

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

NURSING PERFORMANCE IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE INJURIES

IAN BATISTA CANDINHO¹, FLÁVIA DOS SANTOS LUGÃO DE SOUZA^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Enfermagem do Centro Universitário Facig (UNIFACIG); 2. Enfermeira, Doutora pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), Pós-graduação em Enfermagem Cardiológica pela Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Professora da Faculdade do Futuro e da UNIFACIG;

* Rua David Gonçalves de Oliveira, 68, Pinheiro II, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. CEP: 36900-000. flavia.l.s@terra.com.br

Recebido em 11/02/2025. Aceito para publicação em 13/02/2025

RESUMO

O objetivo do trabalho é analisar a atuação do profissional de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões por pressão. O estudo foi realizado pelo método de pesquisa integrativa, foram analisados artigos, normativos, diretrizes e protocolos sobre o tema, através de pesquisa nas bases Google Acadêmico, SciELO e BVS, publicados desde o ano de 2013 até 2024. A estratégia de prevenção mais utilizada inicia com a avaliação de risco de todos os pacientes, por meio da utilização de escalas de risco validadas, sendo a Escala de Braden a mais utilizada. A Escala de Braden permite avaliar a qual nível de risco o paciente está exposto, e, após determinação desse nível de risco, são realizadas medidas preventivas adequadas àquele paciente. O tratamento das lesões é realizado de acordo com o estágio em que a lesão se encontra e leva em consideração o exsudato da ferida para a escolha correta da cobertura a ser utilizada. É necessário que o profissional de enfermagem esteja atualizado para avaliar o risco do paciente desenvolver lesões por pressão, conhecer as características de cada estágio da lesão e os tratamentos indicados. Nesse contexto o enfermeiro possui papel fundamental na prevenção e tratamento de lesões por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por Pressão; Escala de Braden; curativos; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the role of nursing professionals in the prevention and treatment of pressure injuries. The study was carried out using the integrative research method, articles, regulations, guidelines and protocols on the subject were analyzed, through research in the Google Scholar, SciELO and VHL databases, published from 2013 to 2024. The most widely used prevention strategy begins with the risk assessment of all patients, using validated risk scales, with the Braden Scale being the most widely used. The Braden Scale allows the assessment of the level of risk to which the patient is exposed, and, after determining this level of risk, appropriate preventive measures are taken for that patient. The treatment of the lesions is carried out according to the stage in which the lesion is and considers the exudate of the wound for the correct choice of dressing to be used. It is necessary for the nursing professional to be up to date to assess the patient's risk of developing pressure injuries, to know the characteristics of each stage of the injury and the indicated treatments. In this context, nurses play a fundamental role in the prevention and treatment of pressure injuries.

KEYWORDS: Pressure Injury; Braden Scale; dressings; nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP) ocorre como uma ferida na pele, devido a pressões constantes e intensas no mesmo local, geralmente devido a mobilidade restrita de pacientes em tratamento. Frequentemente essas lesões ocorrem sobre uma proeminência óssea, pelo peso próprio do paciente, ou ainda pode se relacionar ao uso de alguns dispositivos médicos¹.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN², compete ao enfermeiro a prevenção e tratamento de feridas dos pacientes, por meio da coordenação e supervisão da equipe de enfermagem. As atribuições consistem em realizar curativos e todos os cuidados necessários para a prevenção e tratamento das lesões.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária³ (Anvisa) declarou em sua Nota Técnica nº 05/2023 que: “Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os eventos adversos (EA), constituem um problema de saúde pública, necessitando de respostas efetivas e imediatas para sua redução”. Tal afirmação ressalta a importância da atuação dos profissionais da saúde em solucionar a problemática, buscando formas de minimizar as ocorrências de tais eventos, contribuindo para assistência de qualidade ao paciente.

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria nº 529 de 2013³, com o intuito de qualificar, em todos os estabelecimentos brasileiros de saúde, o cuidado em saúde, através da implantação de sistemas de gestão de risco e dos Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses estabelecimentos. Os eventos adversos relacionados ao PNSP são notificados, pelo NSP de cada estabelecimento, no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) através do módulo de assistência à saúde³.

Anualmente a Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) elabora um boletim com os resultados das análises das notificações no NOTIVISA, agrupando os eventos por tipos. Do ano de 2014 a 2022 foram notificados 1.100.352 incidentes, a UF com maior número de notificações foi Minas Gerais, com

mais de 200 mil incidentes. Dos incidentes notificados nesse período, 20,30% retratam lesões por pressão, se tornando o segundo tipo de evento mais notificado, atrás apenas das falhas durante a assistência à saúde, demonstrando a importância da atuação da enfermagem na prevenção e tratamento dessas lesões⁴.

Conforme o Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão⁵, a incidência de lesões por pressão prolonga as internações, expõe o paciente a riscos de infecção e pode causar agravos evitáveis, visto que a maior parte das ocorrências de lesões poderia ser evitada com a identificação de pacientes expostos ao risco de desenvolver lesões por pressão, através de uma avaliação criteriosa de risco na admissão de todos os pacientes, bem como o acompanhamento contínuo e diário dos pacientes identificados com risco, utilizando de estratégias de prevenção adequadas⁵.

Para identificar os pacientes expostos a riscos de desenvolverem lesões por pressão é utilizada a prática de segurança de realização de avaliação de risco. Tal avaliação deve ser realizada de acordo com escalas validadas, a mais utilizada no Brasil é a Escala de Braden, validada em 1999 no território brasileiro, para pacientes adultos. Para pacientes pediátricos é utilizada a Escala de Braden Q, desenvolvida especificamente para esse público³.

