

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Josiane benetti

Rosangela maria ricardo santos

## INTRODUÇÃO

As Lesões por Pressão (LPP) têm como definição, segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), como sendo o rompimento de partes cutâneas ou partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica e normalmente localizam-se em regiões de proeminência ósseas quando há compressão do tecido com a superfície externa por tempo prolongado (CALIRI, 2002).

Progressivamente, inicia-se um processo isquêmico que resulta em uma lesão na pele, sendo ela avaliada em quatro estádios de desenvolvimento classificados pela profundidade e comprometimento da área, dependentes diretos da manutenção dos fatores predisponentes ao seu surgimento e das medidas de prevenção para o surgimento (CALIRI, 2002).

Alguma das causadas do aparecimento de lesões por pressão decorre por alguns fatores intrínsecos, porém foca-se nos fatores extrínsecos sendo o mais importante a pressão externa não aliviada, seguido pelo cisalhamento ou fricção, resultando assim na morte tecidual. Dentre os fatores intrínsecos podemos salientar idades extremas, estado nutricional, a perfusão periférica, doenças crônicas, processo de adoecimento agudo, incontinência urinária e fecal (SARQUIS, 2010)

A avaliação e diagnóstico da lesão por pressão pode ser realizado através de métodos visuais e escalas aplicadas diariamente através de escalas como a Escala de Braden, disponibilizando informações importantes e essenciais para elaboração do tratamento e do planejamento do plano de ação e sistematização do atendimento de enfermagem voltada para a prevenção do presente evento adverso (COSTA, 2003).

Atualmente, devido à evolução da transição demográfica do Brasil, houve uma diminuição da população jovem e um aumento considerável da população

idosa, e devido ao estilo de vida urbano, a tendência do avanço da idade é acarretar doenças crônicas, aumentando assim internações hospitalares, necessitando assim de políticas de saúde adequada e desenvolvimento técnico e teórico no âmbito da saúde (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Mesmo com o avanço dos serviços e cuidados de saúde, a prevalência do aparecimento de LPP permanece como um problema de saúde grave a ser sanado, pois resulta em longos períodos de internação, aumento de custos em relação ao tratamento da lesão e das complicações posteriores ao seu aparecimento, sendo necessária a intervenção precoce visando o cuidado focado na prevenção e promoção da segurança do paciente em tratamento (JORGE; DANTAS, 2003).

O desenvolvimento desta lesão no decorrer do tratamento em uma instituição hospitalar, influência na avaliação do cuidado oferecido e na piora significativa da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, responsabilizando assim o enfermeiro pelo atendimento recebido (RABEH, 2001).

Visto a necessidade de um atendimento integral e seguro, em abril de 2013 foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP), Portaria GM/MS numero 529/2013, com o objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território Nacional brasileiro. A prevenção da LPP compõe a lista dos seis atributos para avaliação da qualidade da assistência, sendo o enfermeiro vital para esse processo de avaliação, prevenção e redução de riscos de eventos adversos. (CALIRI; et al, 2016; BRASIL, 2013)

Além do desconforto, a LP contribui para o sofrimento físico e psicológico do paciente, e os tratamentos das lesões geram, para a instituição de saúde, um custo financeiro maior, acompanhado com o aumento do tempo da internação deste paciente, retardando o processo de recuperação funcional, expondo-os a riscos de complicações como sepse, aumento da dor e evolução para um mau prognóstico. (CALIRI; et al, 2016)

Conhecendo a magnitude do problema para os pacientes, familiares e instituição destaca-se a relevância de estudos direcionados para avaliação dos pacientes com risco de desenvolvimento da lesão em questão, evidenciando a necessidade do conhecimento e treinamento da equipe de enfermagem para atuarem na prevenção do presente agrava de saúde, visto que as medidas de

prevenção melhoram a qualidade de vida do paciente, e o manejo com materiais e educação continuada para a equipe de enfermagem tem o custo menor do que os fins terapêuticos.

Considerando as dificuldades presentes no desenvolvimento de meios para prevenir o evento adverso citado e a falta de qualificação do profissional enfermeiro para melhorar o atendimento fornecido ao paciente, verificou-se a necessidade de uma investigação detalhada sobre a assistência de enfermagem ao paciente com risco de adquirir a Lesão por Pressão, por meio de um estudo baseado em revisões bibliográficas.

O presente estudo tem com objetivo geral identificar as principais ações do enfermeiro no cuidado integral visando à prevenção da lesão por pressão, visando especificar sobre o assunto, descrevendo a fisiopatologia da lesão por pressão, evidenciar as classificações existentes e as escalas de avaliação diária utilizadas no cuidado com o paciente e por último elencar os principais diagnósticos de enfermagem no cuidado com o paciente com alto risco para desenvolvimento da lesão por pressão.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Para tal foi realizada uma pesquisa em bancos de dados eletrônicos: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) textos publicados nos Manuais da Anvisa. Os descritores usados foram: Lesão por Pressão, enfermagem e prevenção de lesão de pressão, assistência de enfermagem lesão de pressão, segurança do paciente e eventos adversos. As publicações concentraram-se entre os anos de 1994 e 2016. A busca dos artigos deu-se entre os meses de junho a agosto de 2017.

