminuir seu aparecimento bem como, trata-la da melhor forma possível. (GOMES *et al.*, 2010).

Essa terapêutica deve ser bastante rigoroso atendendo para cada paciente de acordo com suas necessidades, Fernando (2016), explica que para a cura dessa comorbidade é necessário ter em mente alguns objetivos dentre eles: remoção da pressão sobre as áreas afetadas: proteger a pele saudável circundante: melhorar a

imunidade do organismo e permitindo uma condição favorável no corpo para facilitar o processo de cura natural; proporcionar alívio da dor; remoção e cura infecções; retirar tecido necrótico e morto; tratamento do paciente para controlar o diabetes, colesterol alto, desnutrição e anemia.

Para potencializar o tratamento das lesões por pressão o mercado atual disponibiliza inúmeros medicamentos e coberturas, com as mais diversas finalidades que atendem a necessidade de cada indivíduo.

Silva *et al.*, (2011), explica que na escolha do curativo deve-se levar em conta que não existe um produto ideal para o tratamento da lesão do começo ao fim; É necessário conhecer os benefícios, as contraindicações, indicações e o custo de cada tipo de cobertura a partir daí, selecionar a mais adequada para cada etapa do processo terapêutico. Além do que determinadas características devem ser obtidas com as coberturas, tais como: a manutenção do ambiente propício para a reparação tissular; fornecendo umidade favorável a ferida; a remoção do excesso de exsudato; a possibilidade de troca gasosa; a promoção do isolamento térmico; a proteção contra infecção e entrada de partículas contaminantes além de oferecer fácil remoção sem causar traumas.

Ademais todas essas orientações o enfermeiro ainda deve realizar o curativo atentando para alguns cuidados práticos que são imprescindíveis para uma efetiva qualidade da cobertura em que segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2009) são: lavar as mãos para prevenir infecção; explicar o procedimento ao paciente e familiares; reunir todo o material; fechar portas e janelas para diminuir as correntes de ar; colocar o paciente em posição confortável; manipular o material de curativo de forma asséptica bem como usar luvas estéreis; remover o curativo antigo; limpar a ferida com soro fisiológico; aplicar a cobertura; realizar o curativo oclusivo; lavar as mãos e recolher o material.

Na escolha da cobertura para as lesões por pressão alguns autores descrevem como materiais indispensáveis para o curativo:

Gazes: São compostas por produtos que inclui algodão, viscose e linho, isoladamente ou aliadas a outros componentes. Quando umedecidas aumenta a cicatrização, contudo, não garantem barreira contra microorganismos (MEDEIROS, 2006).

Ácido Graxo Essencial (AGE): é um óleo vegetal composto por ácido

linoleico, ácido caprílico, vitamina (A e E) e lecitina de soja ele é indicado para lesões por pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção. Ela promove a quimiotaxia e a angiogênese, mantendo o meio úmido e acelera o processo de granulação tecidual (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Curativos a base de hidrocolóide: São constituídos a base de espuma de poliuretano, gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica. Que pode ser utilizado em feridas abertas não-infectadas, com leve a moderada exsudação e na prevenção ou tratamento de lesões por pressão não infectadas (MEDEIROS, 2006).

Curativos com alginato de cálcio: O Alginato de cálcio são fibras de algas marinhas impregnadas com cálcio. O cálcio induz hemostasia; capacidade de absorver exsudatos; desbridamento autolítico. É indicado para feridas abertas exsudativas, cavitárias e sangrantes. Contraindicação essa cobertura não pode ser usada em feridas simples e secas (HARDING; MORRIS; PATEL, 2002).

Curativos com hidrogel: É um gel polímero, transparente, formado de água, uretanos, polivinil pirrolidona (PVP), polietino glicol e glicerina (fluido oriundo de ácidos graxos). O hidrogel pode ser encontrado sob duas apresentações: em placas e amorfa (tubos ou sachês). São utilizados em feridas com crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados e necrosados (MEDEIROS, 2006).

