



A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO NO ÂMBITO DA TERAPIA INTENSIVA

Camila Lelis Chitarra¹
Izadora Soares Martins¹
Jennifer Juli Matias da Silva¹
Paola Ingrid de Abreu¹
Poliana de Souza Aparecido¹
Mara Martins Ribeiro²
Mislene Aparecida de Oliveira Persilva³

RESUMO

As Lesões por Pressão são feridas que aparecem na pele de pacientes que permanece na mesma posição, estes são em sua maioria acamados ou com mobilidade reduzida. São lesões originadas devido à pressão constante em pontos com proeminências ósseas que ficam em contato com a superfície. A ferida pode ser superficial, de modo a atingir apenas a epiderme, como também pode chegar ao estadiamento máximo, situação que já compromete tecidos nobres. Diante disso, questiona-se quais as potencialidades e fragilidades o enfermeiro pode se deparar com as prevenções e tratamentos de lesões por pressões no âmbito do centro de terapia intensiva? O objetivo do estudo é constatar as competências e as vulnerabilidade encontradas na prevenção e tratamento da lesão por pressão em pacientes críticos e em uso de dispositivos. Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa, as bases de dados acessadas foram o Google acadêmico, Ministério da Saúde, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão para o estudo foram os períodos de publicação de 5 anos (2017-2022), disponíveis na íntegra e no idioma português que abordassem a temática do estudo. Foi dividido em três categoriais: 1º Diretrizes envolvidas com o conhecimento que o enfermeiro deve utilizar para a prevenção de lesão por pressão; 2º A escala de Braden como uma ferramenta para alertar a equipe; 3º O conhecimento e a assertividade para o tratamento destas lesões; 4º A relevância da atuação do enfermeiro juntamente da equipe multidisciplinar frente ao paciente crítico. A partir dos resultados obtidos nesta revisão integrativa, podemos observar a relevância da atuação do enfermeiro frente a prevenção e ao tratamento das lesões por pressão no centro de terapia intensiva. Diante desta, podemos ver o quão significativo é a avaliação e prescrição do enfermeiro do CTI para sua equipe sobre os cuidados a serem prestados a fim de evitar e tratar lesões por pressão no paciente internado no CTI.

PALAVRAS CHAVES: Lesão por pressão, Centro de Terapia Intensiva, Tratamento de Lesão por pressão e Prevenção de Lesão por pressão.

¹ Graduandos do 8º período em Enfermagem do Centro Universo Belo Horizonte- MG.

²Enfermeira e Mestre em Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem, UFMG, Orientadora e Professora do Centro Universo Belo Horizonte-MG.

³Enfermeira e Mestre em Infectologia pela Faculdade de Medicina da UFMG, Co-orientadora e Professora do Centro Universo Belo Horizonte-MG

ABSTRACT

Pressure Injuries are wounds that appear on the skin of patients who remains in the same position, most of whom are bedridden or have reduced mobility. These are injuries caused by constant pressure on points with bony prominences that are in contact with the surface.

The wound can be superficial, in order to reach only the epidermis, but it can also reach the maximum staging, a situation that already compromises noble tissues. In view of this, what are the strengths and weaknesses that nurses can face with the prevention and treatment of pressure injuries in the context of the intensive care unit? The objective of the study is to verify the skills and vulnerabilities found in the prevention and treatment of pressure injuries in critically ill patients and in use of devices. This work is an integrative review, the databases accessed were Google academic, Ministry of Health, Scielo and Virtual Health Library (BVS).

The inclusion criteria for the study were the publication periods of 5 years (2017-2022), available in full and in Portuguese that addressed the theme of the study. It was divided into three categories: 1st Guidelines involve with the knowledge that nurses should use to prevent pressure injuries; 2nd The Braden scale as a tool to alert the team; 3rd Knowledge and accuracy for the treatment of these injuries; 4th The relevance of the nurse's performance together with the multidisciplinary team in the face of critical patients. Based on the results obtained in this integrative review, we can observe the relevance of the nurse's role in the prevention and treatment of pressure injuries in the intensive care unit. In view of this, we can see how significant the evaluation and prescription of the ICU nurse is for his team about the care to be provided in order to avoid and treat pressure injuries in the patient hospitalized in the Intensive Care Center.

KEYWORDS: Pressure Injury, Intensive Care Unit, Pressure Injury Treatment and Pressure Injury Prevention

¹ Graduandos do 8º período em Enfermagem do Centro Universo Belo Horizonte- MG.

²Enfermeira e Mestre em Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem, UFMG, Orientadora e Professora do Centro Universo Belo Horizonte-MG.

³Enfermeira e Mestre em Infectologia pela Faculdade de Medicina da UFMG, Co-orientadora e Professora do Centro Universo Belo Horizonte-MG

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão é gerada devido à pressão em regiões de proeminências ósseas de forma intensa e contínua nas regiões do corpo. Alguns fatores são determinantes para ocasionar a lesão por pressão em paciente hospitalizados como deficiência nutricional, longo período de internação, baixa imunidade, obesidade, cisalhamento e fricção no leito e o uso de dispositivos médicos, também descritos como fatores intrínsecos e extrínsecos (PACHA, 2018).

Segundo BRASIL (2013), favorece o surgimento de LPP pacientes já portadores de diabetes mellitus, anemia, tabagista, que possui problemas circulatórios, alteração da pressão arterial, por terem a oxigenação de certa forma prejudicada facilita a susceptibilidade, a idade avançada provoca achatamento da junção da derme e epiderme, diminuindo a troca de nutrientes e a resistência a força de cisalhamento e diminuição da capacidade de redistribuir a carga mecânica da pressão.