A fundamentação de Lesão por Pressão, quais as medidas de prevenção contra Lesão por Pressão; quais eventos adversos, quais cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento da Lesão por Pressão.

Para a inclusão das publicações foram determinados os seguintes critérios: possuir texto na íntegra e ter a temática relevante para o estudo. Para exclusão obtiveram-se os seguintes: publicações com datas inferiores e teses. O total de produções analisadas foi de 30 artigos. A partir disso foi realizado um quadro sinóptico que através da análise permitiu a formulação de categorias, ao final, foram selecionados 19 artigos. Seguimos para uma leitura analítica que nos possibilitasse a construção de categorias e, posteriormente, realizamos uma leitura interpretativa para identificação das concepções sobre lesões de pressão.

### **3. DESENVOLVIMENTO**

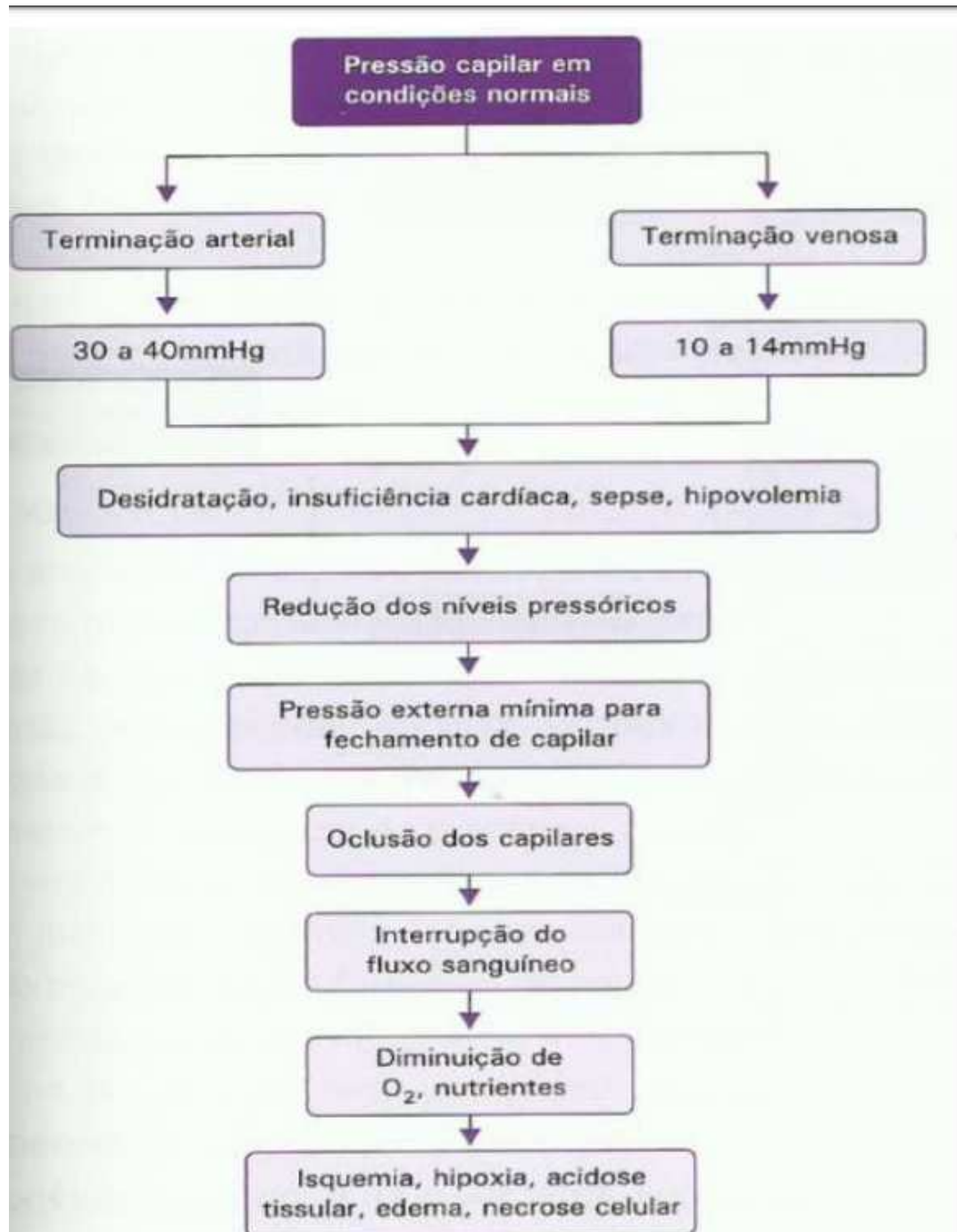
#### **3.1 LESÃO POR PRESSÃO**

##### **3.1.1 FISIOPATOLOGIA DA LESÃO POR PRESSÃO**

As lesões por pressão são as áreas teciduais destruídas devido a compressão da pele e tecidos subjacentes contra as proeminências ósseas durante tempo prolongado, prejudicando assim a perfusão sanguínea da área e insuficiência vascular, resultando na diminuição do fornecimento de oxigênio e nutrientes gerando a morte celular local (DOMANSKY E BORGES, 2014; CALIRI, 2012).

O processo patológico inicia-se quando há suspensão da circulação sanguínea nas camadas superficiais da pele e à medida que a isquemia se aproxima de proeminências ósseas, focos maiores de tecido são prejudicados. Cada camada da pele contém uma pressão intersticial, e esta pressão é responsável por suportar períodos de diminuição de perfusão vascular e momentos em que a pressão intracapilar aumenta. Durante horas seguidas sem liberação da pressão da área corporal, inicia-se o processo de sofrimento tecidual, originando a acidose celular, hemorragia, oclusão das redes linfática e acúmulo de restos produzidos a partir da morte celular e necrose tissular. Em seguida, a atividade fibrinolítica diminui, originando o acúmulo de fibrina em meio intravascular, gerando assim a deficiência de perfusão capilar. As camadas mais suscetíveis são os músculos, depois o tecido subcutâneo e por último a derme (DOMANSKY E BORGES, 2014; CALIRI, 2012; COSTA et al, 2005).

**Figura 1** Fisiopatologia da Lesão por Pressão



Fonte: DOMANSKY; BORGES, 2014.

