

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

CÍNTIA FONSECA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO  
POR PRESSÃO RELACIONADO AO DECÚBITO NO ÂMBITO  
HOSPITALAR**

Paracatu

2021

CÍNTIA FONSECA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO  
RELACIONADO AO DECÚBITO NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem  
Medico-Cirúrgica

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Msc. Renato Philipe de Sousa

Paracatu

2021

S5861 Silva, Cíntia Fonseca.

**Lesão por pressão:** cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão relacionado ao decúbito no âmbito hospitalar. / Cíntia Fonseca Silva. – Paracatu: [s.n.], 2021.

43 f. il.

Orientador: Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) UniAtenas.

1. Enfermagem. 2. Lesão por pressão. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Segurança do paciente. I. Silva, Cíntia Fonseca. II. UniAtenas. III. Título.

CDU: 616-083

CÍNTIA FONSECA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO  
RELACIONADO AO DECÚBITO NO ÂMBITO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem  
Medico-Cirúrgica

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Msc. Renato Philipe de Sousa

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, 12 de Junho de 2021.

---

Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa  
UNIAtenas

---

Prof<sup>a</sup>. Franciele Alves Marra  
UNIAtenas

---

Prof<sup>a</sup>. Leilane Mendes Garcia  
UNIAtenas

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado suporte durante essa longa caminhada coberta de dificuldades e obstáculos, mas que em todas Ele me deu forças para superá-las em direção a realização de um sonho. E é com essa mesma fé que tenho em ti, que me alimento de novas esperanças e novos caminhos.

Aos meus pais, minha filha Laís e meus irmãos, que estiveram ao meu lado me apoiando, incentivando e motivando a ser melhor, mesmo nos momentos mais difíceis de desânimo, cansaço e desespero. A eles toda minha gratidão por serem meus exemplos de vida e meu porto seguro.

Aos meus familiares e amigos, que sempre torceram pelo meu sucesso, aos que fizeram parte da minha formação acadêmica e fazem parte do meu crescimento pessoal.

Aos meus professores e colegas, que foram parceiros na caminhada e suporte para os momentos de dúvidas e incertezas ao compartilharem de dificuldades e desafios da jornada, em especial ao orientador Renato Philipe de Sousa, por toda dedicação e paciência durante a elaboração desse trabalho. Meu muito obrigada.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

## RESUMO

O presente trabalho possui como objetivo elencar os cuidados de Enfermagem na prevenção de lesão por pressão associados aos fatores de risco em internações prolongadas. A Enfermagem constitui a profissão responsável pelo cuidado do paciente enquanto em internações, tanto as mais curtas quanto as mais prolongadas, no entanto, alguns pacientes possuem risco de desenvolverem lesões devido a pressão causados pelos períodos de internamento. O problema surge porque necessita-se entender por quais motivos pacientes em internações prolongadas evoluem com lesões por pressão? Como hipótese, inicialmente, acredita-se que a sobrecarga de trabalho faz com que o profissional de Enfermagem não consiga modificar o decúbito com regularidades promovendo cisalhamento. A pesquisa justifica-se porque a lesão por pressão tem sido origem de preocupação por evidenciar um caso de saúde pública, conduzindo a problemas emocionais, físicos, e contribuindo com a morbimortalidade. A metodologia escolhida constitui pesquisa bibliográfica a publicações e protocolos de cuidados com o paciente nacionais e internacionais. Conclui-se que a definição de um protocolo de cuidado personalizado para cada paciente é essencial para que não haja ocorrência de lesões, descartando a hipótese inicial, pois o paciente deve ter acesso ao cuidado eficiente durante a internação.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Lesão por pressão. Cuidados de Enfermagem. Segurança do paciente.

## **ABSTRACT**

*The present study aims to list Nursing care in the prevention of pressure injuries associated with risk factors in prolonged hospitalizations. Nursing is the profession responsible for patient care while in hospitalizations, both the shortest and the longest, however, some patients are at risk of developing injuries due to pressure caused by the periods of hospitalization. The problem arises because it is necessary to understand the reasons for which patients in prolonged hospitalizations evolve with pressure injuries? As a hypothesis, initially, it is believed that work overload causes the nursing professional to not be able to modify the decubitus position with regularities promoting shear. The research is justified because pressure injury has been the source of concern for highlighting a public health case, leading to emotional, physical problems, and contributing to morbidity and mortality. The chosen methodology constitutes a bibliographic search of national and international publications and protocols for patient care. It is concluded that the definition of a personalized care protocol for each patient is essential to avoid the occurrence of injuries, discarding the initial hypothesis, as the patient must have access to efficient care during hospitalization.*

**Keywords:** *Nursing. Pressure injury. Nursing care. Patient safety.*



## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> Pele saudável	22
<b>FIGURA 2</b> Estágio 1 da LPP	24
<b>FIGURA 3</b> Estágio 2 da LPP	25
<b>FIGURA 4</b> Estágio 3 da LPP	25
<b>FIGURA 5</b> Estágio 4 da LPP	26
<b>FIGURA 6</b> LPP Tissular Profunda	26
<b>FIGURA 7</b> LPP Tissular Profunda	27
<b>FIGURA 8</b> Régua para medir LPP	31
<b>FIGURA 9</b> Protocolo de mudança de decúbito	34
<b>FIGURA 10</b> Metas Internacionais de Segurança do Paciente	38

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> Escala de Braden	28
<b>QUADRO 2</b> Principais tipos de cobertura e suas indicações	30
<b>QUADRO 3</b> Uso de cobertura para a prevenção de LPP	37

## **LISTA DE SIGLAS**

AGE - Ácido Graxo Essencial

ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

CCASS - Conselho Canadense de Acreditação de Serviços de Saúde

JCI - Comissão Conjunta Internacional

LPP - Lesão por pressão

NIC - Nursing Interventions Classification

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSP - Plano Nacional de Segurança do Paciente

SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SOBENDE - Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia

SOBEST - Associação Brasileira de Estomatoterapia

WUWHUS - World Union of Wound Healing Societies

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1.1 PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>14</b>
<b>1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA</b>	<b>14</b>
<b>1.3 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>1.3.1 OBJETIVO GERAL</b>	<b>14</b>
<b>1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>14</b>
<b>1.4 JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO</b>	<b>15</b>
<b>1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO</b>	<b>16</b>
<b>2 LESÃO POR PRESSÃO</b>	<b>17</b>
<b>3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	<b>21</b>
<b>3.1 AVALIAÇÃO DA PELE</b>	<b>22</b>
<b>3.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>	<b>23</b>
<b>3.3 ESTAGIAMENTO DAS LESÕES</b>	<b>24</b>
<b>3.4 ESCALAS DE PREVENÇÃO MAIS UTILIZADAS</b>	<b>27</b>
<b>3.5 COBERTURA E SUAS INDICAÇÕES</b>	<b>29</b>
<b>3.6 AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA LESÃO</b>	<b>31</b>
<b>4 PERSONALIZAÇÃO DO CUIDADO AS LESÕES POR PRESSÃO</b>	<b>33</b>
<b>4.1 NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>33</b>
<b>4.2 MUDANÇA DE DECUBITO</b>	<b>34</b>
<b>4.3 USO DE COLCHÕES E SUAS DENSIDADES E TIPOS</b>	<b>35</b>
<b>4.4 USO DE COXINS</b>	<b>36</b>
<b>4.5 USO DE COBERTURAS PREVENTIVAS</b>	<b>37</b>
<b>4.6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>38</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>39</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Lesão por Pressão (LPP), tem sido assunto de extrema atenção por parte das equipes de saúde, sendo que os Enfermeiros têm um maior comprometimento na assistência direta a este problema, pois os mesmos tendem a passar maior parte do tempo com os pacientes hospitalizados (PACHA, *et al.*, 2018).

