

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO

THE ROLE OF THE NURSE IN THE PREVENTION, EVALUATION AND TREATMENT OF PRESSURE INJURIES

Fernanda Janaína Lacerda FAVRETO¹
Susanne Elero BETIOLLI²
Francine Bontorin SILVA³
Adriana CAMPA⁴

RESUMO

Este trabalho se trata de uma revisão bibliográfica referente a atuação do enfermeiro no tocante das lesões por pressão devido a complexidade da avaliação, tratamento e prevenção. Foram utilizados artigos dos últimos 12 anos que abordam assuntos relacionados diretamente as lesões por pressão. Os resultados e discussões obtidos revelam que o enfermeiro deve ter um amplo conhecimento relacionado ao tema para propiciar um melhor tratamento, visando um menor custo financeiro tanto para o paciente quanto para as instituições públicas e/ou privadas. Devem também proporcionar um tempo menor de tratamento com o máximo de conforto ao paciente, sensibilizando a equipe a trabalhar com o mesmo objetivo, ressaltando a prevenção e classificação de risco como parte do protocolo de avaliação e tratamento. Conclui-se que enfermeiro tem papel fundamental na prevenção, avaliação e tratamento dos pacientes portadores de lesão por pressão, treinando a equipe com relação a novas técnicas resultando no melhor tratamento possível.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão, ferimentos e lesões, avaliação em enfermagem terapêutica

ABSTRACT

This work aims at a bibliographical review regarding the nurses' performance in relation to pressure injuries due to the complexity of evaluation, treatment and prevention. We used articles from the last 12 years that deal with issues related directly to pressure injuries. The results and discussions show that the nurse should have a wide knowledge related to the subject to provide a better treatment, aiming at a lower financial cost for both the patient and the public and / or private institutions and also to provide a shorter treatment time with The maximum comfort of the patient, sensitizing the team to work with the same objective, emphasizing the prevention and classification of risk as part of the protocol of evaluation and treatment. It was concluded that nurses have a fundamental role in the prevention, evaluation and treatment of patients with pressure injuries, training the team in relation to the new treatment techniques in order to achieve the best possible treatment.

KEY WORDS: Pressure ulcer, wounds and injuries, nursing assessment, therapy

¹ Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Herrero.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora no curso de graduação em Enfermagem UFPR. Gerente do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

³ Mestre em Microbiologia, Patologia e Parasitologia e Doutora em Engenharia Florestal (UFPR).

⁴ Enfermeira. Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso, Especialista em Crianças e adolescentes.

*e-mail: adrycampa@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Tratar feridas é uma atividade cotidiana do enfermeiro, porém esse cuidado confronta a autonomia das atividades desse profissional frente aos pacientes portadores de feridas ¹.

Por muitos séculos, o tratamento de feridas pretendia alcançar resultados cicatriciais em menor tempo possível. Na pré-história eram utilizados agentes como: extratos de plantas, água, neve, gelo, frutas e lama que eram colocados nas feridas. Na Mesopotâmia, elas eram lavadas com água ou leite e o curativo era realizado com mel ou resina. Lã de carneiro, folhas e cascas de árvore eram utilizadas para sua cobertura. Os egípcios diziam que uma ferida fechada cicatrizava mais rápido do que aberta, por isso, utilizavam tiras de pano para manter unidas as margens da lesão. Hipócrates sugeria que as feridas contusas fossem tratadas com calor e pomadas para promover a supuração, remover material necrótico e reduzir a inflamação. No início da era cristã, se preconizava o fechamento primário das feridas recentes e desbridamento das contaminadas para posteriormente poderem ser suturadas. Com o passar do tempo estudos quanto ao tratamento de feridas foram evoluindo, com o avanço da química que descobriu os compostos de cloro e iodo que foram utilizados para limpeza do material e da pele nos séculos XVIII e XIX. Hoje pretende-se interferir na biologia molecular, abordando a síntese de substâncias envolvidas nos fenômenos cicatriciais ².

Devido ao avanço tecnológico houve uma ascensão quanto aos produtos e métodos utilizados na área do tratamento de feridas, tratar uma ferida não é apenas fazer com que ela cicatrize, é preciso ir mais a fundo, saber a causa, e tratar as comorbidades presentes que contribuem para a piora ou para o surgimento de novas lesões ¹.