Em meio a tudo, é de grande importância a utilização da escala de TIME termos traduzido pela língua inglesa como acrônimo de *International Wound Bed Preparation Advisory Board* (EWMA), usada para o tratamento das feridas crônicas, sendo considerado um modelo de avaliação dinâmico dividido em quatro parâmetros que buscam a preparação do leito da ferida, permitindo potencializar o processo de cicatrização através do desenvolvimento de protocolos de tratamento (AYELLO; CUDDIGAN, 2004; MOFFATT, 2004)

Segundo Falanga (2004), esse organismo que busca uniformizar e potencializar o seu valor ao ser utilizado em vários países, e que correspondem a (FALANGA, 2004):

- T – Gestão do tecido;
- I – Controlo da inflamação e infecção;
- M – Gestão do exsudado;
- E – Avanço dos bordos da ferida

Os princípios desses parâmetros tem ligação com os fatores relacionados ao

leito das feridas que dificultam a cicatrização da ferida. O “T” está associado ao tecido, na busca de identificar o tipo de tecido presente no leito da ferida e as possíveis intervenções na remoção do tecido não viável; o “I” está relacionada a inflamação ou infecção que por ventura venham existir no leito da ferida; “M” está associado a gestão do exsudato pois esta pode variar de quantidade e macerar o leito da ferida; “E” descreve as características dos bordos da ferida que podem apresentar-se planas, enroladas e sem sinais de desenvolvimento cicatricial. (WERDIN *et al.*, 2009).

Nesse contexto a escala de TIME permite uma otimização do leito da ferida, reduzindo o edema, a quantidade de exsudado e a carga bacteriana presente, corrigindo assim os fatores que contribuem para o atraso no processo de cicatrização e permite também avaliar as intervenções terapêuticas decididas pelos profissionais de saúde (SIBBALD *et al.*, 2003; FALANGA, 2004).

4.3 Atuação de enfermagem na prevenção das UPPs

Vários estudos demonstram que, os gastos realizados com tratamentos das lesões por pressão são muito altos quando comparados com medidas de cunho preventivo básico. Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos entre 1990 a 2001 foi visto que o tratamento a esses pacientes teve custos que variaram de 2.000 a 70.000 dólares. Fazendo necessário expor que, essa doença é considerada um importante fator de risco para o aumento das internações tal como, considerado um expressivo vetor que repercute em óbitos dos pacientes (SACKLEY, 2008).

O ministério da saúde em (2013), desenvolveu um guia onde apresentava seis etapas essenciais para a prevenção das lesões por pressão sendo elas: Avaliação de lesões por pressão na admissão de todos os pacientes; reavaliação diária dos riscos de desenvolvimento de lesões por pressão de todos os pacientes internados; inspeção diária da pele; manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada; otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão.

Segundo a organização mundial da saúde (OMS), cerca de 95% das lesões por pressão são evitáveis, diante disso, é imprescindível que sejam utilizados todos os meios disponíveis para realizar uma prevenção eficaz, além da utilização dos tratamentos já estabelecidas (SOARES *et al.*, 2011).

Em uma pesquisa realizada em um hospital público de Rondônia, Silva *et al.*,

(2011), foi constatado que as principais formas de preveni-las está intimamente ligada a atuação dos profissionais de saúde em especial o enfermeiro sendo que, esses resultados revelaram que a grande maioria desses, 96%, sabem a importância da mudança de decúbito, da utilização de colchões caixa de ovo 44% uso de luvas com água, limpeza do leito, colchões de ar, uso de hidratante nos pacientes bem como, o hidrocolóide e ácido graxo, além dos coxins e em menor número 3,44% conheciam e usavam o óleo de girassol como forma de preveni-la.

Além dessas, é fundamental que haja orientações de qualidade relacionadas aos cuidados com as lesões por pressão para que seja possível um bom prognóstico do paciente. Dentre essas, Louro *et al.*, (2007), cita a mudança de decúbito a cada duas horas, manter lençóis secos e esticados, colchões articulados, nutrição adequada, hidratação da pele. É indispensável à observação de possíveis fatores locais adicionais de risco ao paciente, a título de exemplo, evitar umidade local, contato com fezes ou urina, tratamento de espasmos musculares.

Da mesma forma, é essencial a atenção global ao paciente, abordando-o de forma sistêmica e holística (MESS *et al.*, 2003).