Anteriormente, a LPP era comumente chamada de úlcera por pressão, mas atualmente, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação (PACHA, *et al.*, 2018).

A LPP é caracterizada por uma lesão localizada na pele ou tecido ou estrutura subjacente, frequentemente sobre uma proeminência óssea, podendo ser raso ou profunda devido à falta de circulação sanguínea na região, isquêmica causada pela compressão, fricção ou cisalhamento que pode resultar em morte tecidual. A lesão pode ser resultante de ciclos prolongados de imobilidade no leito, no qual prejudica o suprimento sanguíneo, ou seja, impossibilita a irrigação tecidual na extensão da pressão (MENDONÇA *et al.*, 2018).

As LPP's podem gerar muitas consequências não só físicas como também psicológicas nos enfermos, incluindo sofrimento e dor, sensação de solidão dentre outros. Sendo assim, o Enfermeiro desempenha um dever substancial nas repercussões positivas pertinentes a estes clientes, cabendo à Enfermagem descobrir antecipadamente estas lesões, tendo em vista que LPP's se distribuem em estágios diferentes (MENDONÇA, *et al.*, 2018).

Além dos períodos prolongados no leito, dentre os fatores que mais predispõe as lesões por pressão, pode-se citar a umidade, a má nutrição, e o edema. Por isso, é fundamental se pensar se os meios preventivos estão sendo empregados na prática pelo profissional da Enfermagem para prevenir que haja a manifestação das LPP's (RIBEIRO, *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o presente trabalho de pesquisa objetiva analisar através de pesquisa bibliográfica, os cuidados de Enfermagem na prevenção de lesão por pressão associados aos fatores de risco em internações prolongadas.

## **1.1 PROBLEMA**

Por quais motivos pacientes em internações prolongadas evoluem com lesões por pressão?

## **1.2 HIPÓTESE**

Acredita-se que a sobrecarga de trabalho faz com que o profissional de Enfermagem não consiga modificar o decúbito com regularidades promovendo cisalhamento. Para a equipe de Enfermagem proporcionar uma Assistência de Enfermagem com qualidade ao paciente com lesão por pressão (LPP) é necessário ter conhecimento dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que possam contribuir para as lesões.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GERAL**

Elencar os cuidados de Enfermagem na prevenção de lesão por pressão associados aos fatores de risco em internações prolongadas.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) analisar as causas para o aparecimento da lesão por pressão associada aos fatores de risco em internações prolongadas.
- b) evidenciar as intervenções de Enfermagem na prevenção de lesão por pressão associada aos fatores de riscos.
- c) discutir a importância da personalização dos cuidados de Enfermagem por meio do núcleo de segurança do paciente na redução dos casos de lesão por pressão associada a internação prolongada.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Atualmente, em todo o mundo, o debate referente a seguridade do paciente e a tentativa de melhor qualidade no fornecimento da assistência à saúde tem sido considerado um assunto em potencial. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS), determinou como segurança do paciente a diminuição ao mínimo admissível do risco de males inoportunos ao longo da assistência à saúde (OMS, 2009).

Nessa visão, a lesão por pressão (LPP), intitulada como uma eventualidade adverso, se decorrer após ao acolhimento do cliente no serviço de saúde, e como uma das cinco razões mais comuns de malefícios aos pacientes, propõe-se como significativo desafio (PACHA, *et al.*, 2018).

A Enfermagem é um Ciência que tem como intenção o cuidar. Neste campo a perspectiva da promoção da saúde, assim como o de prevenção, deve presidir o ato assessorial, na busca por uma menor taxa da lesão por pressão. A LPP, diferente das outras alterações de pele, tem sido origem de preocupação por evidenciar um caso de saúde pública, conduzindo a problemas emocionais, físicos, e contribuindo com a morbimortalidade (SOARES, *et al.*, 2018).

## 1.5 METODOLOGIA

Para Gil (2010), a revisão bibliográfica pode ser realizada com a utilização de material publicado, livros, produções científicas e dissertações. A pesquisa bibliográfica é realizada com objetivo de levantar uma parcela do conhecimento disponível sobre as teorias existentes acerca de um tema, buscando analisar, produzir ou explicar o objeto investigado.

Para alcançar os objetivos específicos, a pesquisa será de caráter exploratório, pois tem como meta “realizar descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma” (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 69). Segundo Barros (2004) fonte é aquilo que coloca o pesquisador, diretamente, em contato com o problema, sendo o material com o qual se examina ou analisa a sociedade humana no seu tempo e espaço.

Nesse contexto, foram pesquisados cerca de quarenta trabalhos, entre artigos, obras, periódicos, teses, protocolos de cuidados estabelecidos por

instituições, entre outros, onde trinta e seis foram utilizados a partir da relação entre seus objetivos específicos e os do presente trabalho.

## **1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO**

O trabalho estrutura-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização do estudo, através da introdução; formulação do problema de pesquisa; a hipótese do estudo; o objetivo geral e específicos; a justificativa, relevância e contribuições da proposta de estudo; a metodologia do estudo, assim como definição estrutural da monografia.

O segundo capítulo aborda os aspectos conceituais da lesão por pressão e o contexto em que pode ocorrer, ou seja, como os principais órgãos e instituições de saúde identificam uma lesão, suas taxas de ocorrência, as consequências causadas e a atuação do enfermeiro na detecção de uma LPP.

O terceiro capítulo trata da intervenção dos profissionais da Enfermagem na intervenção da lesão por pressão abordando suas contribuições para que um paciente com risco de desenvolvê-la seja cuidado. Dessa forma, pesquisa-se sobre a avaliação de pele, avaliação nutricional, estagiamento da lesão, escalas de prevenção, coberturas indicadas e avaliação da evolução da lesão.

O quarto capítulo aborda a personalização do cuidado das lesões por pressão ao especificar a abordagem do núcleo de segurança do paciente, mudança de decúbito, uso de colchões e suas densidades e tipos, uso de coxins, uso de coberturas preventivas e a apresentação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

E, por último, as considerações finais que abordam o alcance dos objetivos e respondem a problemática do trabalho, além de fornecer indicação para trabalhos futuros.



## 2 LESÃO POR PRESSÃO

A assistência de Enfermagem no ambiente de tratamento intensivo tem se desenvolvido consideravelmente com o passar dos anos. Essa circunstância culmina com advento de procedimentos cada vez mais complexos e uso de demasiados equipamentos médicos, que embora fundamentais na assistência aos clientes críticos, podem promover eventualidades hostis, a exemplo das LPP por pressão associadas a dispositivos médicos (RIBEIRO, *et al.*, 2018).

A LPP é uma deterioração que ocorre na pele e nos tecidos subjacentes, comumente, sobre uma protuberância óssea pactuada com cisalhamento e fricção. Conhecimentos estrangeiros indicam que a taxas de incidência são de cerca de 3% a 25% e prevalência de 16% a 23% em clientela hospitalizada em processo de tratamento intensiva (RIBEIRO, *et al.*, 2018).

Em centros clínicos, a incidência de LPP é de quase 2% e prevalência de quase 4%. No Brasil, a as taxas de LPP em pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva é ainda maior, passando de 12% a incidência e a prevalência com e a quase de 18%. Já em unidades clínicas e cirúrgicas, a prevalência é aproximadamente 10% e a incidência 6% (RIBEIRO, *et al.*, 2018).