Mesmo com as instruções, normas e protocolos a respeito da prevenção e tratamento de lesões por pressão terem sido elaboradas a mais de trinta anos, a implantação das medidas necessárias depende de muito estudo, trabalho em equipe e gestão, por meio da atuação da enfermagem, de estratégias para solucionar tal problema de saúde pública e proporcionar maior conforto aos pacientes, seguindo os princípios do PNSP. Nesse sentido, é indispensável a capacitação contínua dos profissionais de enfermagem sobre a segurança do paciente, no âmbito da prevenção de incidentes como as lesões por pressão, visto que esses profissionais são responsáveis pelo cuidado direto e contínuo de pacientes com feridas, incluindo as lesões por pressão³.

Justifica-se esse estudo com o número de notificações de lesões por pressão descrito no relatório anual da GGTEs que é consideravelmente alto. Com o estudo e a compreensão das atribuições do profissional de enfermagem na prevenção e tratamento das lesões por pressão espera-se reduzir o número de notificações consideravelmente, visto que existem protocolos para realizar a prevenção e o tratamento precoce das lesões.

O alto índice de lesões por pressão é considerado um problema de saúde pública, que coloca em risco a segurança do paciente, e demanda maior investimento de recursos e cuidados, visto que, de acordo com o Ministério da Saúde, pacientes com lesão por pressão permanecem por mais tempo internados⁵.

Perante o descrito, o presente estudo objetiva identificar a atuação da enfermagem na prevenção e tratamento de lesões por pressão, através do estudo e revisão de protocolos, normas, diretrizes e artigos científicos relacionados ao tema.

2. MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi realizado pelo método de pesquisa integrativa, no qual foram analisados diversos documentos, como artigos, normativos, diretrizes e protocolos, a respeito do tema abordado, com o intuito de ampliar e aprofundar os conhecimentos no assunto e descrever, posteriormente, o que foi extraído dos documentos estudados.

De fevereiro de 2024 a outubro de 2024 foram pesquisados artigos no Google Acadêmico (GA), no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados desde o ano de 2013 até o ano de 2024, relacionados ao tema estudado, através de buscas com os descritores: Lesão por pressão; Escala de Braden; Curativos; Cuidados de Enfermagem.

Também foram consultados os sites do COFEN, da Anvisa, do Ministério da Saúde e do NPIAP (*Nacional Pressure Injury Advisory Panel*), em busca de protocolos existentes e atribuições do enfermeiro quanto à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão.

Com base nos descritores, elaboraram-se os seguintes critérios de inclusão do estudo: título compatível com a temática, idioma na língua portuguesa, ano de publicação dentro do corte temporal de 2013 a 2024, disponibilidade na íntegra para leitura e download e referencial teórico na área temática da enfermagem. Além disso, foi considerada a pertinência ao tema estudado.

O critério de exclusão dos estudos foram todos os demais que não se enquadraram com os critérios descritos acima. Devido ao grande número de estudos encontrados, foram selecionados os artigos que melhor se relacionaram ao tema.

A pesquisa foi baseada em descritores que abordaram a problemática em questão, como “Lesão por pressão”, onde foram encontrados 268.218 documentos, “Escala de Braden” com 29.912 documentos, “Curativos” com 194.403 documentos e “Cuidados de Enfermagem” com 1.212.938 documentos. O total de documentos encontrados com os descritores citados foi apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Total de artigos selecionados nas bases SciELO, BVS e Google Acadêmico.

DESCRITORES	Google Acadêmico	%	BVS	%	SciELO	%
Lesão por pressão; Escala de Braden; Curativos; Cuidados de Enfermagem.	1.251.800	73,40	441.874	25,91	11.797	0,69
Total de artigos selecionados	3	42,86	3	42,86	1	14,28

Fonte: Autores do estudo, (2024).

Em um segundo momento foi realizado o cruzamento dos descritores “Lesão por pressão (AND) Cuidados de Enfermagem (AND) Escala de Braden (AND) Curativos” e foram encontrados 1.100 documentos. Na Tabela 1 e Figuras 1, 2 e 3 as fases da

seleção dos artigos nas bases pesquisadas.

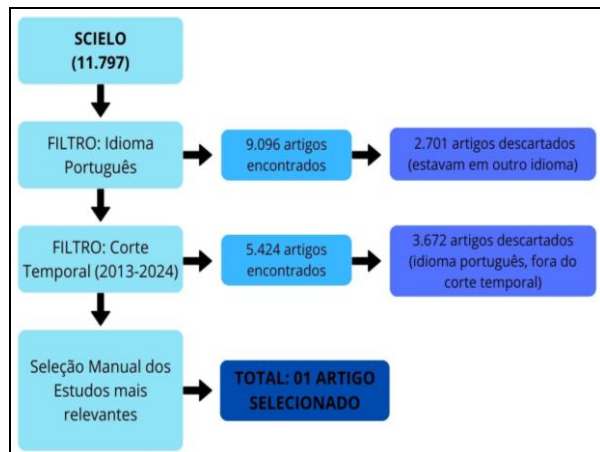


Figura 1. Descarte dos artigos da base SciELO após a implementação dos filtros. Fonte: Autoesar do estudo, (2024).

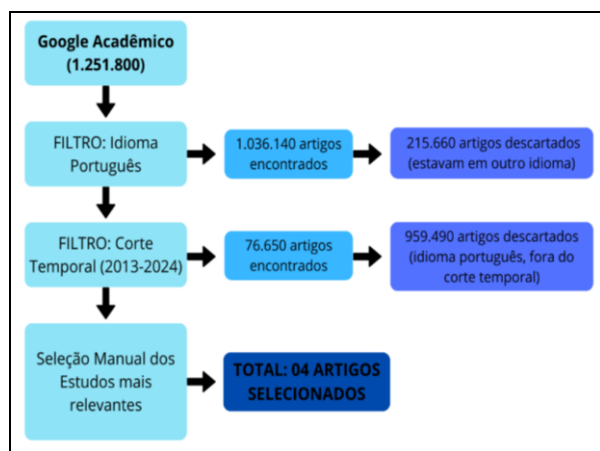


Figura 2. Descarte dos artigos da base Google Acadêmico após a implementação dos filtros. Fonte: Autores do estudo, (2024).