### 3.2 FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS E EXTRÍNSECOS

O surgimento da LPP depende dos fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são: idade avançada, o processo de envelhecimento torna a pele mais frágil e menos elástica, a falta de movimentação do paciente, sendo que quanto menos se move maior a pressão em pontos específicos. O estado neurológico, estado nutricional, uso prolongado de medicamentos, doenças crônicas como diabetes, insuficiência cardíaca e demais doenças cardiovasculares. Os fatores extrínsecos, tais como: o cisalhamento, a fricção, a umidade e por último o principal fator causador deste tipo de lesão, a pressão (FERREIRA; CALIRI, 2001).

A pressão, diferente dos outros fatores, não altera se o paciente está em repouso, em objetos regulares a pressão divide-se igualmente por todo o corpo do objeto, e na pressão corporal isto não ocorre, fazendo que esse “peso” corporal se distribua em determinados pontos, geralmente proeminências ósseas, concentrando a pressão e resultando assim na formação das LPP (FERNANDES; CALIRI, 2000; DOMANSKY E BORGES, 2014).

O peso excessivo aplicado sobre as proeminências ósseas, ocasionadas pela pressão corporal, acomete todos os tecidos, portanto a pele, os tecidos celulares, os músculos, todos são afetados juntos, porém a gravidade da isquemia não é igual a todos, tendo assim uma característica de “iceberg”, pois a área da pele geralmente está menor a lesão do que na área interna, em especial nos músculos que contêm a resistência tecidual menor. (ROGENSKI, 2002; JORGE, DANTAS, 2003)

Os outros fatores extrínsecos agem no organismo da seguinte maneira, o cisalhamento é a tração exercida na pele, fazendo que os tecidos superficiais “escorreguem” no músculo, gerando o rompimento e a lesão dos capilares que são responsáveis para vascularizar a área, tendo o rompimento destes vasos, a área apresenta isquemia celular (ROCHA, BARROS, 2007; FRISOLI et al, 1995).

A fricção ocorre quando uma determinada parte corporal, em especial, em proeminências ósseas que está em atrito com outras superfícies, como por exemplo, um membro sobre uma superfície de apoio gerando uma lesão aberta (ROCHA; BARROS, 2007; FRISOLI et al, 1995).

Quando a pele se apresenta úmida, a tendência ao rompimento aumenta, tornando assim a área mais vulnerável a lesões. A umidade acompanhada de

sujidades como urina e fezes, aumenta a irritação e o aumento do risco de infecção alterando a barreira de proteção da pele. O processo de higiene deve ser cuidadoso e a utilização de agentes que minimizem a irritação e que promovam e mantenham a secura da pele por mais tempo possível (BRASIL, 2013).

Cardoso, Caliri e Hass (2004) relatam que a idade quanto mais avançada, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de LPP, devido as modificações ocorridas no sistema tegumentar, assim como a piora da perfusão periférica e da circulação, devido as doenças crônicas, prejudicando assim a cicatrização da pele, sendo responsável também pela diminuição da resistência tegumentar.