Essas informações mostram que as LPP ainda são mais dominantes em pacientes limitados, tanto à cadeira de rodas quanto ao leito, aumentando ainda mais a incidência em indivíduos com idade de avançada, com incontinência urinária e/ou com problemas neurológicos. O tratamento da LPP e suas complicações envolve grande custo financeiro, todavia, mais determinante do que o custo financeiro é o grande choque emocional e emocional que a LPP provoca aos pacientes (PACHA, *et al.*, 2018).

Sabe-se que o Enfermeiro tem dever primordial na assistência ao paciente com LPP, tornando imprescindível que a equipe de Enfermagem efetive uma análise cautelosa do paciente que possui este tipo de lesão, para ter a chance de determinar as preferíveis intervenções e obter a solução e/ou evolução deste problema de saúde. Todo o processo de cura inicia-se com uma avaliação detalhada da lesão, daí sucede a necessidade de aplicar recursos de avaliação, que concede maior confiança (CAMPOI, *et al.*, 2009).

Mesmo com o avanço dos cuidados em saúde, as LPP's apresentam-se correspondendo a uma determinante causa de morbimortalidade, afetando a

qualidade de vida do cliente e da sua família, estimulando um transtorno social e econômico. As LPPs são lesões consequentes da isquemia estabelecida pela pressão extrínseca a longo prazo da pele, tecidos adjacentes e ossos, tratando-se de um problema pertinente na área de atenção à saúde. As regiões mais prejudicadas são as protuberâncias ósseas (MINAYO; GUALHANO, 2018).

Perante isso, a equipe de Enfermagem exerce uma função fundamental para a precaução das LPPs atuando no monitoramento dos fatores de risco. Dessa forma, a análise dos clientes em riscos e a elaboração de intervenções de Enfermagem podem resguardar o comprometimento da saúde dos pacientes e proporcionar qualidade de vida aos mesmos (BROCA; FERREIRA, 2012).

Dentro de as atuações principais de Enfermagem para conter o surgimento das LPP's, têm-se: a mobilização e o posicionamento apropriado do cliente, maior cuidado com a pele, através de técnicas adequadas de limpeza e higiene, utilização de óleos e cremes hidratantes, a utilização de leitos que redistribuem a tensão nas proeminências ósseas, acompanhamento das condições nutricionais e ingestão hídrica (MENDONÇA, *et al.*, 2018).

Para que haja a evolução da qualidade da assistência, os cuidados de Enfermagem necessitam estar fundamentados em um modelo científico e referencial metodológico, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification – NIC) (PADILHA, *et al.*, 2020).

O NIC auxilia o Enfermeiro em suas atividades por meio de passos que vão sendo operacionalizados, conferindo-lhe versatilidade e informação sobre os esforços prestados por meio de um dialeto claro e coeso que simplifica o entendimento e comparação dos resultados empregados em todos os contextos e especialidades, propiciando uma assistência de Enfermagem digna de dinamizar e correlacionar as condutas e detectar, entender e reproduzir as respostas humanas às adversidades de saúde (PADILHA, *et al.*, 2020).

Logo, é fundamental que a equipe de Enfermagem, assim como a equipe multiprofissional, encontre-se apta para descobrir os fatores de risco que arremetem a aparição das LPP, e desse modo conceder um atendimento correta com intervenções voltadas à prevenção e diminuição dos danos deste agravo, munidos de conhecimentos como as escalas preditivas de risco, na perspectiva da qualidade de vida e minimização de incumbências financeiros (PADILHA; *et al.*, 2020).

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples.

A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Em abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão. Tal documento já foi traduzido e validado para o português por membros da Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (SOBEST, 2016).

Lesão Por Pressão é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. Pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. (NPUAP, 2016).

Lesões por pressão (LPP) causam danos considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

Literatura recente destaca que a prevenção da LPP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidados. Para operacionalização dessa visão, tornam-se necessários: uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias que promovam o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com "expertise" sobre a temática.

Desta forma as principais causas são: idade, pois com o processo de envelhecimento a elasticidade da pele diminui; nutrição, as deficiências nutricionais

atrasam a cicatrização e favorece o desenvolvimento de novas lesões; comorbidades, predisposições à diabetes, hipertensão arterial sistêmica, nefropatias, dentre outras atuam negativamente a circulação cutânea levando a isquemias locais; desidratação, pois a falta de hidratação caracteriza risco para desenvolvimento de LPP; imobilidade; perfusão tecidual; uso de sedativos; edema e infecção local; temperatura elevada; incontinências; cisalhamento; pressão contínua; umidade; fricção e tolerância tecidual (BRITO, 2017).

### 3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Para Marques (2017), são atribuídos à equipe de Enfermagem os cuidados com a pele, devido prestar cuidados diretos ao paciente e estar a mais tempo ao seu lado, mais que qualquer outro profissional de saúde, sendo sua função a implementação de medidas preventivas e sistematizadas para o cuidado do paciente. Além disso, a Resolução nº 0501/2015 do Conselho Federal de Enfermagem aprovou e instituiu à equipe de Enfermagem os cuidados às feridas.

A incidências das LPPs nos pacientes, principalmente os em estado crítico, é indiscutível. A equipe de Enfermagem não deve almejar somente a estabilidade clínica e a alta do paciente, mas a diminuição de complicações como a formação da LPP. O profissional enfermeiro atua no gerenciamento de riscos implementando estratégias que previnem danos e minimizam os processos prejudiciais (MANGANELLI, *et al.*, 2019).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, aprovado pela Portaria nº 529/2013, estabeleceu eixos que visam a segurança do paciente, são eles: o estímulo a uma prática assistencial segura, que envolve protocolos básicos de cuidados, planos locais de segurança para pacientes, criação de núcleos de segurança, sistema de notificação de acidentes e sistema de notificação de eventos adversos; o envolvimento do cidadão na sua segurança; Inclusão do tema segurança do paciente no ensino, que envolve incluir o tema na educação permanentemente, nos programas de pós graduação e nas graduações da saúde; o incremento de pesquisa em segurança do paciente evidenciando assim a responsabilidade dos profissionais na prevenção de danos aos pacientes (BRASIL, 2013).

Ao destacar a importância do papel dos profissionais da Enfermagem enfatiza-se o sentido de identificação precoce dos pacientes que necessitam de cuidados mais severos, em especial, aqueles que possuem características de risco como os idosos, acamados, obesos e cadeirantes. Busca-se, com isso, minimizar danos físicos e psicológicos, assim como os custos e o tempo de internação através de avaliação e classificação de cada paciente para que a intervenção seja individual (OLIVEIRA, *et al.*, 2019).

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES DF (2018) faz parte da intencionalidade de prevenção, ou seja, da conduta preventiva,

a avaliação de risco na admissão e a reavaliação diária do potencial e do risco do desenvolvimento de LPP. Entende-se a relevância da participação do profissional da Enfermagem nesse processo, tendo em vista as atribuições de cuidado para com o cliente durante sua internação. Wechi (2017) acredita que duas importantes ferramentas importantes para a prevenção das lesões é a utilização das escalas de risco para lesões e a capacitação dos profissionais de Enfermagem.

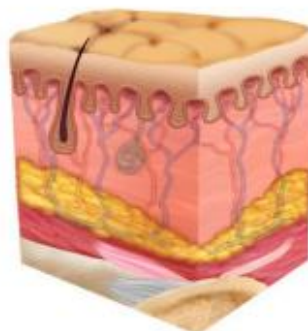
### 3.1 AVALIAÇÃO DA PELE

A avaliação da pele é feita pelo profissional da Enfermagem observando o risco para LPP identificado durante a avaliação. A avaliação da pele é feita diariamente, sendo feita a inspeção da superfície cutânea, da cabeça aos pés, uma vez que em questão de horas os pacientes podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. É necessário dar maior atenção às regiões de maior risco para LPP. A avaliação deve ocorrer em intervalos pré-definidos com periodicidade condizente com o risco identificado, também se salienta o pontual e apropriado registro das alterações encontradas (BRASIL, 2013).