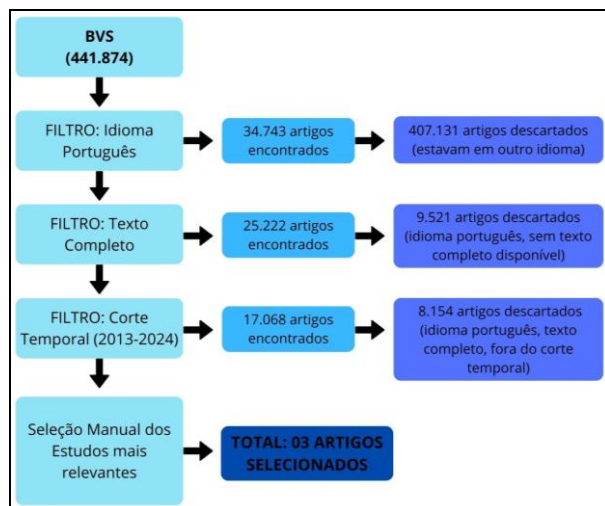


Figura 3. Descarte dos artigos da base Biblioteca Virtual em Saúde após a implementação dos filtros. Fonte: Autores do estudo, (2024).

3. RESULTADOS

Para a descrição dos resultados, após a leitura prévia, os 14 estudos selecionados foram categorizados, dando suporte a elaboração da Tabela 2 com os títulos, autores, anos e revista de publicação das obras.

Tabela 2. Artigos selecionados para a realização da pesquisa.

TÍTULOS	AUTORES	REVISTA	ANO
Norma Técnica que Regulamenta a Competência da Equipe de Enfermagem no Cuidado às Feridas.	COFEN.	Cofen.gov.br	2015
Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022.	GGTES /Anvisa.	Gov.br/Anvisa	2023
Consenso NPUAP 2016 – Classificação das Lesões por Pressão.	Caliri et al.	SOBEST	2016
A Eficácia dos colchões de redistribuição de pressão em utentes com alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.	Pina.	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	2021
Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão em Contexto Hospitalar por meio de Aplicação das Estratégias de Governança Clínica	Guimarães.	Universidade Federal de Minas Gerais	2020
Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida.	NPUAP/ EPUAP/ PPIIA.	International Pressure Ulcer Guideline	2016
Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão.	GVIMS/ GGTES/ Anvisa.	-	2023
Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão.	MS/ Anvisa/ Fiocruz.	-	2023
Tecnologias de Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão.	Almeida.	UFP	2021
Atuação do Enfermeiro na Prevenção de Lesão por Pressão: Uma Revisão Integrativa da Literatura.	Feitosa et al.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2020
Atuação do Enfermeiro na Prevenção da Lesão por Pressão em Pacientes Acamados: Revisão de Literatura.	Pereira e Nogueira.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2020
O Papel do Enfermeiro na Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão.	Santos et al.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2023
A Escala de Braden na Avaliação do Risco para Lesão por Pressão	Jansen et al.	REBEn	2020

Fonte: Autores do estudo (2024).

No que se refere ao tipo de pesquisa dos oito artigos selecionados, dois estudos eram quantitativos (14,29%), quatro estudos eram revisão de literatura (28,58%), um estudo era investigação científica (7,14%) e um estudo era misto (7,14%). Além dos artigos foram selecionados dois protocolos (14,29%), uma nota técnica (7,14%), uma resolução (7,14%), um boletim (7,14%) e um consenso (7,14%). Segue na Figura 4 a distribuição dos estudos segundo a tipologia.

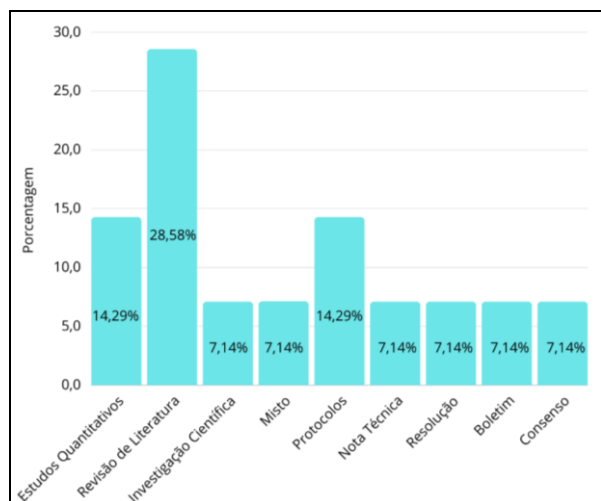


Figura 4. Distribuição dos estudos segundo a tipologia. **Fonte:** Autores do estudo, 2024.

Em relação ao ano de publicação, dos 14 estudos selecionados, um foi publicado em 2013, um em 2014, um em 2015, um em 2016, cinco foram publicados em 2020, dois foram publicados em 2021 e três foram publicados em 2023. Segue na Figura 5 a distribuição dos estudos quanto ao ano de publicação.

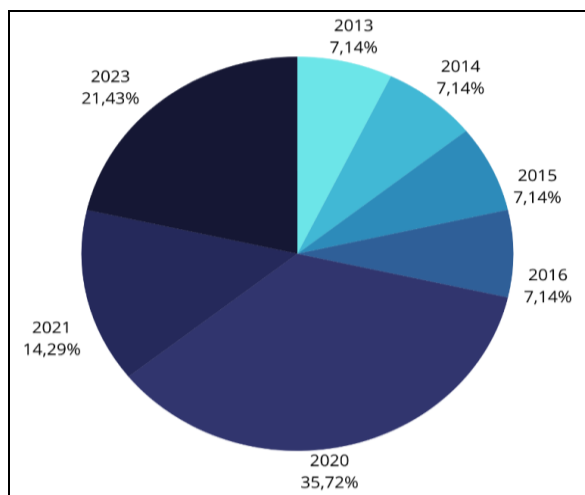


Figura 5. Distribuição dos estudos quanto ao ano de publicação. **Fonte:** Autores do estudo, (2024).