O uso de medicamentos também irá interferir na cicatrização de feridas, agindo também na resistência tegumentar assim como a idade, proporcionando o aparecimento de lesões (ROCHA, BARROS, 2007; FRISOLI et al, 1995)..

O termo Lesão por Pressão deve ser adotado pelos profissionais da área da saúde, para que a descrição destas lesões possam ser fieis para ser diferenciadas de lesões de pele integral e lesionadas. (IBSP, 2016)

Mesmo com a presença dos fatores de risco para o desenvolvimento deste agravo de saúde, a LPP tende a acometer pessoas em processo saúde/doença, que apresentam uma resposta metabólica diminuída e movimentação na maioria das vezes restrita ou impossibilitada, e o surgimento da lesão gera danos adicionais a este organismo (ROCHA, BARROS, 2007).

Quando comparamos os dados do estudo sobre fatores de risco, podemos correlacionar complicações decorrentes de doenças crônicas como, por exemplo, doenças cardiovasculares, com a possibilidade de maior risco de internações por maior gravidade e conseqüentemente destaca-se como fator de risco para o aparecimento de LPP.

### 3.3 PRINCIPAIS LOCAIS DE DESENVOLVIMENTO DE LPP

A Lesão por Pressão é um agravo de saúde nacional e mundial, estudos trazem que as taxas de incidência e prevalências das lesões são variadas quando comparados a: Cuidados à paciente de longa permanência, internado normalmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a



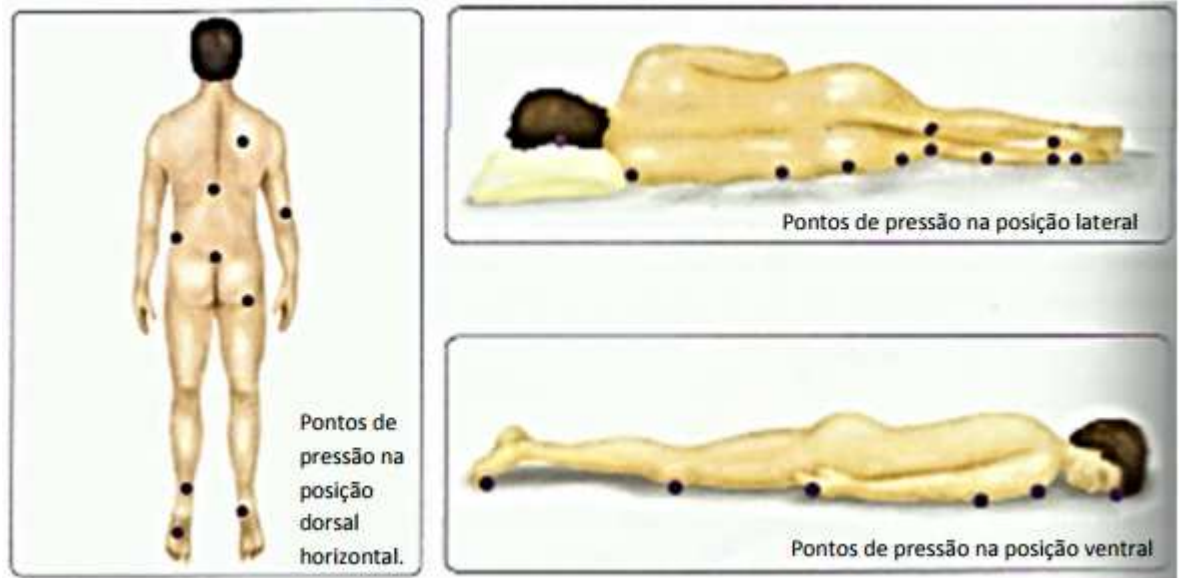
taxa de prevalência de 2% a 28% de pessoas com LPP; Paciente internado em setores de internação, a taxa de prevalência é de 10% a 18%.

No Brasil estudos demonstram uma prevalência de 27% a 39% de paciente que desenvolveram a LPP em ambientes hospitalares (BLANES; FERREIRA, 2014; ROCHA; BARROS, 2014; CUDDIGAN et al, 2009)

Os desenvolvimentos das LPP na área corpórea são comuns em áreas de proeminências ósseas, onde há contato com superfícies que proporcionem o surgimento de pontos de pressão nas proximidades dos ossos, sendo ela maior que a pressão vascular.