No entanto, alguns estados e instituições estabelecem seu próprio protocolo, utilizando as premissas do Protocolo do Ministério da Saúde, como é o caso da Prefeitura de São Paulo estabelece que casos com baixo risco sejam avaliados duas vezes ao dia, casos com risco moderado avalie-se três vezes ao dia e os com alto risco a avaliação seja feita quatro vezes ao dia (HNVSC, 2017).

Tendo em vista tais conceitos, considera-se pele saudável aquela sem lesões e hidratada (Figura 1).

**Figura 1: Pele saudável**



Fonte: NPUAP (2016)

### 3.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Marques (2017), acredita que uma das principais preocupações na avaliação do paciente quanto ao risco de LPPs é o estado nutricional, uma vez que a constatação de um risco nutricional torna necessário o encaminhamento ao nutricionista, pois a manutenção da nutrição é considerada fator essencial para a prevenção de LPPs.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) pacientes com déficit nutricional ou desidratação tendem a apresentar perda de peso e massa muscular, um processo que torna o osso mais saliente e a deambulação mais difícil. Tais déficits geralmente são acompanhados de edemas e menor fluxo sanguíneo cutâneo, o que resulta em lesões isquêmicas que contribuem para lesões na pele.

Assim como no caso da avaliação da pele, a avaliação nutricional e seus parâmetros variam. O paciente deve ser reavaliado sempre que houver qualquer alteração clínica significativa quanto ao risco nutricional (HMOVSC, 2017).

O protocolo do Ministério da Saúde (2013) estabelece procedimentos operacionais para a avaliação nutricional:

- a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UPP.
- b) Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.
- c) Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.
- d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de UPP (BRASIL, 2013, p. 9).

No geral, quanto à avaliação nutricional o Programa Nacional de Segurança do Paciente os parâmetros observados são o peso e a hidratação do paciente em consonância com os riscos identificados (BRASIL, 2013). Segundo Faria (2017) se a nutrição não estiver dentro dos padrões, ou seja, não realizando a ingestão dos

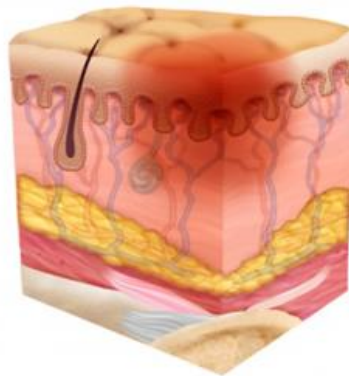
nutrientes necessários para uma boa saúde, o corpo pode estar comprometido, inclusive favorecendo o aparecimento de infecções e agravando LPPs.

### 3.3 ESTAGIAMENTO DAS LESÕES

De acordo com Moraes *et al.*, (2016), em acordo com a classificação feita pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), as lesões podem ocorrer em seis estágios:

**Estágio 1 - Pele íntegra com eritema não branqueável:** Pele intacta com área de eritema não branqueável, podendo ser diferente em pele de pigmentação mais escura (Figura 2). As mudanças visuais podem ocorrer após a incidência de alterações na sensação ou eritema branqueável, consistência ou temperatura. Não ocorrem mudanças de cor para descoloração roxa ou marrom, pois ocorrem em situações mais profundas (MORAES, et al., 2016).

**Figura 2: Estágio 1 da LPP**

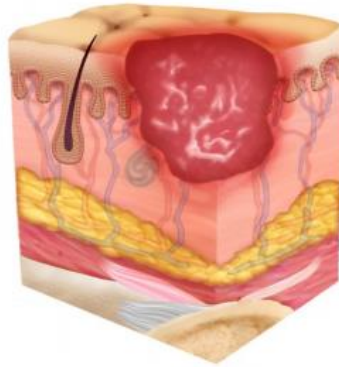


Fonte: NPUAP (2016).

**Estágio 2 - Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme:** Apresenta a perda parcial da espessura da pele deixando a derme exposta. Apesar de não expor o tecido adiposo e os tecidos mais profundos, a ferida é viável, sendo vermelha ou rosa, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido (Figura 3). São lesões que geralmente resultam de microclima adverso e cisalhamento na pele sobre a pelve e cisalhamento no calcanhar. É um estágio que não descreve dermatites associadas (MORAES, et al., 2016).



**Figura 3: Estágio 2 da LPP**



Fonte: NPUAP (2016)

**Estágio 3 - Perda total da espessura da pele:** A lesão apresenta perda total da espessura da pele ficando visíveis o tecido adiposo, o tecido de granulação e esfacelo e/ou escara (Figura 4). A profundidade varia de acordo com o local do corpo e a adiposidade. No leito da lesão pode ocorrer tunelização e deslocamento (MORAES, et al., 2016).

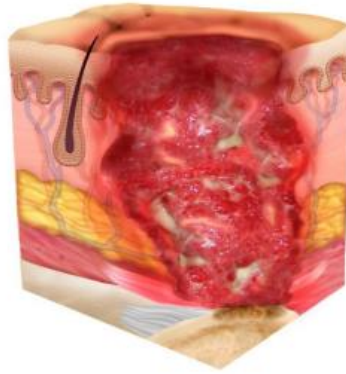
**Figura 4: Estágio 3 da LPP**



Fonte: NPUAP (2016).

**Estágio 4 - Perda total da espessura da pele e perda tissular:** Apresenta perda total da espessura da pele e expõe tecidos como o musculo, o tendão, fásia, cartilagem, ligamento ou osso (Figura 5). Ocorrem as bordas despregadas, tunelização e/ou deslocamentos. De acordo com a localização, a profundidade pode variar (MORAES, et al., 2016).

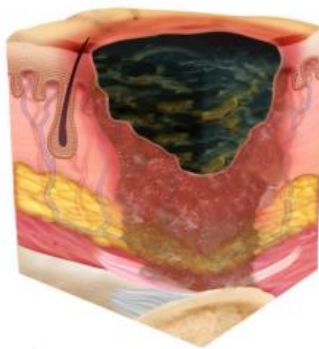
**Figura 5: Estágio 4 da LPP**



Fonte: NPUAP (2016).

**Lesão por Pressão não Estadiável:** Apresenta a perda da espessura total da pele e a perda tissular não visível (Figura 6). Diferencia-se do dano anterior por não poder ser confirmada, uma vez que a lesão se encontra coberta pela escara ou esfacelo. Caso ocorra a remoção da escara ou esfacelo, a lesão passa a ser classificada como estágio 3 ou 4 (MORAES, *et al.*, 2016).

**Figura 6: LPP não estadiável**

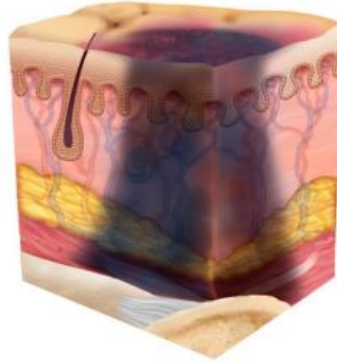


Fonte: NPUAP (2016).

**Lesão por Pressão Tissular Profunda:** Apresenta descoloração vermelho escuro, purpura ou marrom, que não embranquece e é persistente. A pele pode se apresentar intacta ou não (Figura 7). A lesão apresenta dor e sofre mudanças frequentes de temperatura, que antecedem as alterações na cor da pele e pode ter descoloração diferente em peles de coloração mais escura. Nesse tipo de lesão a ferida pode evoluir rapidamente revelando a verdadeira dimensão da lesão tecidual ou se resolver sem

perda tecidual. Em uma LPP de espessura completa, os tecidos necrótico, de granulação, subcutâneo, músculo, fáscia e outros são visíveis (MORAES, *et al.*,2016).