A pele é o maior órgão do corpo humano tendo como principais funções: proteção contra infecções, lesões ou traumas, raios solares, controle da temperatura corporal e função sensorial. É composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme ³.

As lesões, úlceras ou feridas que ocorrem, podem atingir não apenas a pele em uma ou mais camadas, mas também tecido muscular, tendões, nervos e ossos. Uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra ataque ².

Lesão por pressão é qualquer alteração da integridade da pele decorrente da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura. É classificada conforme o grau de dano observado nos tecidos (pele, subcutâneo, músculos, articulações, ossos) ⁴.

O cuidado de enfermagem com as lesões de pele necessita atenção especial por parte dos profissionais da saúde, destacando-se o papel do enfermeiro, que busca novos conhecimentos para fundamentar sua prática. Algumas lesões podem tornar-se crônicas, cuja incidência aumenta gradativamente em todo o mundo, gerando um impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes, pois causam dor em diferentes níveis, afetam a mobilidade e possuem caráter repetitivo. Fazendo necessária a sistematização do cuidado com esses pacientes, constituindo, a avaliação da ferida, fator determinante para a terapêutica adequada ⁵.

Os enfermeiros exercem importante papel no tratamento das lesões cutâneas e devem estar sempre em busca de novos conhecimentos, desafiando seu conhecimento técnico científico. Porém, muitas vezes encontram dificuldades para identificar a fase correta da cicatrização e confundem as características normais e anormais associadas a esse processo ⁶.

Como o profissional de enfermagem está diretamente relacionado ao tratamento de feridas, seja em serviços de atenção primária, secundária ou terciária, é importante manter a observação contínua com relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo de cicatrização. Para tanto, é necessária uma visão clínica que

relacione alguns pontos importantes que influenciam neste processo, como o controle da patologia de base (hipertensão, diabetes mellitus), aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e, sobretudo, o rigor e a qualidade do cuidado educativo. É importante ressaltar a associação dos curativos que serão aplicados de acordo com os aspectos e evolução da ferida ⁷.

Esta pesquisa teve por objetivo revisar artigos que destacam o papel do enfermeiro na avaliação, classificação e tratamento de pacientes portadores de lesão por pressão, pois hoje a prática de cuidados a pacientes portadores de feridas é uma especialidade da enfermagem que requer conhecimento específico ¹, e justifica-se devido a dificuldade apresentada pelos profissionais de enfermagem na avaliação e classificação das lesões por pressão que os pacientes apresentam, pois desta avaliação depende o correto tratamento e evolução dessas lesões.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica que selecionou artigos dos últimos 12 anos nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico. A pesquisa foi desenvolvida a partir da análise do material conforme atendia o objetivo do estudo. Em uma busca inicial foram encontrados 56 artigos, como critérios de inclusão foram selecionados 25 artigos publicados a partir de 2004 pois relata a evolução dos tratamentos de lesões, artigos em português e que correspondiam as necessidades do estudo, excluímos 31 artigos para isso os critérios utilizados foram os artigos em inglês e os que não apresentaram assuntos relacionados à temática. Foi realizada a leitura e análise dos textos que então foram utilizados de acordo com sua colocação no desenvolvimento do trabalho. Utilizamos os descritores lesão por pressão, ferimentos e lesões, avaliação em enfermagem e terapêutica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Lesão

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano e tem como funções a proteção contra infecções, lesões ou traumas, raios solares, controle da temperatura corporal e função sensorial. É composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme ³.

A integridade da pele prejudicada é referida como um estado no qual o indivíduo apresenta lesão em mucosa, córnea e tecido cutâneo, tendo como características definidoras a solução de continuidade da pele, destruição das camadas da pele e a invasão de estruturas do corpo ⁸. As feridas são representadas não apenas pela rotura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também por lesão em músculos, tendões e ossos. As feridas podem ser classificadas quanto a etiologia, complexidade e tempo de existência ⁹.

Essas lesões acometem a população de maneira geral, independente de sexo, idade ou etnia, e determina um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo um sério problema de saúde pública. Porém não existem dados estatísticos a nível nacional que comprovem este fato, devido aos registros desses atendimentos serem escassos. Sabemos que o surgimento de feridas onera os gastos públicos e prejudica a qualidade de vida da população. Diante desses fatos existe a necessidade do saber avaliar e acompanhar, para tratar adequadamente as pessoas portadoras de lesões de pele ⁷.