A lesão por pressão pode ser conceituada por alguns estadiamentos, dependendo da sua profundidade e aspecto, ou seja, ela é classificada de acordo com os níveis de tecidos que foram atingidos, podendo ser superficial ou atingir tecidos nobres (BRASIL,2013). O estágio 1 é quando a pele ainda se encontra íntegra, no entanto com hiperemia reativa. O estágio 2 já ocorre a ruptura de pele em sua espessura parcial, podendo apresentar bolha que esteja preenchida com exsudato seroso ou estar rompida. O estágio 3 ocorre a perda da pele em sua espessura total, na qual há exposição de tecido adiposo, os tecidos nobres estão preservados. No estágio 4 ocorre a perda da pele em sua espessura total e perda tissular, que são músculo, gordura e osso, neste estágio podemos ter exposição ou palpas fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e osso, ocorre também a presença de esfacelos, epíbole que são bordas enroladas, descolamento de tecidos ou túneis (SOBEST, 2016).

A lesão por pressão não classificável se dá quando ocorre perda de pele em sua espessura total e perda tissular na qual não pode ser confirmado o dano devido a área estar coberta por esfacelo ou capa necrótica. LPP tissular profunda – descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, resistente e que não embranquece; definições adicionais: LPP relacionada a dispositivo médico e LPP em membranas e mucosas (SOBEST, 2016).

É papel do enfermeiro frente a equipe de enfermagem e multidisciplinar, estabelecer critérios para a prevenção das lesões por pressão de pacientes críticos. Garantir a segurança do cliente e sua integridade, implementando medidas de prevenção, tratamento e a sistematização do cuidado, visto que o paciente hospitalizado no centro de tratamento intensivo pode ter limitações devido a sua complexidade atual (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Mediante a essa problemática, quais os desafios o enfermeiro pode se deparar com os pacientes críticos hospitalizados no centro de tratamento intensivo, com relação a prevenção e tratamento da lesão por pressão?

Tal pergunta tem como propósito de aprofundar a questão central do estudo a respeito á afetividade da atuação do enfermeiro frente a prevenção e tratamento da lesão por pressão.

Tendo em vista a importância da prevenção da LPP em pacientes críticos, entender os aspectos positivos e negativos que norteiam a assistência prestada pelo enfermeiro, no intuito de gerar uma assistência assertiva.

Portanto, é relevante que o enfermeiro estabeleça de forma criteriosa a devida avaliação do paciente no momento da admissão e nos demais dias de internação realize a reavaliação diária e condutas necessárias de maneira peculiar a cada cliente (PACHA, 2018). Além da avaliação da pele o enfermeiro pode inserir nos cuidados a mudança de decúbito, hidratar a pele, utilizar o uso de coxins e colchão pneumáticos – quando disponíveis na instituição, fixação de curativos adequados envolver toda a equipe de enfermagem e a multidisciplinar (PACHA, 2018).

A educação continuada é uma forte aliada ao combate de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva, logo o enfermeiro necessita capacitar a sua equipe frente as possíveis condutas para a prevenção de LPP (BRASIL, 2013).

Sendo primordial o conhecimento do enfermeiro referente as coberturas que podem ser utilizadas no tratamento destas lesões, uma vez que o paciente passa a ser portador da lesão por pressão (BRASIL, 2013).

Diante disto, o objetivo deste estudo é identificar os desafios que o enfermeiro pode encontrar no dia a dia da atuação com o paciente internado no centro de terapia intensiva, visando métodos e iniciativas para prevenção e tratamento.

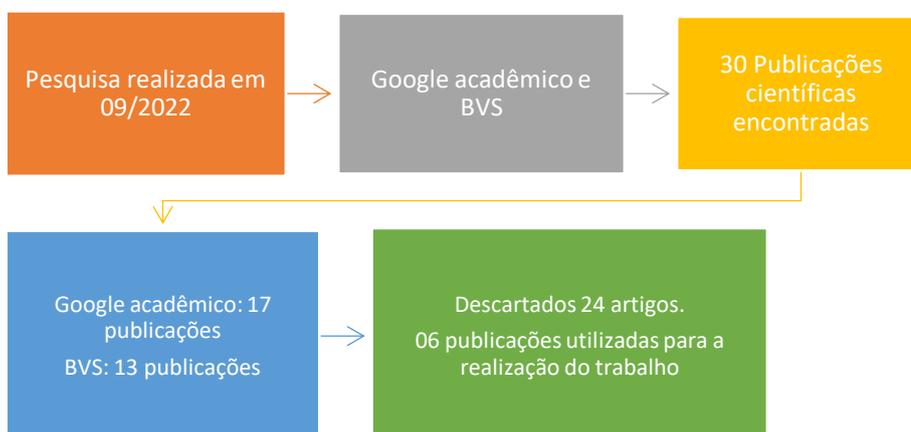
METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. Esse modelo de estudo fornece uma síntese de pesquisas sobre a determinada temática e proporciona o direcionamento para a prática clínica, fundamentando-se no conhecimento clínico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para a implementação deste estudo foram seguidas as seis etapas descritas na literatura: 1ª FASE: Elaboração da pergunta norteadora; 2ª FASE: Busca ou amostragem na literatura; 3ª FASE: Coleta de dados; 4ª FASE: Análise crítica dos estudos incluídos; 5ª FASE: Discussão dos resultados; 6ª Apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Poderando a relevância da temática e a conduta do enfermeiro no âmbito da terapia intensiva, faz-se a seguinte pergunta: quais os desafios o enfermeiro pode se deparar com os pacientes críticos hospitalizados no centro de tratamento intensivo, com relação a prevenção e tratamento da lesão por pressão?

A busca foi efetuada no mês de setembro de 2022 e foram utilizadas Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram Lesão por pressão, Centro de Terapia Intensiva, utilizando o operador 'and'. A linguagem utilizado foi em português. Foram encontrados 30 publicações científicas ao todo, sendo Google acadêmico: 17 e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): 13. Na triagem foram descartados 24 artigos e 6 selecionados para implementar este estudo.