**Figura 7: LPP Tissular Profunda I.,**



Fonte: NPUAP (2016).

### **3.4 ESCALAS DE PREVENÇÃO MAIS UTILIZADAS**

De acordo com Wechi (2017), com o objetivo de auxiliar os profissionais da área da saúde na identificação e avaliação de riscos de o paciente desenvolverem lesões durante o período que ficam internados, algumas escalas foram desenvolvidas e são utilizadas em diferentes propostas e especificidades. São exemplos a Escala de Braden, de Norton, de Waterlow. A Escala de Braden apresenta seis subescalas para avaliação de lesões. Cada subescalas é pontuada de 1 a 4 ou de 1 a 3, onde o escore final varia de 6 a 23 e quanto menor a pontuação, maior é o risco para lesões, conforme especificado no Quadro 1.

**Quadro 1: Escala de Braden**

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de risco	Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	–

Fonte: Prado (2020)

Nesse contexto, de 15 a 18 pontos é classificado como baixo risco e são recomendadas ações como cronograma de mudança de decúbito, proteção do calcanhar, otimização da mobilização e manejo da umidade, fricção, nutrição e cisalhamento; de 13 a 14 pontos classifica-se como risco moderado, onde recomenda-se continuar as intervenções de baixo risco e mudança de decúbito com posicionamento a 30°; de 10 a 12 pontos a classificação é como risco alto recomendando-se cuidados como, além das intervenções de risco moderado, mudança frequente de decúbito e utilização de coxins de espuma que facilitam a lateralização a 30°; menor que 9 pontos classifica-se como risco muito alto e recomenda-se continuar as ações de risco alto, utilização de superfícies de apoio dinâmico e manejo da dor (PRADO, 2020).

A Escala de Norton foi a pioneira das escalas de classificação de riscos para LPP. Formulada em 1962 avalia cinco parâmetros de grau de risco: a condição física, a mobilidade, a atividade, a incontinência e o nível de consciência. Cada parâmetro é pontuado de 1 a 4 e chega a um total de 20 pontos, onde quanto menor for a soma, mais suscetível o paciente será ao desenvolvimento de lesões, os casos mais graves estão compreendidos nas pontuações menores que 12 pontos (SANTOS, *et al.*, 2013).

Baseada na Escala de Norton, a Escala de Waterlow abrange mais classificações ao utilizar sete parâmetros para identificar fatores causais, fornecendo um método de avaliação de risco e grau de lesão. Os parâmetros são: avaliação visual da pele em áreas de risco, continência, sexo/idade, índice de massa corporal, medicações, mobilidade e apetite. Além das classificações principais apresenta ainda fatores de risco especiais: subnutrição do tecido celular, trauma abaixo da medula lombar, déficit neurológico e tempo de cirurgia. Nessa escala quanto maior o escore maior é o risco do desenvolvimento de lesão, sendo os grupos de risco maiores que dez (SANTOS, *et al.*, 2013).

A Escala de ELPO constitui uma escala desenvolvida no Brasil, no ano de 2013, que tem o ambiente cirúrgico como ferramenta de avaliação e objetiva prevenir lesões decorrentes do posicionamento durante a cirurgia. Tem como fatores o tipo de posição cirúrgica, tipo de anestesia, tempo de cirurgia, posição dos membros, comorbidades, superfície de suporte e idade do paciente. O escore da pontuação vai de 7 a 35 e quanto maior, maior é o risco de lesões. Os grupos de maior risco estão compreendidos entre 20 e 35 (HMOVSC, 2017).

### **3.5 COBERTURA E SUAS INDICAÇÕES**

As coberturas foram incorporadas ao tratamento de lesão por poderem influenciar o nível de umidade da superfície da pele e dessa forma são utilizadas para realizar a drenagem da ferida. Em decorrência de a ferida sofrer várias intervenções do microclima, as coberturas contribuem na prevenção do acúmulo de umidade potencialmente prejudicial à pele lesionada (WUWHS, 2016).

De acordo com Lobato *et al.*, (2017), a cobertura ideal é aquela que mantém a lesão fisiologicamente saudável e auxilia na redução do período de cicatrização. Algumas lesões necessitam de atenção especial e exigem o preenchimento dos espaços entre a cobertura primária e o curativo secundário. O Quadro 2 traz os principais tipos de cobertura e suas indicações.

**Quadro 2: Principais tipos de cobertura e suas indicações**

<b>Categoria</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Indicação</b>
Protetor	Filme transparente ou semipermeáveis	Prevenção de LPP; prevenção da pele íntegra e escoriações.
Protetor e umidificante	Hidrocolóide	Prevenção ou tratamento de LPP não infectadas; feridas abertas e planas com pouca a moderada exsudação; feridas cirúrgicas limpas; barreira protetora de área perilesional e para efluentes de estomas.
Umidificante	Ácido Graxo Essencial (AGE)	Prevenção de LPP; feridas de todos os tipos em processo de cicatrização com ou sem infecção.
	Hidrogel	Feridas secas ou pouco exsudativas; tecidos desvitalizados em feridas abertas; áreas doadoras de pele; queimaduras de 1º e 2º graus; desbridamento leve de necrose de liquefação (esfacelo) e de necrose de coagulação (escara).
Absorvente	Alginato de cálcio	Feridas exsudativas moderadas a altas; feridas com ou sem sangramentos; áreas doadoras de enxerto; feridas cavitárias em geral; desbridamento de pequenas áreas de necrose de liquefação (esfacelo).
	Hidrofibra	Feridas com moderada a grande quantidade de exsudato; feridas infectadas ou com risco de infecção; úlceras vasculares, diabéticas e LPP; queimaduras de espessura parcial (2º grau).
	Hidropolímero	Lâmina; feridas planas; espumas de preenchimento; feridas cavitárias.
Desbridante	Papaína	Lesões com presença de granulação (concentração 2%), necrose de liquefação/esfacelo (4-6%) e necrose de coagulação/escara (8-10%); feridas secas ou exsudativas; planas e/ou cavitárias; feridas infectadas.
	Colagenase	Feridas com tecido desvitalizado.
Antimicrobiano	Carvão ativado	Feridas infectadas com ou sem odor; feridas profundas com exsudação moderada à abundante.
Não aderente	Malha de petrolato	Lesões superficiais de queimaduras, úlceras, feridas superficiais limpas, abrasões, lacerações, áreas doadoras de enxerto.
	Tela de silicone	Tratamento de feridas exsudativas planas; áreas doadoras e receptoras de enxerto cutâneo; epidermólise bolhosa.

Fonte: Lobato, *et al.* (2017) adaptado pela autora.

### 3.6 AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA LESÃO

De acordo com Lobato *et al.*, (2017), inicialmente, a LPP deve ser avaliada pelo menos uma vez por semana para que se possa comparar a evolução da lesão inicial, uma vez que permite identificar complicações de forma precoce e ajustar o tratamento. Duas semanas é o período recomendado para observação do progresso de cicatrização. Ao menor sinal de piora, um tratamento deve ser iniciado. As ferramentas de monitoramento devem ser escolhidas de acordo com as características do serviço e dos profissionais treinados.

A evolução da lesão é acompanhada através da mensuração da profundidade da ferida onde são considerados parâmetros como área da lesão, tipo de tecido e quantidade de exsudato (SILVA, *et al.*, 2018).