As feridas causam a seus portadores e familiares problemas como: dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais ¹⁰.

Lesão por pressão é definida como uma área de morte celular localizada devida a pressão de tecidos moles por longos períodos, de uma proeminência óssea sobre uma superfície dura ¹¹.

Os cuidados com as lesões exigem atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e participação ativa dos portadores dessas lesões e

seus familiares, dentro de uma perspectiva holística. Neste contexto Dantas, Torres e Dantas ¹⁰, afirmam ser fundamental no tratamento do portador de feridas a assistência sistematizada pautada em protocolo, que contemple avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento, além de trabalho educativo permanente em equipe envolvendo os portadores de lesão, familiares e cuidadores ¹⁰.

A lesão por pressão é comum em proeminências ósseas, proveniente de pressão, fricção e cisalhamento e de fatores internos ao paciente que produzem lesão tissular de pele e/ou tecido subjacente, não cicatriza facilmente, causa dor e desconforto, e requer abordagem multiprofissional no cuidado ¹².

A etiologia inclui fatores internos do paciente, tais como: extremos de idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade e nível de consciência; e externos, como: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. A lesão por pressão é um problema para os serviços de saúde, envolvendo a equipe multidisciplinar. Sua prevalência, segundo a literatura internacional, em pacientes internados é de 3 a 14%. Diante da complexidade do problema é imperativo que medidas preventivas sistematizadas e de caráter institucional com envolvimento de toda a equipe de enfermagem sejam adotadas ⁴.

A qualidade e a segurança são imprescindíveis nos serviços de saúde, por este motivo as instituições tem implementado políticas de qualidade, visando atender as necessidades e exigências de seus clientes. Para avaliar a qualidade é utilizado um indicador que nos mostre as deficiências do sistema, para então trabalharmos na correção destas falhas. Os indicadores são dados numéricos estabelecidos através de um ou mais eventos, isolados ou não como por exemplo a prevalência (número total de casos) de lesões por pressão em instituições hospitalares no Brasil, a lesão por pressão é um indicador de qualidade para a enfermagem, e esses indicadores devem ser revistos periodicamente ¹⁰.

Meleiro et al ¹³, diz que a prevalência geral de lesão por pressão foi de 19,5% dos 3.701 pacientes do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo em SP. Matos, Duarte, Minetto ¹⁴, dizem que a prevalência de lesão por pressão foi de 57,89% dos 19 pacientes que estiveram internados por mais de 24 horas no CTI do Hospital Público do Distrito Federal em MG.

Lima, Guerra ¹⁰, afirmam que a prevalência de lesão por pressão foi de 22% dos 62 pacientes internados na Clínica Neurocirúrgica do Hospital da Restauração de PE. Desta forma, podemos observar que do universo de 3.782 pacientes observados nos trabalhos anteriormente citados, 1.510,72 pacientes (em média) apresentaram algum tipo de lesão por pressão, o que representa cerca de 39,95% do total. Observando os dados vemos que é grande o número de pacientes que desenvolvem lesão por pressão em instituições hospitalares, e isso gera aumento nos gastos. Usar de maneira consciente materiais médico hospitalares é de extrema importância à administração dos recursos das instituições, pois as despesas são crescentes e em contrapartida os recursos são escassos. No Brasil a política de saúde é do tipo assistencialista, e o direito a saúde é definido como dever do Estado na Constituição Federal. Porém essa política se torna muito onerosa devido o crescimento populacional, a problemas administrativos e desperdícios.

Os gastos com o tratamento de lesão por pressão em instituições públicas acabam sendo maior se comparados a instituições privadas pois não existe um controle efetivo desse tipo de material, já na privadas os recursos são restritos e mesmo os que são cobertos pelos convênios não são liberados facilmente. O uso de coberturas para o tratamento das lesões é comum, e não existem comparações o a respeito da eficácia/efetividade e dos custos no tratamento. Levando em consideração os custos com as coberturas, materiais e profissionais, variam entre R\$ 16,41 à R\$ 260,18, dependendo do tipo de cobertura e tempo de tratamento devido a evolução da lesão ¹⁵.

Segundo Costa et al ¹⁶, o reconhecimento dos custos é indispensável para levantar os gastos para o adequado planejamento da assistência. Assim, o custo benefício do tratamento das úlceras deve ser avaliado pelo profissional de enfermagem no momento da prescrição, de modo que este

escolha a melhor indicação com o menor custo e promova a adesão ao tratamento de forma contínua.