Os métodos de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 5 anos (2017-2022), disponíveis na íntegra, com o idioma em português e títulos que abordassem o tema do estudo. Os critérios de exclusão foram: tipos de estudos como a revisão bibliográfica, revisão integrativa, relato de experiência, estudo de caso.), fora do período temporal e títulos fora da temática.



RESULTADO E DISCUSSÃO

ANO DE PUBLICAÇÃO/ LOCAL	TÍTULO ARTIGO	AUTORES	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO
2021/ BRASÍLIA-DF/BRASIL	Condutas da enfermagem no cuidado do paciente portador de lesão por pressão	Rebeca Tainara Neves dos Santos Mirella de Sousa Cordeiro Gilney Guerra de Medeiros	Rev Bras Interdiscip Saúde	Revisão de literatura
2021/ Bom Jesus de Itabapoana-RJ/BRASIL	Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de lesões por pressão	Laura Borges da Silva e Larissa Pereira Costa	Faculdade metropolitana São Carlos - FASMEC	Revisão de literatura de natureza qualitativa do tipo descritiva exploratória
2019/ Anápolis-GO/ BRASIL	Conhecimento do enfermeiro na utilização de diversas coberturas nas lesões por pressão na unidade de terapia intensiva	Gleiciane Pereira da Cruz e Nenny Roussy da Silva	Centro Universitário de Anápolis Unievangélica	Revisão da literatura consolidada por meio de pesquisa bibliográfica
2022/ LAGARTO-SE/ BRASIL	A atuação do enfermeiro na prevenção avaliação e tratamento de feridas: Revisão bibliográfica	Heloísa Barbosa dos Santos	Faculdade AGES Campos Lagarto	Revisão integrativa
2020/ RIO DE JANEIRO/ BRASIL	A prevenção da lesão por pressão em unidades de terapia intensiva e a enfermagem neste contexto	Maria Samily Alves de Araujo e Diogo Jacintho Barbosa	Revista Pró-UniverSUS	Revisão bibliográfica
2021/Centro universitário Juiz de Fora/ BRASIL	A atuação do enfermeiro na prevenção de	Lara de Oliveira Lourdes, Natanael de	Revista Estação Científica	Revisão de literatura do tipo integrativa

	lesões por pressão no ambiente hospitalar	Sousa Rodrigues e Raquel de Oliveira Fernandes Martins	
--	---	--	--

1- LESÃO POR PRESSÃO

A pele faz parte de um dos órgãos do corpo humano e de grande extensão, que por sua vez tem distintas funções, sendo elas a de proteção, termorregulação da temperatura, manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico, percepção de estímulos dolorosos e agradáveis e de participação na síntese de vitamina D. (ALMEIDA, 2017).

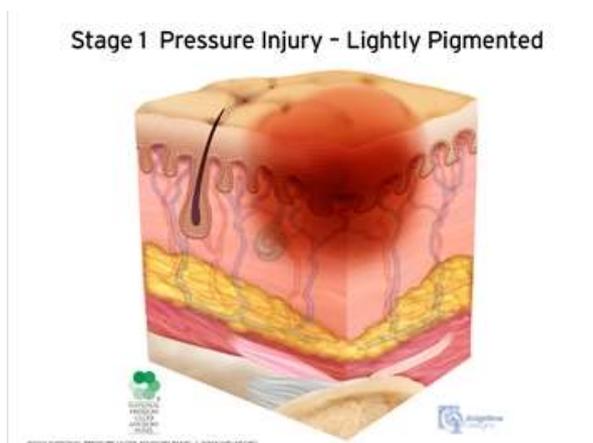
Conforme Farias (2019), pode-se definir lesão por pressão toda aquela que se caracteriza por dano na pele e/ou tecidos subjacentes em regiões de proeminências ósseas, podendo também estar relacionada à dispositivos médicos.

Tal lesão pode se apresentar na pele íntegra ou como ferida aberta, que pode ocasionar algia para o paciente. No ano de 2016 foi instituído a mudança da terminologia “úlceras por pressão” para “lesão por pressão” pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), atualizando ainda a nomenclatura dos estágios do sistema de classificação.

2- LESÃO POR PRESSÃO E OS ESTÁGIOS

De acordo com a NPUAP, os estadiamentos das lesões por pressão são definidos da seguinte forma: estágio 1- caracteriza como pele íntegra, no entanto com aparência de hiperemia não branqueável, o que indica o sofrimento inicial da pele.

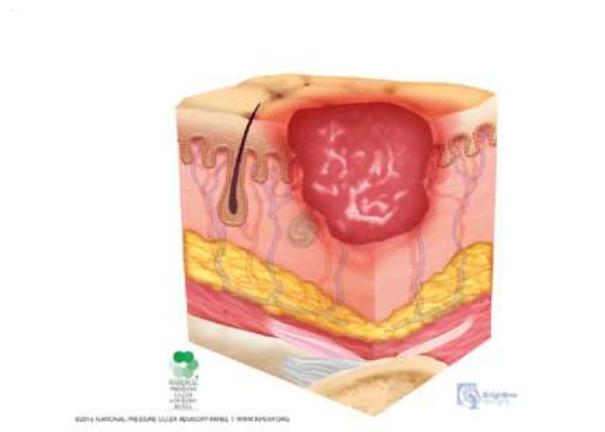
Figura 01- Lesão por pressão, estágio 1



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

Estágio 2- ocorre a perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme e na maioria das ocorrências o leito da ferida é viável, com coloração rosa ou vermelha e pode apresentar umidade.