Lobato *et al.*, (2017) afirmam que para medir a lesão é necessário utilizar uma régua descartável e limpa medindo a maior largura perpendicular ao comprimento e o maior comprimento cefalocaudal. A profundidade é medida com instrumento de ponta romba estéril. O registro fotográfico é uma ferramenta extremamente útil para avaliação da evolução do processo de cicatrização da ferida. A figura 8 mostra um modelo de régua para medir a lesão.

**Figura 8: Régua para medir LPP**



FONTE: Lobato, *et al* (2017).

Já para Eberhardt *et al.*, (2015), a mensuração apresenta-se como um dos aspectos que são fundamentais para a avaliação das feridas, pois de maneira sistematizada e objetiva fornece parâmetros capazes de indicar a evolução de sua cicatrização. Destaca-se que existem técnicas invasivas e não invasivas para a mensuração da ferida. As técnicas invasivas apresentam desvantagens e limitações como risco de contaminação local, risco de lesão tecidual, risco de infecção e falhas no registro de informações sobre a ferida. Já as técnicas não evasivas, que estão

sendo constantemente aprimoradas e desenvolvidas objetivando minimizar as limitações, possuem como desvantagem o alto custo, tem necessidade de treinamentos longos e utilização de equipamentos pesados.



## **4 PERSONALIZAÇÃO DO CUIDADO DAS LESÕES POR PRESSÃO**

A ocorrência de uma LPP ocorre por um conjunto de fatores ambientais e fisiológicos aonde cada caso é associado a outras complicações tornando-o específico, compactuando com essa vertente, os protocolos de cuidado com o paciente são personalizados de acordo com o risco e características do próprio indivíduo. Dessa forma, os programas e protocolos são planejados de forma interdisciplinar, multidisciplinar e conforme as particularidades do paciente, ou seja, personalizado. O cuidado é centrado no paciente buscando abranger os fatores de risco relacionado ao surgimento de lesões (FERNANDES, *et al.*, 2021).

Para Silva *et al.*, (2018), a prevenção da lesão ocorre pela identificação do risco para LPP e pelas medidas de prevenção e o tratamento ocorre pela implantação da avaliação constante, tratamento e acompanhamento da evolução da lesão. No entanto, são os profissionais de saúde que são os responsáveis pela adoção de recomendações específicas e personalizadas para seus pacientes.

### **4.1 NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

O Núcleo de Segurança do Paciente - NSP foi estabelecido pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, em 2016, com o objetivo de desenvolver o tema “segurança do paciente” e cumprir diretrizes do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013, onde se pretende alcançar a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde” (BRASIL, 2016).

O NSP constitui uma instancia criada pelo serviço de saúde para apoiar e promover a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, sendo componente extremamente importante na busca por qualidade das atividades desenvolvidas no serviço de saúde. Por meio de sua implantação, busca-se atingir um dos objetivos do PNSP que é o de apoiar e promover iniciativas em diferentes áreas da atenção, organização e gestão do serviço de saúde voltadas à atenção do paciente, através da implantação da gestão de riscos e segurança do paciente (BRASIL, 2016).

Consiste a função do NSP a integração de todas as instancias da saúde que trabalham com o risco, ao considerar o paciente como sujeito e o cuidado em saúde como objeto final. Sua implantação nas unidades de saúde é necessária porque

auxilia a direção na condução de ações de melhoria da segurança e qualidade do paciente (BRASIL, 2016).

## 4.2. MUDANÇA DE DECÚBITO

O protocolo estabelecido pela Anvisa e Fiocruz em 2013 traz que um dos procedimentos para minimizar a pressão em todos os pacientes com risco de lesão identificado é a mudança de decúbito ou reposicionamento, obedecendo alguns procedimentos operacionais (BRASIL, 2013).

O procedimento de mudança de decúbito tem por finalidade reduzir a magnitude e duração da pressão sobre áreas vulneráveis do corpo, sua frequência é influenciada por variáveis específicas e individuais, como nível de atividade e mobilidade, nível da dor, tolerância decidual, superfícies de redistribuição de pressão em uso e condição clínica global. A avaliação da pele constitui é um fator determinante para a definição do método de posicionamento e sua frequência, onde a finalidade constitui a manutenção do conforto, capacitação funcional e dignidade do paciente (BRASIL, 2013), conforme figura 9.

**Figura 9: Protocolo de mudança de decúbito**



Fonte: Freire *et al* (2019).

A mudança de decúbito deve evitar que a pele seja sujeita à pressão ou cisalhamento, assim como evitar o posicionamento sobre sondas drenos e

proeminências ósseas com hiperemia não reativa. Também deve-se evitar posturas como Fowler acima dos 30°, deitado de lado a 90° ou semi-deitado, pois aumentam a pressão. Em casos de pacientes que ficam sentados deve-se evitar a elevação da cabeceira por mais de 30° (BRASIL, 2013).

Em casos de pacientes em cadeiras de rodas, se os pés não tocam o chão é preciso o apoio de um banquinho para impedir que se deslize para fora da cadeira, pois o apoio auxilia na inclinação das coxas fletindo a bacia para frente. O tempo do paciente na cadeira deve ser restrito para que haja alívio da pressão e o consequente surgimento da LPP (BRASIL, 2013).

### 4.3 USO DE COLCHÕES E SUAS DENSIDADES E TIPOS

O colchão funciona como uma superfície de apoio no cuidado das lesões por pressão, projetado para ser colocado diretamente na cama, diferentemente das demais. Recomenda-se que sempre deve ser avaliado se o colchão não se encontra inadequado ou com afundamento, uma vez que não contribuiu para a redistribuição da pressão (MARQUES, 2017).

Os colchões utilizados na prevenção de LPPs devem ter espuma altamente específica e não serem colchoes hospitalares padrão, a seleção deve considerar fatores como o conforto, nível individual de mobilidade da cama, necessidade de controle do microclima e as circunstâncias e local em que o cuidado é prestado. Os colchões são indicados para pacientes com maior risco de desenvolvimento de LPP e apresentam eficácia na distribuição de pressão, por isso não são indicados colchões ou sobreposições com diâmetro inferior a 10 cm (BRASIL, 2013).

Com base em Lobato et al. (2017), os colchões podem ser dos seguintes tipos e densidades, além de poderem ser de baixa ou alta tecnologia.

**Colchões ou colchonetes com espuma de alta densidade:** Geralmente é o tipo mais utilizado entre os pacientes com alto risco de lesões e devem ser trocados sempre que apresentarem deformações que podem limitar os movimentos ou mudança de decúbito.

**Colchões piramidais (“caixa de ovo”):** É uma superfície de espuma de 5 cm aproximadamente colocada sobre os colchões convencionais, não devem ser forrados para não ter função reduzida ou anulada. Devem ser trocados sempre que perder altura ou densidade.

**Colchões ou colchonetes de gel:** São colchões de silicone com a função de dispersar a pressão, onde a troca funciona de acordo com as recomendações do fabricante.

**Colchões ou colchonetes de fluido (água) ou ar:** São colchões com a função de distribuir o peso corporal de maneira igual. Como desvantagem de seu uso tem-se o desconforto causado pela temperatura da água, risco de perfuração, promovem dificuldade em caso de necessidade de reanimação e a redução de mobilidade por medo de queda.

**Colchão ou colchonete de ar alternado:** São colchões que possuem compressor que permite alternância de ar nas áreas de compressão, em casos de parada cardiorrespiratória, são fáceis de esvaziar.