Estudos trazem a incidência da localização das lesões, e quando avaliado em áreas com maior acometimento, a região sacral apresenta maior variação de aparecimento de lesões podendo variar de 29,5% a 35,8%, de acordo com os estudos, seguido da região do calcâneo com incidência variando entre 19,5% e 27,8%. A região trocantérica ocupa o terceiro lugar, com incidência entre 8,6% e 13,7%. Outros locais com acometimento menos frequentes, incidência entre 6% e 1% incluem pernas, pés, maléolos, glúteos, escápulas, região isquiática e cotovelo. As lesões também podem ser vistas em regiões menos comuns como: região occipital, apófises vertebrais, orelhas, joelho, região genital, mão, arcos costais, antebraço, mama, nariz e abdômen, todos com incidência inferior a 1%8, sendo resultado da ação extrínseca de algum dispositivo de saúde (BLANES; FERREIRA, 2014; ROCHA; BARROS, 2014; DOMANSKY E BORGES, 2014; CALIRI, 2012)

**Figura 2** Locais para desenvolvimento de Lesões por Pressão



Fonte: DOMANSKY E BORGES, 2014.

O desenvolvimento da LPP pode ocorrer nas primeiras 24 horas até cinco dias, podendo manifestar-se de maneira agressiva e rápida em pouco tempo de internação. Visto esses dados, nota-se a importância da prevenção deste agravo de saúde, tendo como o enfermeiro e sua equipe os responsáveis por identificar os fatores de risco eminente e introduzir medidas de cuidados para evitar o desencadeamento dos fatores de risco resultando na formação da LPP (DOMANSKY E BORGES, 2014; MEDEIROS, 2006).

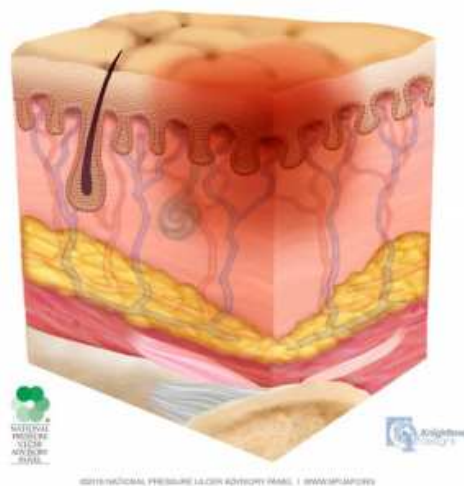
### 3.4 AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

Conforme relatado anteriormente, a tolerância do tecido à pressão, pode ser afetada por fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo assim avaliada e classificada conforme sua magnitude (COSTA, 2003).

- Lesão por pressão estágio 1: Mantém pele íntegra, apresentando área delimitada de eritema não branqueável, região com parestesia, alterações de temperatura ou consistência de tecido, alterações de coloração da pele, excluindo colorações escoras ou arroxeadas. Em pessoas de pele negra ou

parda, a identificação por modificação de coloração é dificultada pela coloração da pele (SANTOS, 2007; NPUAP, 2016).

**Figura 3** Estágio 1- Pele íntegra com eritema não branqueável



Fonte NPUAP, 2016

- Lesão por pressão estágio 2: Perda parcial da consistência da pele com exposição da derme, tendo o leito da ferida com cor rosa ou vermelha, sendo úmida e podendo apresentar flicteima intacto ou rompido. Sendo resultado de algumas ações como: Cisalhamento da pele, ausência de mudança de decúbito, umidade, dermatites, entre outros fatores ou outras feridas térmica (SANTOS, 2007; NPUAP, 2016).

**Figura 4** Estágio 2- Perda parcial da consistência da pele com exposição da derme



Fonte NPUAP, 2016

- Lesão por pressão estágio 3: perda de camadas totais da pele, possibilitando a visualização da camada adiposa. Apresenta, na maioria das vezes, presença de tecido de granulação e bordas soltas, deslocamento de pele e tunelização são comuns. Sua profundidade e área comprometida irão variar conforme a região corporal, podendo assim, desenvolver feridas profundas. Lesões com presença de esfacelo ou escaras em seu leito, são classificadas como LPP não estadiável (SANTOS, 2007; NPUAP, 2016).

**Figura 5** Estágio 3- Perda totais de camadas da pele



Fonte NPUAP, 2016

- Lesão por Pressão Estágio 4: Mantem a característica de perda total de camadas da pele, porém, neste estágio apresenta exposição e contato direto com tecidos profundos, tecidos tissulares, como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Preserva também a característica de bordas soltas, deslocamento de pele e tunelização, assim como a sua profundidade é diretamente relacionado à região corporal. Lesões com presença de esfacelo ou escaras em seu leito, são classificadas como LPP não estadiável, assim como na LP estágio 3 (SANTOS, 2007; NPUAP, 2016).

**Figura 6** Estágio 4- Perda totais de camadas da pele e perda tissular



Fonte NPUAP, 2016

- Lesão por pressão não estádiável: Mantém as mesmas características da LPP estágio 3 e 4, por isso normalmente recebe as referidas classificações, da perda total de camadas da pele, entretanto irá se diferenciar pois esta perda não será visível, por isso a extensão de sua perda só poderá ser mensurada caso o esfacelo ou escara for removido. Geralmente são lesões estáveis ou secas (SANTOS, 2007; NPUAP, 2016).