Em meio a tantas orientações é importante salientar que, as repercussões das lesões por pressão são indicadores de suma relevância para mensurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde, assim como, a qualidade assistência recebida pelo paciente, nessa concepção a possibilidade dele desenvolver ou não a doença esta intimamente ligada aos cuidados da enfermagem tendo em mente que, o paciente em seu processo de tratamento teve o enfermeiro como principal profissional ativo nesse processo (JULL; GRIFFITHS, 2010). E que, quando abordados em conjunto o processo de enfermagem junto ao uso de protocolos de cuidados só tendem a engrandecer a atuação desse profissional possibilitando-o sistematizar, qualificar e facilitar a assistência prestada no cuidado aos pacientes (LUCENA *et al.*, 2008)

4.3.1 Assistência de enfermagem prestada no tratamento das UPPs

Segundo Tannure e Gonçalves (2008), a assistência de enfermagem ao portador de lesão por pressão deve se basear na metodologia científica. Para isso, o enfermeiro possui um instrumento essencial, que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE), é considerado um processo

que atende o paciente conforme suas necessidades. Ela é composta por fases iniciando pela investigação ou histórico, seguida pelo diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação.(ALFARO,2010);(TANNURE;GONÇALVES, 2008).

Por conseguinte, coletando as devidas informações de enfermagem para a avaliação da ferida tais como: classificação, formato e tamanho, profundidade, localização, exsudato, aparência da ferida, cor da lesão, extensão da ferida, odor, dor, tempo de existência, avaliar a progressão/regressão ou qualquer mudança na ferida, definir os produtos necessários para cada fase da ferida, Identificar as necessidades educacionais do paciente/cuidador quanto os cuidados com a ferida em domicílio, encaminhar o paciente a outros profissionais (Psicologia, Serviço Social etc.) de maneira apropriada (INCA, 2009).

Além desses, segundo Matos (2010) o tratamento das lesões por pressão a depender do caso, faz-se necessário à realização do desbridamento, processo que consiste na limpeza e remoção dos tecidos desvitalizados fixados a ferida em conformidade com técnicas que variam de acordo com o caso, que a depender da situação o enfermeiro tem o papel de realiza-lo e que segundo o autor pode ser classificado em:

- **Desbridamento mecânico:** feito por meio mecânico, utilizando gaze umedecida com soro fisiológico, colocada no leito da ferida sendo deixada até secar e depois é removida, é bastante doloroso.
- **Desbridamento autolítico:** método natural utilizando as coberturas de hidrogel e hidrocolóide, eles ativam as células fagocitárias e enzimas proteolíticas do próprio indivíduo, podendo ser utilizada em feridas colonizadas e infectadas.
- **Desbridamento enzimático:** ele usa enzimas exógenas para destruir o tecido necrótico.
- **Desbridamento osmótico:** obtido a partir do uso de produtos com mecanismo de ação osmolar, que equilibram a quantidade de umidade em feridas mais exudativas.
- **Desbridamento com Instrumental Cortante:** requer uso de instrumentais cirúrgicos, podendo ser subclassificado em: conservador, no qual usa instrumentos cortantes para tirar tecido não viável aderido à ferida não sendo necessária a utilização de anestesia; e o método cirúrgico, usado para a remoção de grandes áreas necrosadas sendo necessário o uso de anestesia e só pode ser realizado pelo

médico cirurgião (MATOS, 2010).

Nos últimos anos os serviços hospitalares no intuito de estabelecer um serviço com maior qualidade e eficiente desenvolveram **Sistemas de Gerenciamento** que estabeleceram padrões para manter a qualidade no atendimento. O gerenciamento de qualidade é de suma importância para a enfermagem pois, possibilita metodologias e mudanças necessárias para a melhoria da qualidade da assistência (ANTUNES E TREVIZAN, 2000).

Esse processo de padronização é iniciado com a compreensão de seu desdobramento, sendo necessário à aplicação de uma sistematização, hoje um dos mais conhecidos é o **Procedimento Operacional Padrão (POP)** que descreve cada passo crítico e sequencial que deverá ser dado pelo operador para garantir o resultado esperado da tarefa (SCHRAIBER, 2000). No contexto da enfermagem, esse procedimento está intimamente ligado aos manuais de enfermagem, pois, sanam dúvidas, orientam sobre normas e diretrizes de acordo com os princípios científicos, nos quais devem ser seguidos pelos enfermeiros, médicos e auxiliares sempre de forma padronizada.

Nessa concepção o enfermeiro exerce um trabalho de extrema relevância na prevenção e no tratamento das lesões por pressão, uma vez que realiza uma avaliação sistemática, identifica e acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, porque detém o maior domínio desta técnica, em virtude de ter em sua formação, componentes curriculares voltados para esta prática (TUYMANA *et al.*, 2004). Tendo em vista esses aspectos, esse profissional ainda deve prestar um atendimento individualizado ao paciente respeitando seus hábitos, crenças e recursos, assim como responder aos questionamentos e dúvidas dos diferentes membros da família.