4. DISCUSSÃO

Após a leitura dos estudos selecionados para a elaboração do trabalho, agrupamos esses artigos em 5 tópicos relevantes para o estudo, desta forma, tornou-se possível a discussão do assunto conforme se desdobrará a seguir. 4.1. Fisiologia e anatomia da pele e seus anexos; 4.2. Conceito, classificação e prevenção de lesões por pressão; 4.3. Coberturas e curativos utilizados nos tratamentos de lesão por pressão; 4.4. Ações do enfermeiro na prevenção e cuidado das lesões por pressão; 4.5. Escala de Braden.

Fisiologia e anatomia da pele e seus anexos

Como visto anteriormente, a lesão por pressão ocorre como uma ferida na pele. A pele é o maior órgão do corpo humano e possui diversas funções, dentre elas a função de proteção das estruturas internas do corpo

contra efeitos nocivos do ambiente, dificultando, por exemplo, a entrada de microrganismos. Através da pele nós podemos também experimentar diversas sensações, como a dor, o frio, o calor, a pressão, o tato e as vibrações, por possuir fibras nervosas na derme capazes de transmitir esses sentidos ao nosso cérebro⁶.

A pele é formada por duas camadas principais, a ectoderme (camada mais externa) e a mesoderme (camada mais interna). A Epiderme tem origem na ectoderme e é o revestimento responsável pela função de proteção. Esse revestimento é formado por camadas de células e não é vascularizado. Já a derme tem origem na mesoderme, essa camada é vascularizada, além de possuir nervos e anexos cutâneos. Abaixo da derme se encontra a hipoderme, como o próprio nome sugere, nessa camada fica depositada a reserva nutritiva e através dessa camada é feita a união da pele com os demais órgãos próximos⁷.

A pele também é responsável pela regulação da temperatura corporal e tem função antibacteriana e antifúngica por meio do manto lipídico produzido pelas glândulas sebáceas, que dificulta a entrada de bactérias e fungos, funcionando como um impermeabilizante (Guimarães, 2020)⁷. Além da função de resposta imune, a pele também é responsável por converter as substâncias sintetizantes da Vitamina D⁶. A estrutura da pele pode ser mais bem observada e compreendida através da Figura 6.

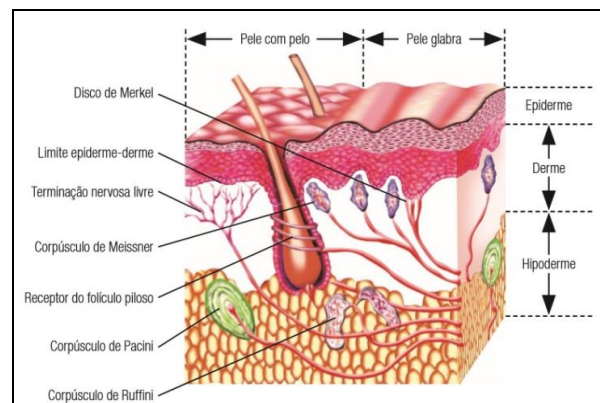


Figura 6. Estrutura da Pele. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

As lesões por pressão prejudicam as funções desempenhadas pela pele, e, dependendo da profundidade das lesões podem atingir os órgãos adjacentes, visto que aquele fragmento de pele lesionado não consegue mais cumprir com a função de proteção. Além disso, uma lesão na pele deixa o organismo mais suscetível a invasão de microrganismos, podendo causar infecções graves e doencas⁷.

Por tanto, é imprescindível o cuidado com a pele, principalmente no âmbito hospitalar, onde o paciente se encontra mais debilitado e com a imunidade comprometida, para garantir a saúde do paciente bem como a sua segurança e conforto durante o período de tratamento, evitando dores e complicações desnecessárias.

Conceito, classificação e prevenção de lesões por pressão

Em 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), alterou a nomenclatura, o conceito e os estágios da, antes denominada, Úlcera por Pressão (UPP) para Lesão por Pressão (LPP), por meio do Consenso NPUAP, que foi adaptado culturalmente para o Brasil pela Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e pela Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Consequentemente o nome da organização norte-americana também foi alterado para *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP). De acordo com a organização, essa alteração foi necessária para descrever os diversos tipos de lesão, visto que existem tanto lesões com a pele intacta, nos estágios iniciais, quanto lesões ulceradas, nos estágios mais avançados¹.

A lesão por pressão ocorre como uma ferida na pele, podendo existir em pele íntegra ou em forma de úlcera aberta, a depender do estágio em que se encontra a lesão. Geralmente a lesão se forma sobre uma proeminência óssea, devido a pressão acentuada por prolongado espaço de tempo, até mesmo devido ao peso próprio do paciente, combinada com o cisalhamento. A LPP também pode se formar devido a uso de dispositivos médicos ou outro objeto em contato prolongado com a pele¹.