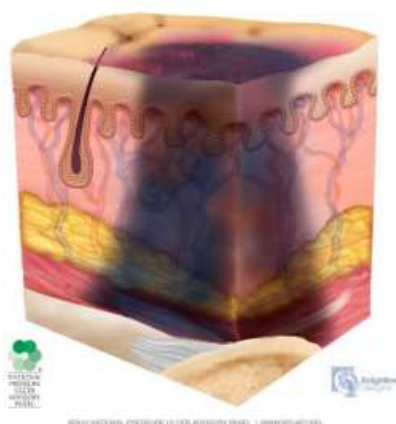
**Figura 7** Lesão por pressão não estádiável- Perda totais de camadas não visíveis



Fonte NPUAP, 2016

- Lesão por pressão Tissular Profunda-deslocamento vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece: Apresentam a característica de pele íntegra ou lesionada, destacando o leito da ferida com coloração vermelha escura ou um flictema com sangue. Normalmente causam dor ao paciente, acompanhado de mudança de temperatura e mudança de coloração de pele, coloração mais escura. É resultado de pressão íntensa e por longo tempo, podendo evoluir rapidamente abrangendo regiões teciduais ou tissulares (SANTOS, 2007; NPUAP, 2016).

**Figura 8** Lesão por pressão Tissular Profunda-deslocamento vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece



Fonte NPUAP, 2016

### 1.5.COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA LPP

O aparecimento de uma Lesão por Pressão está entre as complicações mais comuns apresentadas pelo paciente hospitalizado, causando assim a piora do estado geral de saúde do mesmo, acompanhado do prolongamento do tempo de internação, resultando em complicações serias e graves que refletem no aumento acentuado das taxas de mortalidade ou morbidade destes pacientes (DOMANSKY; BORGES, 2014; MEDEIROS, 2006).

As alterações no processo saúde doença que são influenciadas diretamente pelo surgimento da lesão, podem variar de cada paciente, assim como de sua

condição de saúde, porém a LPP pode provocar danos superficiais ou profundos no sistema tegumentar, gerando assim complicações decorrentes do avanço da lesão como a infecção que resulte em sepse, presença de tecido necrótico, aumento da resposta inflamatória do organismo debilitando mais o paciente, podendo até influenciar nas funções de órgãos nobres e ossos (JORGE; DANTAS, 2003; RABEH, 2001).

Quando comparado os custos financeiros, os gastos aumentam para as instituições de saúde, para os governantes e também para as famílias, sendo necessário o conhecimento prévio dos riscos para o desenvolvimento da mesma (JORGE; DANTAS, 2003; CALIRI; 2002).

### 3.5 AÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LPP

Os cuidados de enfermagem e a atuação do enfermeiro quando se trata de pacientes dependentes, inclui-se o diagnóstico e as ações referentes a intervenções, avaliações e medidas específicas para a prevenção do surgimento das LPP.

Quando analisamos os fatores de risco de desenvolvimento da LPP, a pressão capilar normal é de 32 mmHg, quando esta pressão está concentrada em proeminências ósseas, excedendo o limite e desenvolvendo uma isquemia no local, apresentando sinais de hipóxia tecidual. Estudos demonstram que os tecidos podem suportar pressões variadas muito mais altas do que quando comparado à pressão constante, salientando assim a necessidade de metas de cuidados que visem à mudança de decúbito frequente (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005)

Atenta-se também a outros fatores de riscos extrínsecos como a o cisalhamento e a fricção, a definição de cada fator respectivamente, trata-se da pressão exercida quando um paciente é colocado ou reposicionado em leito ou em cadeira e este movimento, repedido diversas vezes, o tecido permanece aderido ao lençol ou ao anteparo enquanto o corpo é movimentado, cessando assim as microcirculações resultando em isquemia por lesão tecidual. Na fricção, a lesão acontece devida o movimento de arrastar o paciente em superfícies ao invés de levanta-lo, fazendo assim que o tecido seja arrastado também e as células epiteliais sejam lesionadas e arrastadas juntamente com o paciente. Os dois fatores citados

normalmente juntam-se a ausência de mudança de decúbito para o surgimento de LPP. (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005)