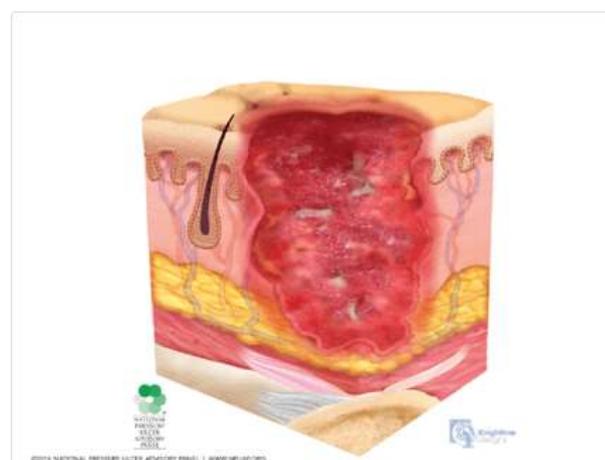
Figura 02- Lesão por pressão, estágio 2



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

Estágio 3- Neste estadiamento ocorre a perda da pele em sua espessura total. Podendo ser exposto o tecido cujo aspecto de granulação. A profundidade do dano ocorrido da pele, pode variar de acordo com a anatomia da região acometida. Não há exposição de fâscias, músculos, tendões e outras regiões nobres.

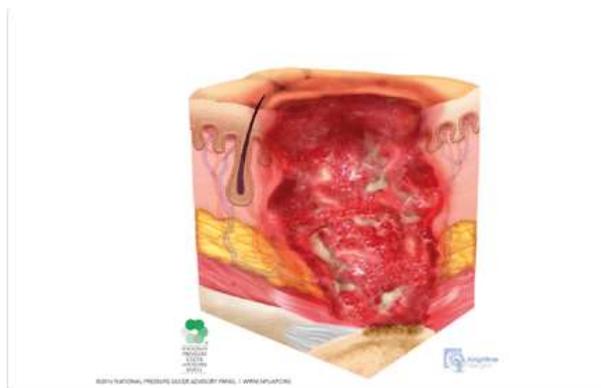
Figura 03- Lesão por pressão, estágio 3



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

Estágio 4- Perda da pele em sua espessura total com a exposição ou palpação da fáscia, músculos, tendões e outras regiões nobres.

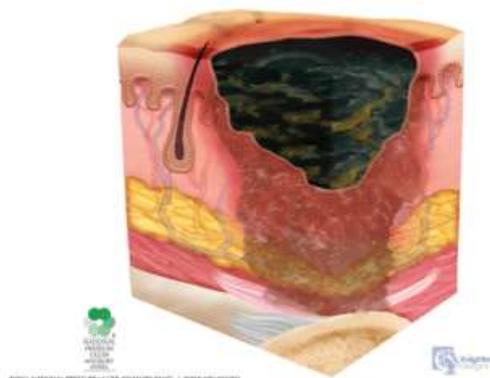
Figura 04- Lesão por pressão, estágio 4



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

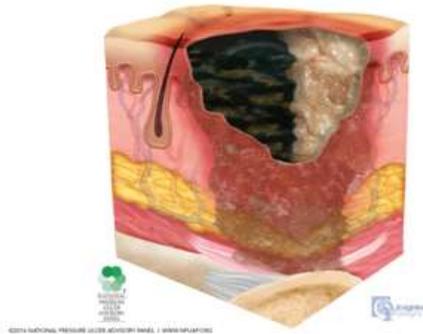
Lesão por pressão não classificável – Ocorre quando há perda da pele em sua espessura total e a perda tissular se torna não visível, o que impossibilita definir algum dos estadiamentos citados anteriormente.

Figura 05- Lesão por pressão não classificável



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

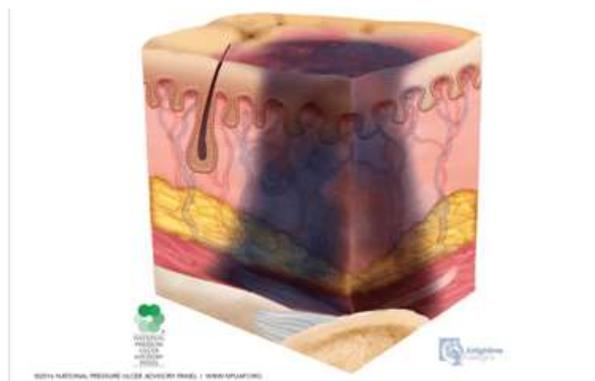
Figura 06- Lesão por pressão não classificável apresentando capa necrótica e tecido de esfacelo



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

Lesão por pressão tissular profunda - A pele pode estar intacta ou não e na região pode apresentar características cujo descolaração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento das regiões que compreende osso e músculo. A maior parte do dano está localizado no tecido profundo.

Figura 07- Lesão po pressão tissular profunda



FONTE: Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP

Lesão por pressão por dispositivo medico - relacionada a dispositivo médico e LPP em membranas e mucosas. São resultantes do uso de dispositivos desenvolvidos e utilizados para fins diagnósticos ou terapêuticos. (SOBEST, 2016).

Segundo Vasconcelos e Caliri (2017), o momento do banho de leito e a higienização do paciente, como as trocas de fralda periódicas, é o momento favorável para que o enfermeiro realize de forma criteriosa a inspeção da pele do seu cliente, no intuito de avaliar possíveis situações que podem ocasionar danos teciduais. E em seguida providenciar meios de prevenção.

Além da inspeção diária pelo enfermeiro supervisor, existem outros cuidados que necessitam ser tomados como: esticar os lençóis do leito, evitando deixar onduas, realizar a secagem do corpo como o todo, hidratar a pele com frequência, não arrastar o paciente no leito, promover a mudança de decúbito, descomprimir regiões de proeminência óssea e conforme a realidade de cada instituição, se for possível instalar colchão pneumático em cada leito da unidade de terapia intensiva (ALMEIDA, 2017).

A lesão por pressão é considerada um evento adverso pela portaria nº 529 do Ministério da Saúde e pelo Protocolo Nacional de Segurança do Paciente a prevenção de lesões por pressão (BRASIL, 2013).

3- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NO ÂMBITO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O enfermeiro faz parte de uma equipe multidisciplinar, sendo este líder e gestor da assistência prestada ao cliente. Se faz responsável pela iniciativa das tomadas de decisões com o intuito de proporcionar a melhor prática de cuidado a ser empregada no paciente, sempre alcançando a assistência de qualidade e humanizada (ALMEIDA, 2017).

Adotar medidas que sejam preventivas deve ser primordial para toda a equipe de enfermagem, tendo em vista que estas ações refletem diretamente na assistência prestada ao paciente (SOUZA; FAUSTINO, 2019).

Conforme a resolução do COFEN 543/2017 estabelece critérios fixos para o dimensionamento do quadro de profissionais em uma unidade de terapia intensiva, levando em consideração alguns fatores plausível como: o porte, estrutura física e organizacional da instituição, serviços oferecidos, dinâmica de funcionamento e sua proporção de profissionais de saúde.

A equipe de enfermagem que é contemplada por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, assumem diversos papéis assistenciais e administrativos que nem sempre estão de acordo com o quantitativo para atender o volume de pacientes assistidos (SOUZA; FAUSTINO, 2019).

O uso das escalas de avaliação de risco juntamente com o raciocínio clínico se torna uma ferramenta para o profissional, no intuito de construir intervenções que possa ser adequada para o paciente. A avaliação deve ser realizada assim que possível, preferencialmente no momento da admissão do paciente, pois se torna possível identificar risco de lesões durante o período da hospitalização. Sendo relevante repetir a escala que sempre houver mudanças das condições de saúde do cliente. (SOUZA; FAUSTINO, 2019).

A escala de Braden é a mais utilizada a nível mundial (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

4- ESCALA DE BRADEN

A escala de Braden (EB), foi criada em 1985 e adaptada para o idioma português em 1999, se tornando um aliado do enfermeiro no momento da avaliação do paciente, permitindo assim a atuação na prevenção de LPP (SIQUEIRA, 2015).

Ao utilizar a EB o enfermeiro se depara com seis subescalas que são: umidade, percepção sensorial, atividade, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. As subescalas de percepção sensorial, atividade e mobilidade são indicativas que demonstram a exposição para intensa e prolongada pressão. Já a umidade, nutrição, fricção e cisalhamento avaliam a tolerância do tecido. As cinco primeiras são pontuadas de 1 a 4 (sendo a pontuação 4 a mais favorável); a sexta subescala refere-se a fricção e cisalhamento, que passa a ser pontuada de 1 a 3 (sendo 1- paciente com problema, 2- problema potencial e 3-nenhum problema).

A pontuação varia de 4 a 23, sendo aqueles pacientes hospitalizados com contagem igual ou superior a 16 pontos, têm o risco baixo para desenvolver LPP. Escores de 11 a 16 sugerem risco moderado e abaixo de 11 indicam aqueles pacientes que durante o período de internação apresentam alto risco de desenvolver LPP (DEBON, 2018).

A escala de Braden é uma conduta relevante para a prevenção do desenvolvimento da LPP. No entanto, a ausência da avaliação criteriosa e sistematizada, assim como utilizar o plano de cuidados com a intenção de promover

a saúde dos pacientes, se faz necessário desde do momento da admissão ao ocorrer a alta hospitalar (SIQUEIRA, 2015).

Figura 08- ESCALA DE BRADEN (EB)

Escola 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	-
Total		Risco Brando 15 a 16	Risco Moderado 12 a 14	Risco Severo Abaixo de 11	-

FONTE: Escala de Braden Paranhos (1999)

Inúmeros órgãos, como a organização norte-americana National Pressure Ulcer Advisory Panel® (NPUAP) se dedicaram ao fortalecimento do conhecimento e do direcionamento do cuidado à LPP, mais especificamente à prevenção e tratamento dessas lesões. Ainda assim, com diversas produções científica, a literatura internacional aponta uma alta incidência de LPP, principalmente em UTIs, em média de 25,6% a 28,6% (MANGANELLI, 2019).

Conforme Cardoso (2019), o paciente hospitalizado no setor de terapia intensiva, devido a sua criticidade de saúde, é um candidato em potencial de desenvolver LPP, devido a sua fragilidade de condicionamento de saúde e restrição de mobilidade/mudança de decúbito.

Um dos fatores de risco do paciente crítico é a fricção, que pode ser definida por ocorrer ao movimento do paciente sobre o leito e o cisalhamento, que é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície e o corpo desliza (CARDOSO 2019). Entretanto, se faz necessário mencionar a imobilidade, incontinência, nutrição

inadequada, alteração do nível de consciência, idade avançada, tempo de hospitalização, medicamentos utilizados – como o uso de aminas e comorbidades, que são fatores que contribuí para desenvolver lesão por pressão assim como lesões cutâneas (CARDOSO 2019).

O enfermeiro tem como aliado uma das formas de prevenção a frequente mudança de decúbito, que será implementada a cada cliente, tendo como consideração o estado atual de saúde, limitações físicas, o uso de aminas e sedativos e tolerância de aceitação do paciente. Sendo importante atentar para o conforto e capacitação funcional do paciente (BRASIL, 2013).

O reposicionamento do paciente no leito tem o principal objetivo de descomprimir proeminências ósseas, redistribuir a pressão – devendo evitar a força de terço e de posicionar o paciente por cima de sondas, drenos, equipos de bombas e dobras do lençol (BRASIL, 2013).

Os paciente que no momento da admissão já identificados pelo enfermeiro com escore de alto risco de desenvolver LPP, necessitam de avaliação nutricional e hídrica, uma vez que pode apresentar perda de massa corpórea, tornando proeminências ósseas mais expostas e uma deambulação prejudicada (BRASIL, 2013). Geralmente o edema e a diminuição do fluxo sanguíneo estão ligados ao déficit nutricional do paciente, resultando em lesões isquêmicas na pele, apresentando uma maior probabilidade no aparecimento de lesões (BRASIL, 2013).