A Figura 7 demonstra um fragmento de pele saudável. As lesões por pressão são classificadas da seguinte maneira: Lesão por Pressão Estágio 1 (Figura 8); Lesão por Pressão Estágio 2 (Figura 9); Lesão por Pressão Estágio 3 (Figura 10); Lesão por Pressão Estágio 4 (Figura 11); Lesão por Pressão não Qualificável (Figura 12) e Lesão por Pressão Tissular Profunda (Figura 13). As definições dos estágios estão relacionadas ao dano tissular sofrido, e estão ilustradas nas figuras a seguir, acompanhadas dos conceitos elaborados pelo NPUAP¹:

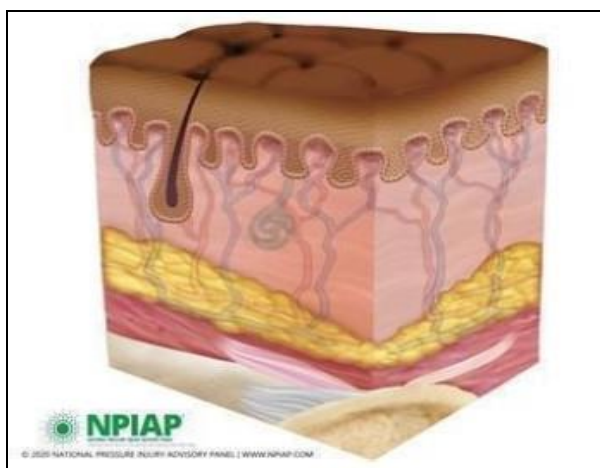


Figura 7. Pele Saudável. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

A Lesão por Pressão Estágio 1: No primeiro estágio de lesão por pressão a integridade da pele é mantida, porém surge uma mancha vermelha que não embranquece, a cor da mancha pode variar de acordo

com a tonalidade da pele do paciente, podendo ser difícil de identificar em peles de tonalidade escura. Também pode ocorrer da mancha vermelha, ou eritema, embranquecer, ou ainda apresentar alterações na sensibilidade, temperatura ou consistência da pele na região atingida¹.

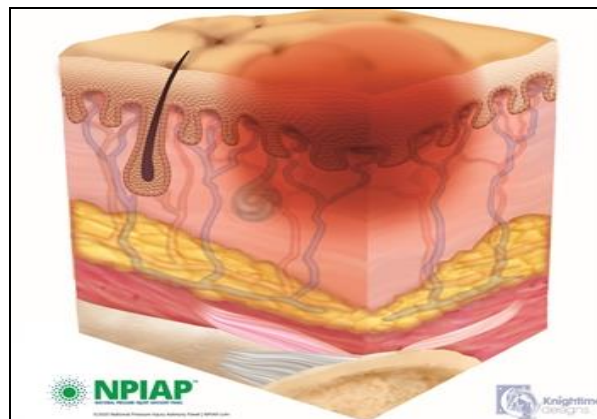


Figura 8. Lesão por Pressão Estágio 1. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

A Lesão por Pressão Estágio 2: No segundo estágio de lesão por pressão a integridade da pele é comprometida, com exposição parcial da derme. O leito da ferida fica úmido, apresentando coloração rosa ou avermelhada, ou ainda se apresenta em forma de bolha íntegra, cheia de exsudato seroso. Esse estágio de lesão é usualmente proveniente de microclima inadequado e cisalhamento da pele, habitualmente encontra-se esse tipo de lesão nas regiões da pélvis e calcâneos¹.

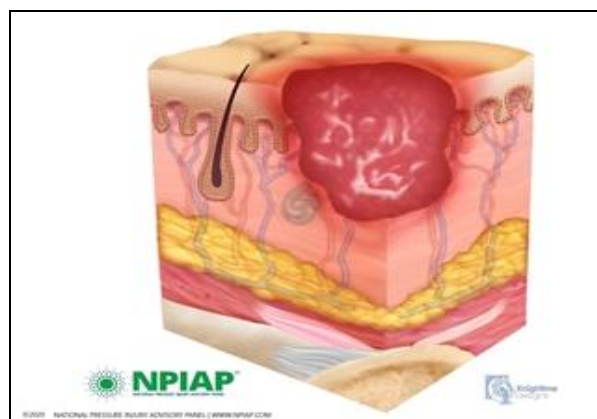


Figura 9. Lesão por Pressão Estágio 2. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

A Lesão por Pressão Estágio 3: No terceiro estágio, a integridade da pele é completamente comprometida, é possível visualizar a camada de gordura e, constantemente, é possível observar tecido de granulação e epíbolo. Também é possível que esfacelo e escara sejam visualizados, individualmente ou simultaneamente. Caso a escara ou o esfacelo prejudiquem a determinação do dano tissular causado, a lesão deve ser classificada como Lesão por Pressão Não Classificável¹.

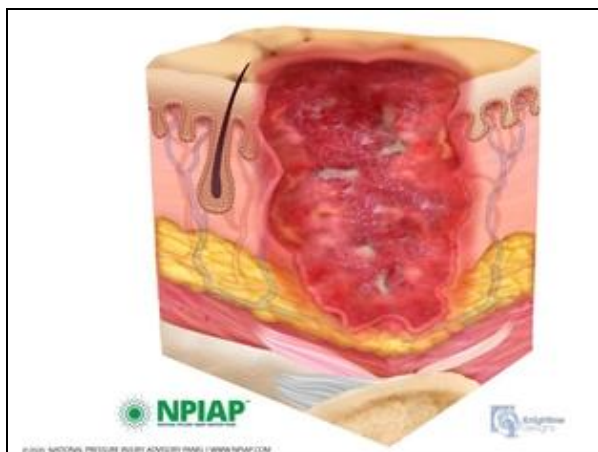


Figura 10. Lesão por Pressão Estágio 3. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

A Lesão por pressão Estágio 4: Além da integridade da pele ser completamente comprometida, existe perda tissular, com exposição ou palpação direta da fáscia, tendão, músculo, cartilagem, osso ou ligamento. Também é possível que esfacelo e escara sejam visualizados, individualmente ou simultaneamente. Frequentemente ocorrem descolamento ou túneis e epíbolo. De acordo com a localização da lesão a profundidade é variada. Do mesmo modo que no estágio 3, caso a escara ou o esfacelo prejudiquem a determinação do dano tissular causado, a lesão deve ser classificada como Lesão por Pressão Não Classificável¹.