Diante da complexidade do tema e da identificação de que a lesão por pressão é um problema evitável na maioria das vezes, consideramos que a prevenção é fundamental, e se torna imperativa a reavaliação dos processos de cuidado prestados pela equipe de enfermagem na instituição. Uma forma de sistematizar esse cuidado é o estabelecimento de protocolos que incluam avaliação de risco, medidas preventivas e terapêuticas. O reconhecimento dos indivíduos em risco de desenvolver lesão por pressão não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas também é importante o uso de um instrumento de medida, como uma escala de avaliação que apresente adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade⁴.

Uma lesão por pressão pode se tornar um problema judicial para a instituição e para o Enfermeiro. A portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), onde em seus art. 6º e 7º tem por finalidade promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através do processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam, e de propor e validar protocolos, guias e manuais voltados a segurança do paciente em diferentes áreas, tal como: lesões por pressão, portanto é de responsabilidade do enfermeiro evitar que essas lesões aconteçam¹⁷.

O gerenciamento de risco, atividade prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, assume papel preponderante, pois a segurança do paciente no tratamento se refere às iniciativas que visam prevenir e reduzir eventos adversos decorrentes do cuidado à saúde, a fim de prevenir esses eventos que podem causar danos, tais como as lesões por pressão. O artigo 11º da referida lei dispõe a prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem. Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), em seu artigo 12º traz como dever e responsabilidade do profissional de enfermagem assegurar a pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência¹².

3.2 Avaliação

A avaliação da lesão é a etapa de importância fundamental para o tratamento adequado do paciente, uma avaliação equivocada pode causar muita dor, aumentar a lesão e elevar o custo e o tempo de tratamento. Devido a importância da avaliação e classificação para a aplicação do correto tratamento das feridas, é necessário investigar quais os aspectos são considerados na avaliação de feridas pelos enfermeiros assistenciais em pacientes hospitalizados, haja vista que o tratamento depende de avaliações constantes, de acordo com cada momento da evolução do processo de cicatrização⁷.

O ideal é que os pacientes sejam acompanhados pela equipe de saúde e avaliados continuamente acerca do estado geral de saúde, orientados a adquirir novos hábitos de vida, por meio de consultas frequentes e sucessivas sessões de trocas de curativos¹⁸.

Santos et al¹⁹, diz que:

“A avaliação de feridas, quanto aos mais diversos aspectos, é fundamental para a prescrição de um tratamento adequado, envolvendo desde a etiologia até as características clínicas do leito da lesão e área circundante, bem como as doenças de base do cliente. O olhar especializado da enfermagem é fundamental e indispensável para a determinação de um tratamento apropriado das feridas e que ao se analisar que a pele, além de ser o cartão de apresentação, é o maior órgão do ser humano, torna-se evidente a responsabilidade, principalmente do profissional enfermeiro, em promover e cooperar com o organismo para uma perfeita reconstrução tecidual, porém entender a cicatrização como um processo endógeno não implica em descuidar do tratamento tópico.”

O processo de cicatrização tem a finalidade de cura das feridas e pode ser dividido didaticamente em três fases que se superpõem: inflamatória, proliferativa e de remodelação. Durante a primeira fase, ocorrem hemostasia, migração de leucócitos e início da cascata de reparação tecidual. O segundo estágio do processo de cicatrização é a fase de proliferação, que se caracteriza por fibroplasia, angiogênese e reepitelização. A última fase do processo de cicatrização é responsável pelo aumento da resistência do leito danificado. Os fenômenos anteriormente descritos referem-se ao processo de cicatrização fisiológica, porém há situações em que ocorre diminuição da resposta do organismo, como no diabetes mellitus e/ou na exposição excessiva à radiação, formando-se, assim, úlceras que traduzem a falta de cicatrização. Pode, também, ocorrer aumento dessa resposta, como nos casos de cicatriz queloidiana ou cicatriz hipertrófica que se apresentam como cicatrizes exuberantes²⁰.