Tendo em visto o cenário em questão, o enfermeiro se torna peça chave para os cuidados dos pacientes acometidos por lesões por pressão sendo que, o mesmo tem uma tarefa árdua de prevenir, tratar, orientar bem como atender o paciente de forma individual e holística, prestando uma assistência baseada no processo de enfermagem e em métodos científicos no intuito de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o levantamento bibliográfico utilizado nos resultados a respeito da assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos por lesões de pressão, conhecer os fatores de risco das lesões por pressão é de grande importância para prevenir seu aparecimento assim como seu agravamento, por tanto, é necessário que os profissionais de saúde principalmente a equipe de enfermagem procure identificar de forma antecipada o paciente que apresente um risco maior para essa doença.

A atuação propriamente dita do enfermeiro é de importância indispensável devendo ser bastante rigoroso atendendo para cada paciente de acordo com suas necessidades, tendo como objetivos: remoção da pressão sobre as áreas afetadas; proteger a pele saudável circundante; melhorar a imunidade do organismo e permitindo uma condição favorável no corpo para facilitar o processo de cura natural; proporcionar alívio da dor; remoção e cura infecções; retirar tecido necrótico e morto.

É fundamental que haja orientações de qualidade relacionadas aos cuidados com as lesões por pressão para que seja possível um bom prognóstico do paciente. Com isso o enfermeiro se torna peça fundamental para o tratamento dos pacientes acometidos por essas lesões, sendo assim, o mesmo tem uma tarefa árdua de prevenir, tratar, orientar bem como atender o paciente de forma individual e holística.

Diante do exposto, fica esclarecida a importância da assistência de enfermagem prestada no tratamento de pacientes acometidos de lesões por pressão, sua atuação propriamente dita e a importância da prevenção dessa patologia. No entanto, se faz necessárias pesquisas clínicas futuras com maior rigor metodológico arrespeito deste tema para otimizar a atuação dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento das lesões por pressão.

REFERÊNCIAS

ALFARO, L.R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 306.

ANTUNES, A.V.; TREVIZAN, M.A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**; 8(1):35-44, 2000.

AYELLO, E., CUDDIGAN, J. (2004). Debridement: Controlling the necrotic/cellular burden. **Advances in Skin Wound Care**, 17, p.66-78.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2013 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 04 Nov. 2019.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico- cirúrgico. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico- cirúrgico. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

BUSSANELO, J. SILVA, F. M. SEHNEM, G. D. POLL, M. A. DEUS, L. M. L. BOHLKE, T. S. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: Tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Rev Enferm UFSM**, 2013; v3 n1 p:175-184 1. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/8532/pdf>>.

DAVIES, K.E.; YESUDIAN, P. Pressure alopecia. *Int J Tricology*.2012;4(2):64-4
DEALEY, C. Cuidando de feridas. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

F., *et al.* Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. esc. enferm. USP**. Vol.44 n.4. São Paulo. Dez. 2010..

FALANGA, V. Wound Bed Preparation: Science Applied to Practice.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L.; HAAS, V.J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2008, p. 305-311.

FERNANDO, M.M.D. Tratamento de úlceras de pressão (escaras). Disponível em: [http://www.news-medical.net/health/Treatment-of-pressure-ulcers-\(bedsores\)-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Treatment-of-pressure-ulcers-(bedsores)-(Portuguese).aspx).

FRANCO, D.; GONÇALVES, L.F. **Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado**. 2008.

GALVIN, P.A.; CURLEY, M.A. The Braden Q+P: a pediatric perioperative pressure ulcer risk assessment and intervention tool. *AORN J*; 96(3):261 -70, 2012

GARTNER, L. P.; HIATT, J. L. Tratado de Histologia em cores. 3.ed.

GARTNER, L. P.; HIATT, J. L. Tratado de Histologia em cores. 3.ed.

GUSENOFF, J.A.; REDETT, R.J.; NAHABEDIAN, M.Y. Outcomes for surgical coverage of pressure sores in: nonambulatory, nonparaplegic, elderly patients. *Ann Plast Surg*. 48:633-40. 2005

HARDING, K.G.; MORRIS, H.L.; PATEL, G.K. **Science, medicine and future: healing chronic wounds**. *BMJ*. 324(7330):160-3. 2002.