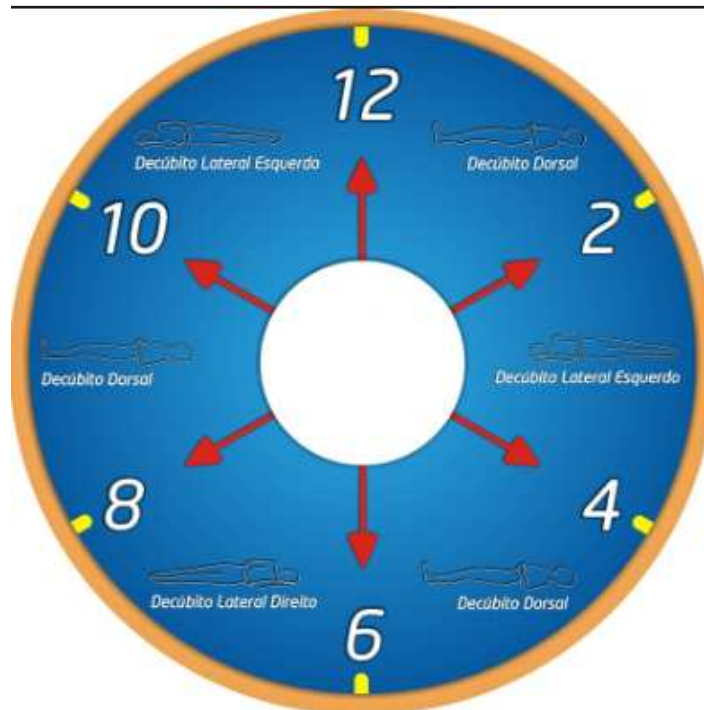
Os diagnósticos de enfermagem em relação a prevenção de LPP, consiste basicamente na observação e avaliação constante e diária as alterações da pele, identificação dos paciente com alto risco de desenvolvimento das lesões, mudança de decúbito para alívio da pressão e melhoria na circulação sanguínea, estímulos para deambulação precoce, manutenção da higiene do paciente e do leito (POTTER, PERRY 2011).

Em relação à mudança de decúbitos, os estudos não trazem horários ou rotinas que deve ser realizado o presente cuidado, porém sabe-se que 2 horas contínuas de pressão é o máximo que um tecido, estando com sua circulação sanguínea sem comprometimentos, consegue suportar sem que haja maiores prejuízos. A definição de intervalo para a mudança de decúbito deve variar de forma individual para cada paciente com suas peculiaridades (BLANES; FERREIRA, 2014; ROCHA; BARROS, 2014; DOMANSKY E BORGES, 2014; CALIRI, 2012).

Como medidas de cuidado e meio facilitador para a mudança de decúbito, existe uma ferramenta, o relógio de decúbito, que indica qual horário e em qual posição os pacientes devem estar, visando um protocolo e uma unificação do cuidado em cada instituição (BLANES; FERREIRA, 2014; ROCHA; BARROS, 2014; DOMANSKY E BORGES, 2014; CALIRI, 2012).

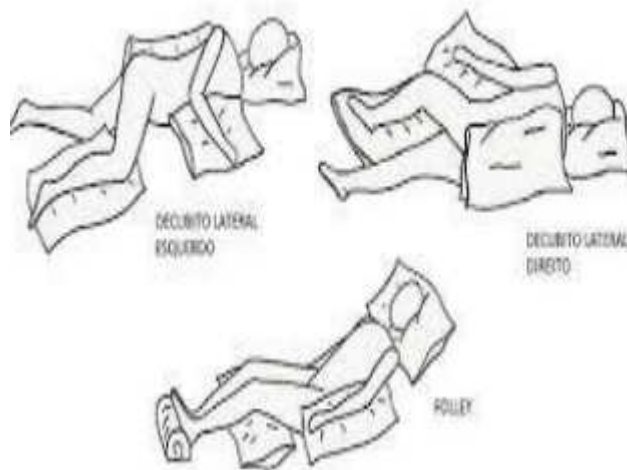
**Figura 9** Relógio de mudança de decúbito





Fonte NPUAP, 2016

**Figura 10** Mudança de posições



Fonte NPUAP, 2016

A cada mudança de decúbito, outro cuidado essencial ao paciente com alto risco de desenvolvimento de LPP, é a avaliação constante da pele, identificando sinais que indicam a hipóxia tecidual (MEDEIROS 2006).

Além das ações de cuidados, são necessários instrumentos que facilitem a avaliação e a comparação para melhoria no cuidado ao paciente. Como instrumento de medida, a Escala de Braden (apêndice A) é uma das mais utilizadas

por todo o mundo, e no Brasil, sua tradução e sua validação, foi realizada em 1999. Ela é útil pois auxilia na avaliação diária e simples do risco de desenvolvimento de LPP, visando o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem de uma maneira completa, integral e individual (PARRANHOS, SANTO; 1999).

O uso da escala auxilia o enfermeiro na identificação e classificação do paciente desde a sua admissão, norteador as medidas de prevenção no cuidado com os agravos de saúde, sendo que a efetividade da avaliação através deste instrumento seja o mais comum, clara e com concordância entre todos os profissionais que irão atender o paciente, identificando os pontos vulneráveis e que dependem de maior atenção (FERREIRA, CALLIL, 2001; RABEH, 2001).