Tendo como ação de enfermagem, o enfermeiro poderá optar em acionar a equipe multidisciplinar – equipe da nutrição, para assistir o desenvolver nutricional do paciente, assim como o profissional fisioterapeuta para o deambular – se possível e movimentação a beira leito (SIQUEIRA, 2015).

Percebe-se que a formação profissional enfermeiro é de suma importância, pois as instituições de saúde almejam aqueles que estão dispostos a solucionar adversidades e que dominem um amplo conhecimento (ACENDRA,2016). Novas tecnologias, assim como coberturas para o tratamento de lesão, são cada vez mais implementadas na assistência ao paciente, como o dos meios de tratativas, uma vez que aquele cliente desenvolve lesão (ACENDRA,2016).

O aprimoramento do enfermeiro frente as suas práticas de prevenção e tratamento de LPP, é de extrema relevância para implementar medidas que identifique os fatores de risco e qual tratamento utilizar no momento que o paciente desenvolve a lesão por pressão (BRASIL, 2013). A educação permanente direcionada á equipe

de enfermagem é correligionário indispensável no serviço de saúde, possibilitando a atualização do conhecimento da equipe frente ao paciente crítico (BRASIL, 2013).

Com o propósito de intensificar/aperfeiçoar a assistência prestada e a qualidade de vida dos pacientes, Soares e Heidemann (2018) ressalta a necessidade de uma adequação na formação do enfermeiro. O mesmo necessita obter aquisição de competências junto à sistematização da assistência de enfermagem abordando avaliação, prevenção e tratamento, além de orientar o paciente e seus familiares referente a prevenção e tratamento da pele, de lesões, ostomias e outros dispositivos que o paciente seja portador.

5- TRATAMENTOS

É de suma importância a atuação do enfermeiro juntamente de toda a equipe de enfermagem referente a **prevenção e o tratamento de** pacientes com **lesão por pressão** (ALMEIDA, 2017). Segundo Vasconcelos e Caliri (2017), avaliação no momento admissão, assim como as reavaliações diárias é a ferramenta de fácil acesso que o enfermeiro possui frente ao cuidado inicial com o cliente. Além das avaliações, é possível mencionar outros métodos de prevenção de LPP que é a escala de Braden que tem por intuito identificar paciente com potencial de desenvolver alguma LPP, mudança de decúbito conforme protocolo institucional cujo objetivo é descomprimir regiões de proeminências ósseas e a melhoria da circulação sanguínea, com o auxílio da equipe multidisciplinar estimular a deambulação quando possível ao paciente e o monitoramento da higiene e hidratação contínua. A higienização da pele assim como a higiene íntima, é um fator relevante, visto que nesse período os corpos estranhos e microrganismos são removidos, junto com o excesso de líquidos, os vestígios de produtos são tirados, favorecendo um ambiente potencialmente de fácil cicatrização (FAVRETO et al., 2017).

O curativo é definido como um tratamento para limpar e auxiliar na cicatrização da ferida, mantendo a mesma protegida, absorvendo e drenando o exsudato. Seu uso em alguns casos proporciona uma cicatrização direta das feridas ou um passo para a cura (SILVA et al., 2021).

Verifica-se que o tipo de cobertura a ser utilizado dependerá da especificação do curativo, que varia de acordo com a localização, tamanho, tempo de cicatrização, propriedades do tecido e condição da ferida (SILVA et al., 2021).

6- TIPOS DE COBERTURAS

Conforme Silva et al., 2021, as coberturas tem como principal objetivo otimizar a cicatrização do tecido da pele.

Sulfonamidas: que são essência proveniente de um corante vermelho-alaranjado. Os essenciais decorrentes do conjunto químico sulfonamidas são a sulfanilamida, sulfametoxazol, trimetoprima, pirimetamina, sulfacetamida, sulfisoxazol e sulfadiazina. Por tanto a sulfadiazina de prata 1% é um creme indicado para profilaxia e tratamento de infecções em queimaduras e regiões de abrasão em enxerto de pele. Ressalto que sua ação causa a precipitação de proteínas e funciona diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, realiza uma ação bactericida imediata, e ação bacteriostática residual, por meio da liberação de pequenas quantidades de prata iônica. É de extrema importância realizar o curativo no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária se encontrar saturada. Sulfonamidas é indicada no tratamento de lesões com queimaduras, e lesões infectadas. (SOUSA et al., 2021).

Colagenase: é uma cobertura tipo A, enzimas proteolíticas e cloranfenicol a 1%. Aplicada em feridas necrosada e em ulcerações, como úlcera varicosa, gangrenas das extremidades, úlcera por decúbito, essencialmente gangrena diabética, até congelamentos, dentre elas as lesões pós-operatórias, por irradiação e por acidentes. A colagenase é potencialmente eficaz no tratamento de eliminar as células de colágeno que constituem o tecido morto da ferida. Entretanto, as novas células dispõem de mais espaço para se proliferarem. Observa-se a pouca efetividade em áreas necróticas de maior dimensão. Reforçando que sua utilização é a cada 24 horas. (SMANIOTTO et al., 2012)

Age: também conhecido como Dersani e óleo de girassol é possível encontrar na literatura estudos que correlacionam ácidos graxos hiperoxigenados a fitoterápico e comparado ao uso de azeite de oliva. Em ambos os estudos, tanto as terapêuticas isoladas quanto associadas demonstraram-se relevantes perante as LPP. Age é indicada para a prevenção de lesões, pode ser utilizada na pele íntegra para prevenir LLP. (CANDELA-ZAMORA MD, et al., 2010; DÍAZ-VALENZUELA AD, et al., 2014).