HESS, C.T. Tratamento de feridas e úlceras. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002. p.226.

INCA- Instituto Nacional do Câncer. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. 2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../inca/Feridas_Tumorais.pdf. Acesso em: 3 NOV. 2018

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2013 p. 351 -362.

JULL, A; GRIFFITHS, P. Is pressure sore prevention a sensitive indicator of the quality of nursing care? A cautionary note. **International Journal of Nursing Studies**. v. 47, n. 5, p. 531-533, may 2010.

JULL, A; GRIFFITHS, P. Is pressure sore prevention a sensitive indicator of the quality of nursing care? A cautionary note. **International Journal of Nursing Studies**. v. 47, n. 5, p. 531-533, may 2010.

KHEDER, A.; NAIR, K.P. Spasticity: pathophysiology, evaluation and

KOTTNER, J.; WILBORN, D.; DASSEN, T. **Frequency of pressure ulcers in the paediatric population: a literature review and new empirical data**. *Int J Nurs Stud*.;47(10):1330-40. 2010

LOURO, M. *et al.* Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**.v.19, n.3, p. 337-341. 2007.

management. **Pract Neurol**; 12(5):289-98. 2012.

MATOS, A.G. Protocolos de enfermagem: prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Hemório, 1º ed, Rio de Janeiro, 2010.

MATOS, A.G. Protocolos de enfermagem: prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Hemório, 1º ed, Rio de Janeiro, 2010.

MEDEIROS, A.B.F. Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco. Fortaleza- CE, 2006. Disponível em: http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/adriana_bessa_fernandes_medeiro.pdf.

Medical Education Partnership LTD.

MESS, A.S.; KIM, S.; DAVISON, S.; HECKLER, F. Implantable baclofen pump as an adjuvant in treatment of pressure sores. **Ann Plast Surg**; 51:465-7. 2003.

NPUAP- Pressure Ulcer Stages Revised by the National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Ostomy Wound Manage.*, v. 53, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.o-wm.com/article/6967>.

Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, p. 333-335

Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, p. 333-335.

ROGENSKI, N.M.B.; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev Lat-Am Enferm**: 13(4):474-80, 2005.

ROSS, M. H.; PAWLINA, W. Histologia: texto e atlas, em correlação com Biologia celular e molecular. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 498.

SACKLEY, C.; BRITTLE, N.; PATEL, S.; ELLINS, J.; SCOTT, M.; WRIGHT, C.; DEWEY, M.E. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*; 39:3329-34. 2008

SACKLEY, C.; BRITTLE, N.; PATEL, S.; ELLINS, J.; SCOTT, M.; WRIGHT, C.; DEWEY, M.E. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*; 39:3329-34. 2008.

SACKLEY, C.; BRITTLE, N.; PATEL, S.; ELLINS, J.; SCOTT, M.; WRIGHT, C.; DEWEY, M.E. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*; 39:3329-34. 2008

SCHRAIBER, L.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2000; 4(2):221-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600005&script=sci_arttext&tlng=pt)

11692008000600005&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 01, NOV. 2019

SIBBALD R., *et al.* Preparing the wound bed - debridement, bacterial balance and moisture balance. *Ostomy Wound Management*, 46(11), 2003, p. 14-35.

SILVA, R., *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. (org.). **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem.** São Paulo: Yendis, 2011.

SOARES, D.A.S.; VENDRAMIN, F.S.; PEREIRA, L.M.D.; PROENÇA, P.K.; MARQUES, M.M. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev Bras Cir Plást;** 26(4):578-81, 2011.

SOARES, D.A.S.; VENDRAMIN, F.S.; PEREIRA, L.M.D.; PROENÇA, P.K.; MARQUES, M.M. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev Bras Cir Plást;** 26(4):578-81, 2011.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. SAE - **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2008.

TUYMANA, L.Y. *et al.* Feridas crônicas de membros inferiores: proposta de sistematização da assistência de enfermagem a nível ambulatorial. **Revista Nursing,** v.25 n.7, p.46-50, 2004

WERDIN, F., *et al.* Evidence-based Management Strategies for Treatment of Chronic Wounds. *Journal of Plastic Surgery,* 2009, p. 169-179.

Wound Bed Preparation in Practice EWMA Position Document. London, 2004.