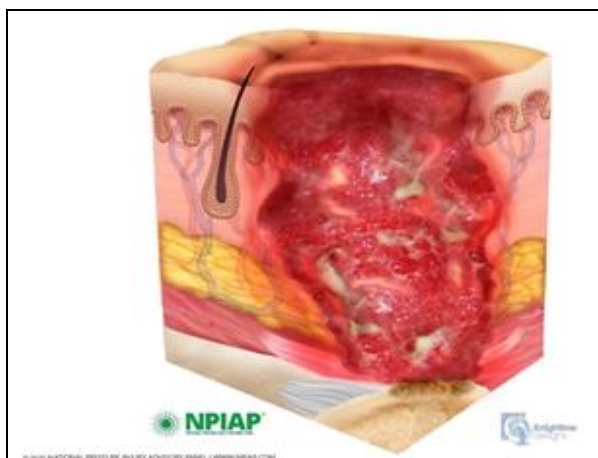


Figura 11. Lesão por Pressão Estágio 4. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

A Lesão por Pressão Não Classificável: Integridade da pele completamente comprometida e perda tissular não identificada, possivelmente devido a presença de esfacelo ou escara. Após remover esfacelo ou a escara será possível classificar a lesão nos estágios 3 ou 4. A escara estável em lesões no calcâneo ou em membro isquêmico não deve ser retirada¹.

A Lesão por Pressão Tissular Profunda: Geralmente apresenta descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura e não embranquece. A pele pode ter sua integridade comprometida ou estar intacta e a área de descoloração é persistente. Ainda pode ser visível a separação epidérmica demonstrando leito escurecido

ou bolha com exsudato sanguinolento¹.

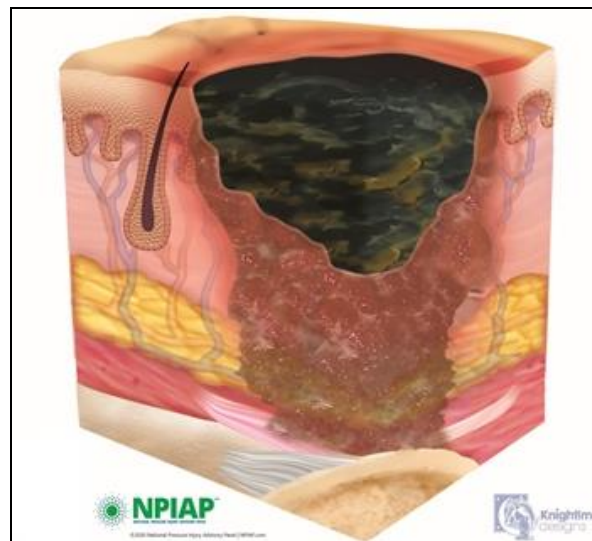


Figura 12. Lesão por Pressão Não classificável. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

O paciente frequentemente sente dores no local e a temperatura na região é alterada antes da descoloração da pele. Essa lesão pode evoluir rapidamente e possibilitar a identificação do dano tissular ou ainda cicatrizar sem apresentar perda tissular. Quando for possível visualizar tecido necrótico, músculo, fáscia, tecido subcutâneo ou tecido de granulação se trata de lesão por pressão com perda total do tecido¹.

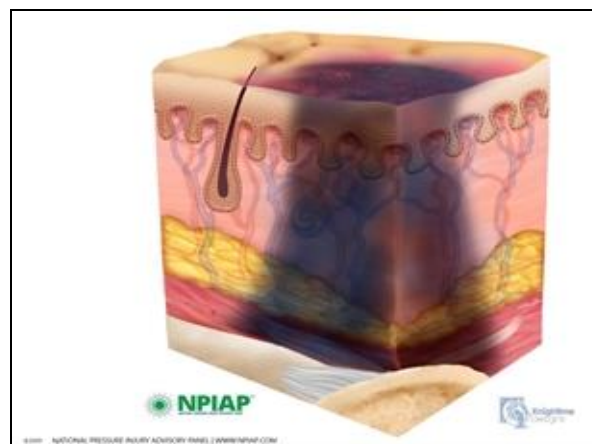


Figura 13. Lesão por Pressão Tissular Profunda. **Fonte:** National Pressure Injury Advisory Panel, 2020. <https://npiap.com/store>.

O consenso da NPUAP¹ definiu também a Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e a Lesão por Pressão em Membranas mucosas:

A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: Esse tipo de lesão é a causada por utilização de dispositivos médicos, que aumentam a pressão no local de utilização e geralmente apresenta lesões no formato do dispositivo utilizado. Tais lesões podem ser classificadas nos estágios descritos anteriormente¹.

A Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: Assim como na descrição anterior, esse tipo de lesão está relacionado ao uso de dispositivos médicos, porém, por conta da anatomia dos tecidos, não é possível classificá-la quanto aos estágios mencionados

anteriormente¹.

O Ministério da saúde⁵ define Segurança do Paciente como: “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” e ressalta a importância da atuação conjunta dos profissionais da saúde, pacientes, familiares e de toda a sociedade para estabelecer uma cultura de segurança, na qual a segurança do paciente é priorizada em relação a aspectos financeiros, os profissionais se responsabilizam pela segurança e os incidentes ocorridos são relatados e investigados para aprimorar o conhecimento acerca do assunto e promover uma segurança cada vez maior ao paciente e a todos os envolvidos em seu tratamento.