Hidrogel: é um gel transparente incolor utilizado no tratamento de feridas, feita por água (77,7%), Carboximetilcelulose (2,3%) e propilenoglicol (20%). Alivia as áreas

de dor do paciente no local da ferida, pois umedece as terminações nervosas expostas. Para o tratamento de feridas superficiais com exsudação moderada ou leve, remover crostas, Fibrina, tecido inativado ou necrosado. Seu objetivo é fazer o amolecimento e remoção do tecido desativado por meio de desbridamento autolítico. O hidrogel deve ser aplicado após a limpeza da pele, no intervalo de no máximo três dias, por tanto, a frequência de aplicação e substituição do hidrogel deve ser feito e decidido, preferencialmente, por um profissional de enfermagem. (SOUSA et al., 2021).

Alginato de cálcio: é denominado como uma fibra de não tecido, impregnada de alginato de cálcio e sódio, adquirida de alga marinha possuindo ácido algínico como seu princípio ativo. Sua utilização deve ser feita em feridas superficiais, com perda parcial de tecido ou lesões cavitárias, profundas, com alto nível exsudativo, com ou sem presença de infecção. Destaca-se, que quando entra em contato com o exsudato ou sangue o alginato constitui um gel fibroso, hemostático e com altos índices em cálcio que interage com a ferida na função de absorver o excesso de exsudato ou sangue e buscando manter o meio úmido. (PEREIRA; NOGUEIRA, 2020).

Alginato de prata: Segundo o artigo publicado por Ana Maria Aguiar Frias em 2021, estudos mostram que o tratamento com alginato de pratas e o PHMB é eficiente na cicatrização de úlcera do pé diabético com duração mínima de duas e máxima de seis semanas após início do tratamento, úlcera por pressão e também indicado para feridas traumáticas e cirúrgicas. O uso de curativo com prata e antissépticos tópicos como o PHMB, favorecem a cicatrização de úlceras do pé diabético infectado, reduzindo significativamente os sinais clínicos inflamatórios, a dor e o odor em até três semanas de tratamento, sendo um importante recurso também na melhoria da qualidade de vida do paciente com lesão.

Vaselina: também conhecida como geleia de petróleo ou petrolatum, é como uma pomada amarela ou incolor. Segundo o estudo publicado por Euzeli da Silva Brandão; Iraci dos Santos; Regina Serrão Lanzillotti, Marilange Aparecida Sampaio Rossil (2021)

A aplicação do curativo com gaze vaselinada em todas as lesões utilizando técnica asséptica; proteção com compressa estéril e atadura de crepom ou malha tubular, fixando com fita adesiva, sem pressionar. O curativo deverá ser trocado diariamente após banho de aspersão. Vaselina contribui para aumentar a mobilidade e consequentemente o conforto dos clientes, que tem uma expectativa progressiva na

prevenção de LPP. Vaselina é indicada no tratamento de eczema que resulta no ressecamento da pele, coceira e rachaduras na pele.

Hidrocoloide: São curativos que contêm agentes gelatinosos, geralmente Carboximetilcelulose sódica (NaCMC), pectina e gelatina. São embalados em folhas Filme ou espuma de poliuretano, alguns autoadesivos e impermeável à água. A superfície de contato com a ferida pode apresentar variações. Eles têm placas mais finas ou mais espessas, apresentadas em diferentes maneiras. Também encontrado no formato de pasta usados para preencher cavidades. Os mesmos se comportam por interação com exsudatos e formando um composto úmido gelatinoso entre o curativo e o leito da úlcera, este composto promove o desbridamento autolítico, otimizando assim a formação de tecidos de granulação. Hidrocalóide é indicado para atuar estimulando o desbridamento autolítico em lesões abertas. (SMANIOTTO et al., 2012).

A placa de hidrocoloide auxilia no desenvolvimento do tecido epitelial necessário no local da ferida, atuando na redução do tempo de cicatrização, nos custos com tratamentos adicionais e permitindo a frequente inspeção das áreas lesionadas. (SMANIOTTO et al., 2012).

Tegaderm: é o curativo de filme transparente de poliuretano, que promove a absorção e retenção do exsudato, permite a visualização e desenvolvimento da ferida e da pele ao redor. Tendo como objetivo proteger a lesão e promover a cicatrização. O curativo é completamente a prova d'água quando aplicado corretamente. (Rev. UNINGÁ, Maringá, 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, é possível concluir que a lesão por pressão é um dos problemas de saúde pública, logo se faz necessário a atuação ativa do enfermeiro frente a prevenção e o tratamento. As consequências podem acarretar danos social e psicológico ao paciente e seus familiares, pois atrelando a outras doenças pode dificultar o planejamento do cuidado e afetar a qualidade de vida do cliente, já para as instituições de saúde danos financeiros (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento da LPP em pacientes graves, compromete o estado clínico, interfere na alta do setor para a unidade de terapia intensiva e representa alto risco de sepse. Portanto, cabe o enfermeiro realizar a admissão do paciente de forma

criteroso no intuito de avaliar o mesmo como um todo e implementar ações de barreiras para prevenção da lesão por pressão e quando a lesão for prévia, iniciar o uso da cobertura ideal.

O enfermeiro do CTI necessita estar em constante atualização, acerca do assunto, além da dedicação destes na sua prevenção e tratamento em pacientes críticos, somente assim se torna possível alcançar a qualidade na assistência prestada. Uma das ferramentas disponíveis aos enfermeiros no momento da admissão e durante todo o período da hospitalização, é a escala de Braden, que permite ao mesmo identificar por meio de scores tal fragilidade de desenvolver a lesão por pressão

Estudando a lesão por pressão se torna evidente a necessidade de associar dados sociodemográficos, fatores de risco, características clínicas do paciente e o resultado dos scores da Escala de Braden, pois o fato de o paciente internar com uma lesão prévia não foi um fator de risco para adquirir outra lesão. A prevenção pode ocorrer por intermédio da aplicação de protocolos, escala de avaliação de risco, avaliação periódica, aplicação de solução hidratante em proeminências ósseas, nutrição do paciente, mudança de decúbito, uso de dispositivos como os coxins e coberturas adequadas. Outro meio de prevenção e tratamento é a interação da equipe multidisciplinar junto da terapêutica ao paciente internado no setor de terapia intensiva, pois este paciente pode apresentar limitações em certos posicionamentos no leito.