#### 4.4 USO DE COXINS

Marques (2017) cita que, para além da utilização de colchões para a prevenção de lesões por pressão, também aparecem como superfícies de apoio os coxins, como superfície de sobreposição. Os principais representantes dos coxins nos estudos são as almofadas ou dispositivos para elevação dos calcâneos da cama para promover o alívio da pressão ao anular a carga e distribuir o peso da perna.

De acordo com Lobato *et al.*, (2017), os coxins são estruturas que auxiliam no alívio da pressão em pontos determinados, além de auxiliar no processo de reposicionamento do paciente, tanto no leito quanto na cadeira. Sua utilização consiste na separação de joelhos, elevação de joelhos e calcanhares e posicionamento de braços e ombros. Devido ao menor risco de fricção e cisalhamento, os modelos mais adequados são confeccionados em gel de silicone ou espuma.

#### 4.5 USO DE COBERTURAS PREVENTIVAS

Os esforços para prevenir lesões em uma pele intacta na atualidade enfrentam diversos desafios, mas existem evidências de que as coberturas, inicialmente pensadas para tratar uma pele com ferida aberta, sejam eficazes também na prevenção de LPPs. De maneira específica uma cobertura pode reduzir a pressão, o atrito e o cisalhamento sobre a pele sadia ao reduzir a probabilidade de alteração da umidade da pele (WUWHS, 2016).

Ainda de acordo com a WUWHUS - World Union of Wound Healing Societies, a redução do atrito, pressão, cisalhamento e umidade são possíveis a partir de diferentes tipos de coberturas, conforme apresenta o quadro 3.

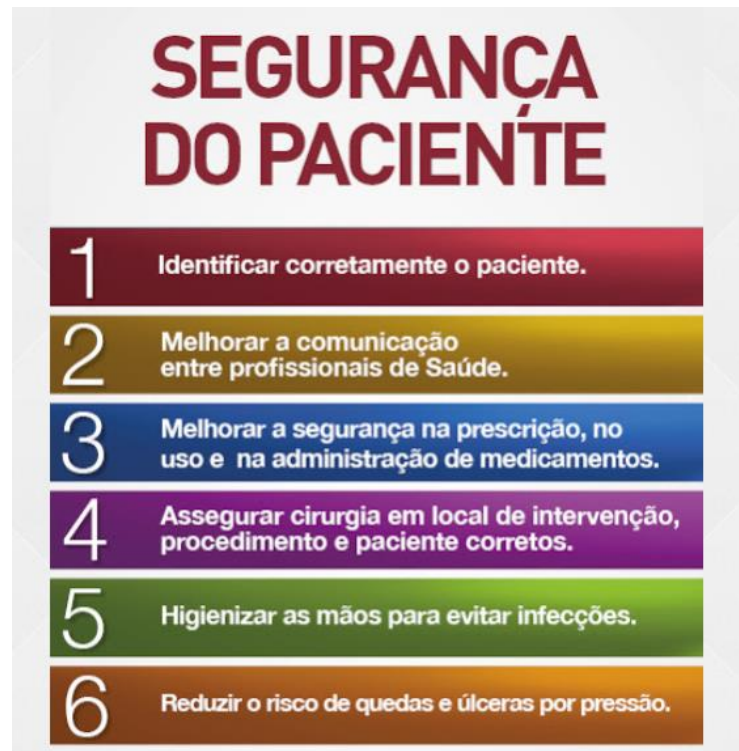
**Quadro 3: Uso de cobertura para a prevenção de LPP**

<b>Fator</b>	<b>Exemplo de cobertura</b>	<b>Propriedade de modificação</b>
Pressão	Coberturas mais espessas, com múltiplas camadas (inclusive espuma), com capacidade de cobrir além da área de risco.	A espessura é capaz de amortecer a área de apoio de carga, ou seja, redistribui a pressão.
Atrito	Película, coberturas com superfícies externas com baixo atrito	O baixo atrito proporcionado pela cobertura reduz a geração de cisalhamento.
Cisalhamento	Coberturas multicamadas com forro felpudo alto, adesivo elástico.	A partir do forro felpudo alto as forças de cisalhamento são absorvidas e redistribuídas.
Microclima (umidade)	Espuma, hidrocoloide, camada exterior com elevada TTVU e camada externa resistente a água.	A característica absorvente retém a transpiração da pele, a umidade é liberada através da elevada taxa de transmissão de vapor úmido, é impermeável a líquidos, como urina, por exemplo.

Fonte: WUWHS (2016) adaptado pela autora.

#### **4.6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de promover melhorias específicas na segurança do paciente através de estratégias (metas) baseadas em evidências de aspectos problemáticos apresentando soluções para a assistência à saúde (MIRANDA, *et al.*, 2017).

**Figura 10: Metas Internacionais de Segurança do Paciente**

Fonte: Uchoa (2015)

Conforme já citado, no Brasil, foi lançado em 2013 o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que passou a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos da saúde no Brasil. Nesse contexto, atualmente no país existem três instituições que atuam como acreditadoras: a Organização Nacional de Acreditação; o Consórcio Brasileiro de Acreditação, representante da Comissão Conjunta Internacional (Joint Commission International – JCI); Instituto Qualisa de Gestão, representante do Conselho Canadense de Acreditação de Serviços de Saúde (Canadian Council on Health Services Accreditation – CCHSA). O JCI por meio dessas instituições visa reduzir erros decorrentes da assistência em saúde presente nas instituições através das seis metas (Figura 10) (AGUIAR, 2017).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objeto da atuação do profissional de Enfermagem é o cuidado com o paciente internado. Devido a uma situação de vulnerabilidade em saúde, o paciente necessita que o enfermeiro seja o agente de promoção de cuidados, prevenção e tratamento de possíveis lesões ocorrentes. A pesquisa permitiu entender que a pressão exercida por determinadas partes do corpo e o atrito sofrido podem causar lesões e feridas.

Sabendo que alguns grupos de pessoas possuem maior risco de desenvolver as LPPs, como idosos, pessoas em risco nutricional, cadeirantes, entre outros, observa-se maior propensão em desenvolver lesões, principalmente em casos de internações mais longas. No entanto, as equipes multidisciplinares e multiprofissionais, em especial os enfermeiros, trabalham no sentido de prevenir as LPPs realizando constantes avaliações à pele, à condição nutricional e os fatores de risco em geral, ou seja, preparados para alterar o tratamento com vistas a impedir que o quadro se agrave.

Por esse motivo, classificações como a realizada pela NPUAP e escalas como a Escala de Braden são importantes aliados na prevenção das lesões, assim como no seu monitoramento e tratamento. Nos casos de lesão identificada, entendeu-se que a personalização dos cuidados é essencial para o sucesso do tratamento, uma vez que cada indivíduo traz consigo características individuais capazes de influenciar a escolha do método preventivo ou de tratamento.

No entanto, esse tratamento ocorre em conformidade com protocolos já estabelecidos por diretrizes nacionais e internacionais que ajudam no delineamento do protocolo de cada instituição de saúde, são exemplos o Plano Nacional de Segurança do Paciente e o Núcleo de Segurança do Paciente. Através de tais protocolos meios como os coxins, colchões, coberturas e técnicas, como a mudança de decúbito, por exemplo.

Observou-se com a pesquisa que os motivos para que pacientes em internações prolongadas evoluam com lesões por pressão podem ser diversos, principalmente quando há risco elevado para a ocorrência como o tipo de pele, condição nutricional, elasticidade da pele e idade.

Todos os fatores apresentados funcionam como disposições que auxiliam o profissional da Enfermagem no cuidado personalizado do paciente em risco para LPP

mesmo com toda a sobrecarga de trabalho que geralmente está condicionado. Nesse contexto, a hipótese levantada inicialmente não se confirma, pois existem protocolos e normas, tanto nacionais quanto internacionais, que devem ser cumpridas para que haja cuidado e segurança do paciente.