Santos et al¹⁹, diz que:

“Na avaliação, deve-se verificar se há fatores locais que alteram a evolução fisiológica da cicatrização. Atentar para os sinais (exsudação purulenta; hipertermia; eritema; dor e calor local e edema) que indicam a presença de infecção, pois a mesma provoca destruição tecidual, retarda a síntese de colágeno e impede a epitelização. A avaliação e a verificação da ferida devem ser realizadas a cada troca de curativo.”

Avaliar uma ferida pode ocasionar interpretações variadas devido a sua diversidade quanto à natureza, forma e localização, além da percepção própria de cada enfermeiro, tendo em vista a diferença de conhecimentos que existe entre os profissionais que realizam essa prática. Uma mesma ferida pode ser avaliada e ter diferentes registros, podendo gerar interpretações divergentes ou conflitantes. Para garantir a confiança interobservadores, faz-se necessário que o parecer de um profissional coincida com o de seus colegas. Essa confiabilidade pode ser garantida por meio de instrumentos precisos, com padrões e critérios definidos, dentre eles a localização anatômica, tamanho da lesão, cor, tipo de tecido lesado e sua extensão, presença de corpos estranhos, fístulas, túneis e cistos, condição da pele ao redor e característica do exsudato devem seguir um mesmo padrão de descrição entre profissionais da mesma equipe⁶.

Como o processo cicatricial evolui constantemente, se faz necessária constante avaliação pois certos curativos podem deixar de ser a melhor indicação após alguns dias, assim como podem não apresentar o resultado esperado necessitando ser substituído antes do tempo previsto, os pacientes podem reagir de forma diferente, mesmo que apresentem feridas semelhantes. O acompanhamento adequado é fundamental e deve ser feito por profissional capacitado²¹.

A avaliação tem diferentes etapas, avaliamos uma ferida com relação a sua localização, extensão (comprimento e largura, profundidade ou túnel), exsudato (quantidade, aspecto, odor), leito (tipo de tecido exposto, classificação quando aplicável), margem (regular ou não, macerada, hiperqueratose, epitelização), pele perilesional (íntegra, lesionada, ressecada, hiperpigmentada, hiperemia, flictemas) e quanto a dor³.

Em abril de 2016 a Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST²² divulgou a atualização das descrições de lesão por pressão e na classificação dessas lesões segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP e descrita a seguir:

“Lesão por pressão: Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

Estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece.

Estágio 2: Perda parcial da pele, com exposição da derme, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta ou rompida.

Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível, apresenta tecido de granulação, pode ocorrer descolamento e túneis.

Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total com exposição direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, esfacelo e/ou escara pode estar visível, pode apresentar túneis.

Lesão por pressão não classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.

Lesão por pressão tissular profunda: Pele intacta ou não, com área de descoloração, vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou bolha com exsudato sanguinolento.

Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: Esta relacionada a dispositivo médico, geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.

Lesão por pressão em membranas mucosas: Essa lesão ocorre devido o uso de dispositivos médicos no local do dano, essas lesões não podem ser categorizadas”²².

3.3 Prevenção

Falamos muito em como avaliar e classificar corretamente as lesões por pressão para poder tratá-las adequadamente, porém sabemos que a prevenção da lesão por pressão é mais importante que as propostas de tratamento, visto que o custo é menor e o risco para o paciente é praticamente inexistente. Porém, este processo deve envolver uma equipe multidisciplinar integrada para a obtenção dos melhores resultados. O conhecimento e entendimento da definição, causas e fatores de risco por parte dos profissionais da saúde se faz necessário, a fim de se implantar medidas de prevenção e tratamento mais eficazes. As ações preventivas dos cuidados referem-se à atenção constante às alterações da pele; identificação dos pacientes de alto risco; manutenção da higiene do paciente e leito; atenção a mudança de decúbito, aliviando a pressão e massagem de conforto, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, secagem e aquecimento da comadre antes do uso no paciente, dieta e controle de ingestão líquida e orientação ao paciente e família quanto às possibilidades de lesões por pressão²³.

De acordo com Malicia et al²⁴, as lesões por pressão são consideradas como eventos adversos ocorridos no processo de hospitalização, que refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado. Para avaliar o risco que um paciente apresenta em desenvolver lesão por pressão é utilizada a escala de Braden (quadro 1), de acordo com esta escala, são avaliados os seguintes fatores de risco:

Quadro 1. Escala de Braden

Escala de Braden				
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Excessivamente úmida	Muita umidade	Ocasionalmente úmida	Raramente úmida
Atividade	Acamado	Sentado	Pouca limitação	Sem limitação
Mobilidade	Imóvel	Muito limitada	Pouco limitada	Sem limitação
Nutrição	Deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problema aparente	-
Total	15 a 16 Risco baixo		12 a 14 Risco moderado	<11 Risco alto

Fonte: adaptado pela autora (2017)²⁵.