Para a prevenção da lesão por pressão ser de fato efetiva, é necessária a qualificação dos profissionais da área da enfermagem, a respeito das avaliações de risco e física do paciente, para que a lesão não ocorra, ou ainda que ocorra seja identificada precocemente e tratada de forma adequada. O profissional de enfermagem é responsável por prevenir, identificar e tratar as lesões por pressão, proporcionando uma melhor qualidade no tratamento dos pacientes, visto que a maioria dos casos de incidência de lesão por pressão poderia ser evitado com estratégias de prevenção³.

O desenvolvimento de lesões por pressão também está relacionado a escassez de recursos materiais adequados bem como a sobrecarga de trabalho do profissional de enfermagem, que em muitos casos possuem mais pacientes sob sua responsabilidade do que o ideal, prejudicando que o profissional forneça a devida atenção a cada paciente. A prevenção é a melhor estratégia quando se trata de lesões por pressão e é fundamental a implementação e avaliação de medidas preventivas em todos os pacientes acamados⁸.

Coberturas e curativos utilizados nos tratamentos de lesão por pressão

A maioria dos estudos analisados abordam mais profundamente sobre a prevenção da lesão por pressão, discorrendo brevemente sobre os tratamentos utilizados. Tal abordagem se deve ao fato de que, se tratando de lesão por pressão, a prevenção é mais eficaz do que o tratamento, evitando que o paciente sinta dores e desconfortos, contribuindo para a segurança do paciente e a melhora na qualidade de tratamento. Quando as medidas preventivas não são aplicadas adequadamente, ou quando não são suficientes, compete ao enfermeiro e ao médico classificarem a lesão e avaliarem o paciente para determinar a conduta a ser utilizada para a devida cicatrização da lesão. Portanto, é imprescindível que tais profissionais tenham conhecimento acerca de cada cobertura a ser utilizada no tratamento de lesões por pressão bem como os mecanismos de ação de cada uma delas⁶.

As principais coberturas utilizadas no tratamento de lesões por pressão são: Carvão ativado com prata; ácidos graxos essenciais; hidroalginato com prata;

alginato de prata; hidrogel; hidrocoloide; alginato de cálcio e colágeno com alginato de cálcio e sódio e a escolha de qual será utilizada depende de avaliação médica e do profissional de enfermagem⁶.

Em protocolo clínico hospitalar, as coberturas utilizadas são determinadas através da análise do exsudato de cada lesão, podendo a cobertura ser classificada em seca, úmida, molhada, saturada ou com fuga de exsudato. Para avaliações resultantes em cobertura seca devem ser utilizadas coberturas que aumentem a umidade no local, como ácidos graxos essenciais, hidrogel, curativos hidroativos ou rayons impregnados por petróleo⁹.

Já para os resultados de cobertura úmida, devem ser utilizadas coberturas que preservem essa umidade, como: as coberturas utilizadas em cobertura seca listadas anteriormente, além de coberturas com silicone ou placas de hidrocoloide. Para as coberturas classificadas como molhadas, saturadas ou com fuga de exsudato deve-se utilizar coberturas capazes de absorver o excesso de exsudato, como: alginato de cálcio, espumas de poliuretano, hidrofibras, gazes ou compressas simples ou especiais⁹.

Segundo o estudo realizado a respeito da percepção de enfermeiros sobre prevenção de lesões por pressão, os enfermeiros entrevistados relataram, no tratamento e prevenção de lesão por pressão, o uso de filme, hidrocoloide, colagenase, ácido graxo essencial, além de atividades como hidratar a pele, massagear, melhorar a nutrição do paciente bem como sua ingestão hídrica, manter uma boa higiene, reduzir a exposição à fricção e cisalhamento, utilizar colchões, travesseiros e rolos adequados e realizar curativos¹⁰.

Para desenvolver um adequado plano de tratamento para a lesão por pressão e acompanhar a sua completa cicatrização, é fundamental que seja realizada uma avaliação completa do paciente e da lesão. A avaliação do indivíduo deve ser realizada através de fatores como exame físico, histórico médico do paciente, avaliação da dor causada pela lesão, avaliação nutricional, mobilidade do paciente, risco de desenvolver novas lesões, saúde psicológica, comportamental e cognitiva, conhecimento do paciente acerca das lesões por pressão e capacidade de adotar o plano de tratamento e prevenção estabelecido, auxiliando no cumprimento do plano⁶.

A avaliação da lesão deve ser realizada e documentada, analisando aspectos como: localização da lesão, classificação da lesão, extensão, tipo de tecido, cor, condição da pele em torno da lesão, margens da lesão, trato sinusal, cavitações, tunelizações, características do exsudato e presença de odor¹¹.

Para determinar a cobertura, adequada para cada lesão é necessária a avaliação da lesão anteriormente mencionada, também é necessário que a cobertura tenha capacidade de manter a umidade adequada da lesão e que seja capaz de tratar a biocarga bacteriana presente⁶.

As recomendações de utilização dos pensos de

acordo com as classificações de cada lesão, os pensos descritos no guia são: pensos hidrocoloides; pensos de película transparente; pensos de hidrogel; pensos de alginato; pensos de espuma; pensos impregnados de prata; pensos impregnados de mel; pensos de cadexomero de iodo; pensos de gaze; pensos de silicone e pensos com matriz de colagénio. Além dos pensos, o guia descreve sobre utilização de estimulação elétrica; agentes eletromagnéticos; energia de radiofrequência pulsátil; terapia com luz ultravioleta e terapia por pressão negativa¹¹. Segue na Tabela 3 os principais tipos de cobertura e suas características.

Tabela 3. Principais tipos de cobertura e suas características.