Diante do exposto, nota-se que se atingiu o objetivo de elencar os cuidados da Enfermagem na prevenção de lesão por pressão associados aos fatores de risco em internações prolongadas, assim como o tratamento. Observou-se que os trabalhos publicados auxiliam na elaboração de protocolos para as instituições de saúde e, conseqüentemente, os profissionais que atuam diretamente no cuidado com o paciente, no entanto, pouco se pesquisa sobre como todos esses fatores podem ser incorporados no cotidiano atribulado dos profissionais.

Como indicação para trabalhos futuros sugere-se o levantamento de soluções para o cuidado intensificado de pacientes que revelam risco elevado para LPPs, ou seja, meios de se evitar com maior eficiência que os casos evoluam.



## REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.L.; GUEDES, M.V.C.; Roberta Meneses Oliveira, LEITÃO, I.M.T.A.; PENAFORT, V.P.S.; BARROS, A.A. **Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise**. Cogitare Enferm. (22)3: e45609, 2017.

BRASIL. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2016.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 1.377, de 09 de julho de 2013**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2013.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde/Avisa/Fiocruz, 2013.

BRITO, T.B. de. **Fatores de risco e incidência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva do estado de Roraima**. Trabalho de Conclusão de Curso. Boa Vista: Universidade Federal de Roraima, 2017.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. **Equipe de Enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de Enfermagem**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, Feb. 2012.

CAMPOI, A.L.M.; ENGEL, R.H. STACCIARINI, T.S.G.; CORDEIRO, A.L.P.C.; MELO, A.F.; REZENDE, M.P. **Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento**. Rev. Bras. Enferm. vol.72, n.6, Brasília Nov./Dec. 2019.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

EBERHARDT, T.D.; KESSLER, M.; SOARES, R.S.A.; LIMA, S.B.S. de; FONSECA, G.G.P. da; RODRIGUES, L.R. **Mensuração de feridas: revisão da literatura**. Ciência&Saúde 2015;8(2):79-84.

FARIA, R.M. **Sistema de controle ativo inibidor de lesões por pressão**. Dissertação de Mestrado. Catação: Universidade Federal de Goiás, 2017.

FERNANDES, H.M.A.; BARBOSA, E.S.; SOUZA, L.S. de; SOUSA, M.A.M. de; OLIVEIRA, R.G.de; VASCONCELOS, M.I.L.; FIRMINO, L.A.R.G.; SANDES, M.O.; SANDES, J.L.O.; PINHEIRO, F.M.C. **Novas evidências científicas na assistência nutricional em portadores de lesão por pressão**. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e13310313058, 2021.

FREIRE, A.; PANTALEON, E.; DANTAS, R. **Sistema auxiliar em tempo real para prevenção de lesão por pressão**. SAJEBTT, Rio Branco, UFAC, v.6 n.2, p. 859-863, 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOBATO, C.P.; SANTOS, L.F. dos; TEIXEIRA, N.G.S.C.; AGOSTINHO, M.R.; SOUZA, T.S. de; GOMES, K.W.; ROMAN, R.; RADOS, D.R.V.; KATZ, N. **Telecondutas: lesão por pressão**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_lesaopressao.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf). Acesso em: 26 abr. 2021.

MANGANELLI, R.R.; KIRCHHOF, R.S.; PIESZAK, G.M.; DORNELLES, C.S. **Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva**. Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria, v.9, e.41, p. 1-22, 2019.

MARQUES, A.L.G. **Cuidados de Enfermagem para a prevenção de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2017.

MENDONCA, P.K.; LOUREIRO, M.D.R.; FROTA, O.P; SOUZA, A.S. de. **Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 27, n. 4, e4610017, 2018.

MIRANDA, E.O.; SANTOS, C.F. dos; GUIZZ, R.A.A.; MUCHAU, A.R. **A importância da implementação das metas internacionais na segurança do paciente**. 2017. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_57\\_1544123814.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_57_1544123814.pdf). Acesso em: 12 mai. 2021.

MINAYO, M.C.S.; GUALHANO, L. **Trabalho, ambiente e cuidados em saúde. Os maiores problemas de saúde do Brasil contemporâneo [online]**. Disponível em: <<https://pressreleases.scielo.org/blog/2018/06/12/trabalho-ambiente-e-cuidados-em-saude-os-maiores-problemas-de-saude-do-brasil-contemporaneo/>>. Acesso em: mar. 2021.

MORAES, J.T.; BORGES, E.L.; LISBOA, C.R.; CORDEIRO, D.C.O.; ROSA, E.G.; ROCHA, N.A. **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel**. Enferm. Cent. O. Min. 2016 mai/ago; 6(2):2292-2306.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP) ANNOUNCES A CHANGE IN TERMINOLOGY FROM PRESSURE ULCER TO PRESSURE INJURY AND UPDATES THE STAGES OF PRESSURE INJURY**. Disponível em:<<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: abr. 2021.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Npuap announces the release of the npuap-epuap guidelines for pressure ulcer prevention and treatment**. Disponível em:<<http://www.npuap.org/Guidelines%20Flyer.pdf>>. Acesso em: abr. 2021.

PACHA, H.H.P.; FARIA, J.I.L, OLIVEIRA, K.A, BECCARIA, L.M. **Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3027-3034, dez. 2018.

PADILHA, M.I.; MALISKA, I.A.; COSTA, R.; BENEDET, S.A.; GELBCKE, F.L.; ANDERS, J.C. **Programa de mestrado profissional: Preparando o enfermeiro do futuro.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 73, supl. 5, e20200007, 2020.

PRADO, R.T. **Como é a escala de Braden e como utilizá-la no ambiente da UTI?** 2020. Disponível em: <https://www.iespe.com.br/blog/escala-de-braden/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Prevenção de lesão por pressão.** São Paulo: Comitê de Prevenção e Tratamento de Lesão por pele, 2017. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Proqualis/aula-preveno-de-leso-por-presso-lp>. Acesso em: 26 abr. 2021.

RIBEIRO, G.S.R.; SILVA, R.C., FERREIRA, M.A., SILVA, G.R., CAMPOS, J.F., ANDRADE, B.R.P. **Equipment failure: conducts of nurses and implications for patient safety.** *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1832-1840, Aug. 2018.

SANTOS, M.P.; NEVES, R.C.; SANTOS, C.O. dos. **Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos.** *Revista Enfermagem Contemporânea.* 2013 Ago;2(1):19-31.

SILVA, R.S. da; MORAIS, K.M.; RESENDE, L.A.P.R. de; STRAMA, M.C.; CORREIA FILHO, D.; GOMIDE, G.P.M. **Protocolo assistencial multiprofissional: Prevenção e tratamento de lesão por pressão.** Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018.

SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I.T.; SCHÜLTER, B. **Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 2, e1630016, 2018.

SOBEST. **Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016 – Adaptada Culturalmente para o Brasil.** Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: mai. 2021.

UCHÔA, H. **Metas internacionais de segurança do paciente.** 2015. Disponível em: <http://segurancadopacientesade.blogspot.com/2015/10/metas-internacionais-de-seguranca-do.html>. Acesso em: 12 mai. 2021.

WECHI, J.S.; AMANTE, L.N.; SALUM, N.C.; MATOS, E.; MARTINS, T. **Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão.** *ESTIMA*, v.15 n.3, p. 145-151, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. [Internet]. Geneva (SUI): World Health Organization.** 2009. Disponível em:

<[https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: abr. 2021.

WUWHS. **O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão**. Florença: World Union Of Wound Healing Societies, 2016.