Dentre todas as ações que foram descritas a que tem fundamental relevância é a prevenção das lesões por pressão, sabemos que avaliar adequadamente é necessário para que seja tratada corretamente, porém evitarmos que essas lesões ocorram é muito melhor do que tratá-las posteriormente, por isso é importante que seja efetiva a mudança de decúbito e a adoção de medidas preventivas como, equipar as unidades hospitalares com material que proporciona alívio de zonas de pressão, monitorizar o grau de risco, incidência e prevalência, sensibilizar as equipes para a problemática, pois utilizando desses meios é possível evitar os grandes gastos com materiais para curativos especiais ²⁶.

3.4 Curativo

O curativo deve ser um meio de facilitar a cicatrização e não de impedi-la, porém se mal escolhido pode não somente retardar sua cicatrização como também agravar sua condição ainda mais. O curativo ideal deve ser capaz de manter alta umidade entre a sua interface e a da ferida, remover o excesso de exsudato, permitir a troca gasosa, fornecer isolamento térmico, ser impermeável a bactérias, ser isento de contaminação externa à ferida e permitir sua remoção sem causar trauma na lesão ¹⁷.

Curativo ou cobertura é definido como um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de material sobre uma ferida para sua proteção, absorção e drenagem, com o intuito de melhorar as condições do leito da ferida e auxiliar em sua resolução. Curativos podem ser, em algumas ocasiões, o próprio tratamento definitivo; em outras, apenas uma etapa intermediária para o tratamento cirúrgico. Há no mercado mundial diversos materiais de curativo que podem ser utilizados nas diferentes etapas de tratamento das feridas, a saber: higienização, desbridamento, diminuição da população bacteriana, controle do exsudato, estímulo à granulação e proteção da reepitelização ⁹.

De acordo com Franco, Gonçalves ²¹, para incisões cirúrgicas, a oclusão deverá ser por 24 a 48 horas mantendo o curativo seco. Nas feridas abertas, a antiga controvérsia entre curativo seco e curativo úmido deu lugar a uma proposta atual de oclusão e manutenção do meio úmido. A cicatrização através do meio úmido tem as seguintes vantagens quando comparadas ao meio seco:

- Prevenir a desidratação do tecido que leva à morte celular;
- Acelerar a angiogênese; estimular a epitelização e a formação do tecido de granulação;
- Facilitar a remoção de tecido necrótico e fibrina;
- Servir como barreira protetora contra microrganismo;
- Promover a diminuição da dor;
- Evitar a perda excessiva de líquidos;
- Evitar traumas na troca do curativo

O avanço da tecnologia do cuidar, a padronização de um método e sua aplicabilidade correta garantem a melhora mais rápida do paciente e o reconhecimento do trabalho prestado pelo enfermeiro. O protocolo é o plano exato e detalhado para um esquema terapêutico. O protocolo promoverá orientação para a equipe de enfermagem, estado de saúde do cliente e características que proporcionarão ao mesmo um tratamento eficaz e uma reabilitação completa. Ao avaliar uma ferida deve-se identificar a influência direta da “história da ferida”. Como causa, tempo de existência, presença ou ausência de infecção. Além disso, deve ser avaliada a dor, edema, extensão e profundidade da lesão às características do leito da ferida. A sua classificação constitui importante forma de sistematização, necessária para o processo de avaliação e registro que podem se classificar pela origem ou pelo tipo de agente causal. O profissional deve avaliar o grau de contaminação, que possui um importante fator na escolha do tratamento ²⁷.

Os enfermeiros, tem a responsabilidade de prever e prover recursos humanos, materiais e estruturais, utilizando dados científicos para implantar medidas preventivas de lesão por pressão. Porém quando o desenvolvimento de lesão por pressão é inevitável, é necessária a adoção de ações terapêuticas adequadas a fim de minimizar as suas consequências e evitar a evolução de sua gravidade. Sendo assim os enfermeiros precisam além do conhecimento técnico científico, possuir

informações sobre os custos decorrentes dos cuidados de enfermagem para o tratamento de lesão por pressão a fim de direcionar o uso racional e eficiente de recursos escassos, contribuindo, efetivamente, com o gerenciamento dos custos associados ²⁸.