Os protocolos da instituição assim como as diretrizes internacionais serve como base para nortear as ações propostas que o enfermeiro no âmbito da terapia intensiva necessita iniciar junto dos cuidados para a prevenção e tratamento de lesões por pressão. Sendo evidente o foco e direcionamento da prevenção, pois uma vez que o paciente desenvolve a injúria tissular – normalmente com início no estágio 1, passa a existir a possibilidade daquela lesão alcançar tecidos nobres, propiciando ao paciente dor, desconforto e o sofrimento psicológico e social e para a instituição gasto financeiro.

Diante de tudo já exposto no trabalho realizado destaca-se a suma responsabilidade do enfermeiro na assistência direta no tratamento e prevenção de pacientes na lesão por pressão, principalmente nas ações preventivas e aplicação da escala de Braden.

Diante da tratativa deste trabalho realizado, é de suma relevância e

responsabilidade do enfermeiro a busca ativa nos métodos de prevenção de lesão por pressão em pacientes críticos, com o objetivo de evitar danos ao cliente e onerar gastos ao hospital. Espera-se que o enfermeiro possa impulsionar suas destrezas frente aos tratamentos/cobertura e ampliar tal conhecimento para sua equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACENDRA, Janeth et al. **Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión**. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana, v. 32, n. 2, p. 151-161, jun. 2016.

Disponível em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200002&lng=es&nrm=iso acessado em 21 agosto. 2022.

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes Oliveira da Silva. **Gerência do cuidado na prevenção de lesões por pressão: estudo de intervenção educativa**. 2017. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: N.25, JAN/JUN 2021 – ISSN1809-046X Centro Universitário Estácio Juiz de Fora 14 . Acesso em: 21 agosto. 2022.

Angela Enderle Candaten, Yasmine Bado Vieira e Ruy de Almeida Barcelos. **Incidência de lesões por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva**. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 56, n. S2, p. 30-40, jan./mar. 2019. Acesso em 03 novembro 2022

ARAUJO, Maria Samily Alves de; BARBOSA, Diogo Jacintho. **A prevenção da lesão por pressão em unidades de terapia intensiva e a enfermagem neste contexto**. Revista Pró-UniverSUS. Rio de Janeiro, 2020. Acesso em: Acesso em 07 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. **Protocolo Para Prevenção De Úlcera Por Pressão** Brasília, 2013. Disponível em: www.gov.br/anvisa/pt-br. Acesso em 07 set 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução COFEN 543/2017. Brasília, 2017. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html> Acesso em 07 set 2022.

CRUZ, Gleiciane Pereira da; SILVA, Nenny Roussy da. **Conhecimento do enfermeiro na utilização de diversas coberturas nas lesões por pressão na unidade de terapia intensiva**. Centro Universitário de Anapólis – Unievangélica. Anapólis – Goiás, 2019. Acesso em: Acesso em 08 set 2022.

FARIAS et al. **Ocorrência de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário**. Revista Nursing. São Paulo, 13 maio 2019. Disponível em: [Revista_Nursing_253_Completa.pdf \(revistanursing.com.br\)](#) Acesso em: 22 agosto. 2022.

LOURDES, Lara de Oliveira; RODRIGUES, Natanael de Sousa ; MARTINS, Raquel de Oliveira Fernandes. **A atuação do enfermeiro na prevenção de lesões por pressão no ambiente hospitalar**. Revista Estação Científica. Juiz de Fora- Minas Gerais , 2021. Acesso em: Acesso em 10 set 2022.

MANGANELLI, Rigielli Ribeiro et al. **Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva.** Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 9, p. e41, out. 2019. ISSN 2179-7692. Disponível em: . Acesso em: 17 set. 2022.

PACHA, Heloisa Helena Ponchio et al . **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. Disponível em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-03192016000200002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2022.

SANTOS, Heloisa Barbosa dos. **A atuação do enfermeiro na prevenção , avaliação e tratamento de feridas.** Revisão bibliográfica. Faculdade AGES Campos Lagarto. Lagarto- Sergipe, 2022. Acesso em:

SANTOS, Rebeca Tainara Neves dos; CORDEIRO, Mirella de Sousa; MEDEIROS, Gilney Guerra de. **Condutas da enfermagem no cuidado do paciente portador de lesão por pressão.** Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde. Brasília, 2021. Acesso em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005821>>

SILVA, Laura Borges da; COSTA, Larissa Pereira. **Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção de lesões por pressão.** Faculdade Metropolitana de São Carlos – FASMEC. Bom Jesus de Itabapoana, Rio de Janeiro, 2021. Acesso em: Acesso em: 16 out. 2022.

SIQUEIRA, Vitoria de Barros, et al. **Fatores de risco para desenvolver úlceras por pressão segundo a escala de Braden:** o idoso em evidência. Rev. Enferm. UFPI. 2015 jan./mar. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3505/pdf> . Acesso em 13 set 2022.

SOARES, Cilene Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. **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. Disponível em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-03192016000200002&lng=es&nrm=iso Acesso em: 17 set. 2022.

SOBEST. **Classificação das lesões por pressão** – consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil. Sociedade Brasileira de Estomatologia. 2016. Disponível em: < <http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em: 22 agosto. 2022.

SOUZA, Rayane Caitano de; FAUSTINO, Andréa Mathes. **Conhecimento de enfermeiros sobre prevenção e cuidados de lesão por pressão.** Revista online de pesquisa cuidado é fundamental, universidade federal do Rio de Janeiro escola de enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro, julho 2019. Disponível em: Acesso em 07 set 2022.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher.
Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170001, 16 jan. 2017. Disponível em: Acesso em 07 set 2022.