As ações de avaliação e cuidados diários proporciona para o paciente um cuidado seguro que minimize riscos, e a instituição, os cuidados que visam a prevenção são visivelmente mais baratos do que quando comparados aos cuidados necessários para o tratamento do surgimento da LPP e de suas complicações (COSTA, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As ações preventivas para o LPP tem sido foco devido sua importância frente aos indicadores de qualidade de atendimento e serviços de saúde, resultando assim em um atendimento integral e humanizado aos pacientes com risco elevado para desenvolvimento deste agravo de saúde.

Nota-se, a partir da pesquisa realizada, que as ações de prevenção do surgimento das lesões por pressão devem ser atualizadas, visando estratégias que proponham a melhoria da qualidade da assistência ao paciente, resultando assim, em uma diminuição de tempo de internação e os custos referentes aos cuidados específicos do tratamento das LPP.

A LPP é um agravo de saúde, e por meio deste estudo, nota-se a necessidade da implantação de instrumentos que facilitem o planejamento de cuidado com o paciente com alto índice de desenvolvimento do presente agravo, sendo necessário o investimento em capacitação aos enfermeiros e equipe multiprofissional, para educar, continuamente, sobre a necessidade da atenção e do cuidado preventivo da presente lesão.

Em relação a equipe de enfermagem, cabe ao enfermeiro identificar e classificar o paciente em sua admissão e diariamente para a execução de medidas que visem a melhoria na qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

- BLANES L, FERREIRA LM. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013
- CALIRI MHL. **A utilização da pesquisa na prática clínica da enfermagem: limites e possibilidades**. [tese livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002.
- CALIRI MHL, PIPER B, CARDOSO LJ. **Recomendações para prevenção de úlceras de pressão em adultos**. [acesso em 2017 Aug 31]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/projetos/ulcera](http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera)
- COSTA IG. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003
- COSTA MP, Sturtz G, COSTA FPP, FERREIRA MC, BARROS Filho TEP. **Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos**. Acta Ortop Bras. 2005;13(3):124-33
- COSTA IG. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
- CUDDIGAN, J., AYELLO, E. A., & SUSSMAN, C. (Eds.) (2001). **Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future**. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears. In: **Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice** [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009
- DELISA, Joel A.; GANS, Bruce M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas**. 3ª ed. Barueri, Manole, 2002.
- DOMANSKY RC, BORGES EL. **Manual para prevenções de lesão de pele**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
- FERREIRA LM, CALIL JA. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. **Diagn Tratamento** 2001; 6:36-40
- FERNANDES LM, CALIRI MHL. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados - uma revisão integrativa de literatura. **Rev Paul Enfermagem** 2000; 19:25-31
- FRISOLI Jr A, HADDAD A, NETO JT, FERREIRA LM. Úlcera por pressão. **Gerontologia** 1995; 3:193-200.

IBSP. **Muda terminologia para úlcera por pressão**; confira. Disponível em: .  
Acesso em: 08 ago. 2017.

JORGE SA, DANTAS, SRPE. Úlceras de pressão. In: Paranhos WY. **Abordagem multidisciplinar do tratamento de feridas**. São Paulo: Ed Atheneu; 2003. p.287-98

MEDEIROS, A. B. F., **Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevenção e fatores de risco.2006. 125 f. Dissertação** (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL . **Pressure Ulcer Stages Revised**. Washington, 2016; Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>

POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. 8ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2011. PORTO, C.C.. **Semiologia Médica**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação do risco de úlcera de pressão por meio da escala de Branden na língua Portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP** , São Paulo,v. 33, n. especial, p. 191-206, 1999.

RABEH SAN. **Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001

ROGENSKI NMB. **Estudo sobre a prevalência e incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

ROCHA AB, BARROS SM. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm**. 2007;20(2):143-50.

SARQUIS MGA. **Orientações para a prática clínica no tratamento e prevenção de úlceras por pressão**. In: Malagutti W, Kakihara CT, organizadores. **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari Editora; 2010. p.223-33.

VASCONCELOS AMN, GOMES MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2012; 21(4):10.

## APÊNDICE A

### Escala de Braden

<b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1- Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2- Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3- Levemente limitado:</b> Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	<b>4- Nenhuma limitação:</b> Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
<b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade	<b>1- Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2- Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	<b>3- Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	<b>4- Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física	<b>1- Acamado:</b> confinado a cama	<b>2- Confinado à cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	<b>3- Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	<b>4- Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>2. Bastante Limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente Limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
<b>Nutrição:</b> padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito Pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
<b>Fricção e cisalhamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum Problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte: PARANHOS e SANTOS, 1999.

Variação da Pontuação da Escala: 6 a 23 pontos.

- Médio Risco: 15 a 18 pontos
- Risco Moderado: 13 a 14 pontos
- Alto Risco: 10 a 12 pontos
- Altíssimo Risco: 9 a 6 pontos