De acordo com o novo consenso estabelecido em 13 de abril de 2016 pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), entidade que trata e previne as lesões por pressão, foi anunciada uma mudança na terminologia de úlcera de pressão. Agora, o termo “lesão por pressão” deve ser utilizado por todo os profissionais de saúde, pois descreve com mais precisão as lesões em peles intactas e ulceradas. No sistema anterior, o estágio 1 era descrito de uma forma, e as outras categorias eram descritas de outra o que poderia gerar confusão, pois a definição de cada estágio se referia às lesões como “úlceras de pressão”. Além da mudança de terminologia, agora devemos utilizar números arábicos no nome das fases, em vez de algarismos romanos. Ainda, alguns termos foram removidos e outros adicionados as definições de ferimento ²⁹.

Alguns artigos utilizados nesta pesquisa são anteriores a esta data, portanto onde se lia úlcera por pressão lê-se lesão por pressão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão literária analisou 25 artigos que tratam de assuntos que envolvem a avaliação, classificação, tratamento, prevenção, incidência, prevalência, gastos e sobre o papel do enfermeiro na assistência e educação em saúde prestada ao paciente portador de lesão por pressão.

Essas lesões acometem muitas pessoas e isso ocorre independente de sexo, idade ou etnia, constituem um grave problema de saúde pública e devido a ausência de registros desses atendimentos não é possível mensurar dados estatísticos a nível nacional que comprovem isso. O fato é que o surgimento dessas lesões oneram os gastos e prejudicam a qualidade de vida da população. Então isso nos leva a crer que a correta avaliação é imprescindível para tratar adequadamente as pessoas portadoras de lesões de pele ⁷.

Verificamos que é de fundamental importância que o enfermeiro tenha conhecimento sobre todo o processo que envolve o tratamento do paciente, o desenvolvimento de um protocolo que siga uma ordem na avaliação, classificação, escolha do curativo adequado, acompanhamento e reavaliação da lesão, pois a avaliação da ferida é fator determinante para a terapêutica adequada, deve ser aplicada também a utilização de padrões de classificação de risco para auxiliar na prevenção ⁵.

O protocolo é um esquema terapêutico que orienta a equipe quanto a avaliação e aplicação do tratamento mais adequado para a reabilitação integral do paciente. A avaliação deve levar em conta a causa, tempo de existência, presença ou ausência de infecção na lesão(26), e deve seguir uma ordem lógica de classificação, escolha do curativo adequado, acompanhamento e reavaliação da lesão, bem como a utilização de padrões de classificações de riscos que auxiliam na prevenção da ocorrência dessas lesões, que não podem ser tratadas apenas pelo que é possível ver, comorbidades e alterações fisiológicas devem ser corrigidas em conjunto com o tratamento local.

Os enfermeiros tem o papel fundamental na avaliação e no tratamento dessas lesões e devem sensibilizar, incentivar e treinar a equipe para que sigam padrões definidos de tratamento, tem também a responsabilidade de prever e prover recursos humanos, materiais e estruturais, e de implantar medidas preventivas para que assim tenhamos melhores resultados ²⁷.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho concluiu que o enfermeiro tem papel crucial tanto no tratamento das lesões por pressão, onde depende da correta avaliação e classificação, quanto para a escolha do tratamento mais adequado, e na aplicação de medidas de prevenção dessas lesões. O avanço da tecnologia do

cuidar, a padronização de um método e sua aplicabilidade correta garantem a melhoria mais rápida do paciente e o reconhecimento do trabalho prestado pelo enfermeiro.

Quanto aos pacientes, estes devem ser acompanhados e avaliados continuamente acerca do estado geral de saúde, passar por consultas sempre que necessário e adotar hábitos saudáveis.

É de extrema importância que o enfermeiro tenha conhecimento sobre todo o processo que envolve o tratamento do paciente e que desenvolva um protocolo de atendimento para pacientes com lesões por pressão para que toda a equipe envolvida possa seguir os mesmos padrões de avaliação e tratamento e prevenção.

Devido a complexidade das lesões por pressão anteriormente descritas, cabe ao enfermeiro gerenciar toda a logística relacionada a prevenção e ao tratamento dos pacientes portadores de lesão por pressão, avaliar de maneira integral o paciente, levando em consideração comorbidades associadas, estilo de vida e poder econômico, ser claro na orientação ao paciente e familiares, evitar gastos excessivos com curativos que são mal utilizados ou mal indicados, adotar medidas preventivas e sensibilizar a equipe quanto a importância da prevenção e do uso consciente de materiais disponíveis.

Com medidas eficientes é possível evitar ao paciente o sofrimento físico e/ou psíquico que uma lesão por pressão pode trazer, essas medidas proporcionarão um tratamento eficaz, mais rápido e mais humanizado as pessoas portadoras desse tipo de lesão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira AM, Bogamil DD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde*, 2008;15(3):105-9.
2. Blanes L. Tratamento de feridas: Cirurgia vascular, guia ilustrado. São Paulo: 2004.
3. Cunha NA. Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas. 2006.
4. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*, 2007;27(2):61-4.
5. Moreira TMM, de Alcântara MCM. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2009;62(6):889.
6. Bajay HM, Araújo IEM. Validação e confiabilidade de um instrumento de avaliação de feridas. *Acta Paul Enferm*, 2006;19(3):290-5.
7. Moraes GFDC, Oliveira SHDS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto & contexto enferm*. 2008;98-105.
8. Bersusa AAS, Lages JS. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. *Ciência, cuidado e saúde*, 2008;3(1):081-092.
9. Smaniotto PHDS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R. Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2012;27(4):623-626.
10. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Ciência, cuidado e saúde*. 2012;10(2):366-372.
11. Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(1).
12. Crozeta K, Roehrs H, Stocco JGD, Meier MJ. Gestão de risco de úlceras por pressão: um compromisso ético-legal do enfermeiro.
13. Melleiro MM, Tronchin DMR, Baptista CMC, Braga AT, Paulino A, Kurciant P. Indicadores de prevalência de Lesão por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(2):55-59.
14. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de Lesão por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010;2(4):719-26.
15. Andrade CCD, Pereira WE, Alemão MM, Brandão CMR, Borges EL. Custos do tratamento tópico de pacientes com Lesão por pressão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50(2): 295-301.

16. Costa AM, Matozinhos ACS, Trigueiro PS, Cunha RCG, Moreira LR. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. *Enfermagem Revista*. 2015;18(1):58-74.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE (homepage de internet). Acesso em 25/05/17. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/2.c%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20PNSP%20-%20setembro_2013.pdf>.
18. Mata VE, Porto F, Firmino F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 2010;2(3):244-244.
19. Santos AARD, Medeiros ABDA, Soares MJGO, Costa MML. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. 2010; 547-552.
20. Isaac C, de Ladeira PRS, do Rêgo FMP, AldunateJCB, Ferreira MC. Processo de cura das feridas: cicatrização fisiológica. *Revista de Medicina*. 2010;89(3-4):125-131.
21. Franco D, Gonçalves L.F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *RevColBrasCir*. 2008; 35(3):203-6.
22. SOBEST (homepage de internet). Acesso em 15/10/16. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>.
23. Goulart FM, Ferreira JA, Santos KDA, Morais VM, Freitas Filho GA. Prevenção de Lesão por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. *Rev Objetiva*. 2008;4(1).
24. Malicia, VV, Sória DDAC, Coelho FM, de Souza MB. Lesão por pressão: Desafios e compensações da avaliação de enfermagem com o uso de escala de Braden. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2011.
25. Imagem de internet. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=escala+de+braden>>. Acesso em: 24 de maio 2017.
26. Lima AFC, Castilho V. Bodymobilization for prevention of pressure ulcers: direct labor costs. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):647-52.
27. Carneiro CM, Sousa FB, Gama FN. Tratamento de feridas: assistência de enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. *Rev Enferm Integrada*. 2010; 3(2):494-505.
28. Lima AFC, Castilho V, Baptista CMC, Rogenski NMB, Rogenski KE. VDirect cost of dressings for pressure ulcers in hospitalized patients. *Revista brasileira de enfermagem*. 2016;69(2):290-297.
29. COREN - DF (homepage de internet). Disponível em: <<http://www.corendf.gov.br/site/muda-terminologia-para-ulcera-por-pressao/>>. Acesso em 17 de março 2017.