COBERTURA	CARACTERÍSTICAS
Pensos Hidrocoloides	Cobertura utilizada em lesões estágio 2, lesões de estágio 3 que não estejam infectadas e sejam pouco profundas. Também pode ser utilizado em lesões de estágio 3 profundas juntamente com pensos de enchimento.
Pensos de Película Transparente	Cobertura utilizada para o desbridamento autolítico, caso o paciente não esteja imunodeprimido. Pode ser utilizado como segundo penso em lesões tratadas com alginatos e demais enchimentos de feridas.
Pensos de Hidrogel	Cobertura utilizada em lesões pouco profundas e com presença mínima de exsudato. Pode ser utilizado em lesões com leito seco, ou seja, ausência de exsudato. e em lesões dolorosas. Também é utilizado em lesões que se localizem em partes do corpo que propiciem o deslocamento do penso.
Pensos de Alginato	Cobertura utilizada no tratamento de lesões com presença moderada ou intensa de exsudato. Pode ser utilizado em lesões infectadas desde que juntamente com outra substância responsável pelo tratamento da infecção.
Pensos de Espuma	Cobertura utilizada no tratamento de lesões estágio 2 com presença de exsudato e também de estágio 3 pouco profundas.
Pensos Impregnados de Prata	Cobertura utilizada em lesões infectadas ou altamente colonizadas, ou ainda com alto risco de infecção, desde que o paciente não apresente sensibilidade à prata.
Pensos de Gaze	Cobertura utilizada, geralmente umedecida em solução salina, para tratamento de lesões para manter a umidade e tratar o exsudato.
Pensos com Matriz de Colágeno	Cobertura utilizada no tratamento de lesões estágios 3 ou 4 que não cicatrizam.

Fonte: NPUAP/EPUAP/PPPIA, (2014), adaptado por autores do estudo, (2024).

Ações do enfermeiro na prevenção e cuidado das lesões por pressão

Compete ao enfermeiro, com participação de equipe multiprofissional da área da saúde, a avaliação e a prescrição de cuidados com a pele do paciente, tanto na prevenção quanto no tratamento de alterações, como as lesões por pressão⁵.

A prevenção da incidência de lesão por pressão e a manutenção da integridade da pele do paciente deve ser prioridade do enfermeiro e da equipe de saúde responsável por tratar aquele paciente, pois o descuido com a integridade da pele pode causar diversas complicações, inclusive o aparecimento de lesões por pressão. A incidência elevada de lesões por pressão indica atuação ineficiente por parte dos profissionais da

enfermagem e de toda a equipe multidisciplinar envolvida, em relação à prevenção de lesões por pressão⁶.

Em meio as ações e atribuições do enfermeiro em relação às lesões por pressão, o principal papel a ser realizado é o da prevenção, através da realização de avaliações e inspeções necessárias de forma antecipada. O enfermeiro deve zelar pela integridade da pele de seus pacientes, mantendo uma boa hidratação, observando os primeiros sinais de lesão e utilizando as estratégias adequadas para que não se desenvolva¹².

As práticas de segurança para a prevenção de lesão por pressão envolvem critérios bem estabelecidos, tais como (Tabela 4):

Tabela 4. Práticas de segurança para a prevenção de lesão por pressão.

RISCO	CRITÉRIOS ESTABELECIDOS
Avaliação de risco utilizando escala validada.	<ul style="list-style-type: none"> Utilização da Escala de Braden; Inspeção por exame físico de toda a superfície da pele de pacientes que se enquadrarem com risco de desenvolver LPP na avaliação de risco; Inspeção diária, em todos os pacientes, da superfície da pele sobre proeminências ósseas, e pelo menos duas vezes ao dia na região de localização de dispositivos médicos no paciente; Avaliação específica para peles negras, com o intuito de identificar lesões no estágio inicial, que pode ser mais difícil dependendo da tonalidade da pele;
Zelo pela boa qualidade dos dispositivos médicos e pela correta utilização deles.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação específica dispositivo e suas características; Treinamento da equipe para utilização; Utilização pelo tempo discriminado para cada dispositivo.
Estimulação de posições sentadas fora da cama.	<ul style="list-style-type: none"> Utilização de superfícies adequadas de suporte para o paciente, como colchões especiais ou de redistribuição de pressão; Reposicionamento dos pacientes, sempre que não for contraindicado, em horários preestabelecidos; elevação dos calcanhars de pacientes com risco de desenvolver LPP nessa região.
Reposicionamentos regulares de pacientes graves ou hemodinamicamente instáveis.	<ul style="list-style-type: none"> Prescrição do enfermeiro para as mudanças de posicionamento de acordo com avaliação clínica anteriormente realizada; Manutenção da pele limpa e hidratada; Avaliação nutricional de pacientes com LPP; Utilização de cobertura mais apropriada para minimizar os efeitos da pressão sobre a pele de pacientes acamados; Promoção da prevenção das LPP em todos os setores envolvidos no cuidado com o paciente; Atenção especial à pacientes críticos com risco elevado de desenvolver LPP; Orientação aos familiares para que continuem com as medidas de prevenção em casa enquanto o paciente estiver se recuperando.

Fonte: Santos et al., (2023); ANVISA, (2023), adaptado por autores do estudo (2024).

Os cuidados do enfermeiro quanto à prevenção de lesão por pressão envolvem avaliação contínua e

críteriosa da pele de seus pacientes, observando todo sinal de comprometimento de sua integridade. Também é necessário minimizar os efeitos da pressão em pacientes acamados, utilizando suportes adequados para que esses pacientes se deitem, e realizar mudança de decúbito no mínimo a cada duas horas, para distribuir melhor a pressão, caso o colchão seja específico para a prevenção de LPP, tal reposicionamento pode ser realizado a cada 4 horas. Para os cuidados nos tratamentos de lesão por pressão, o enfermeiro deve conhecer as coberturas adequadas e determinar qual a cobertura indicada para o tipo de lesão do paciente, através de avaliação clínica, além de acompanhar e monitorar a cicatrização da lesão, fazendo alterações nas coberturas e plano de tratamento se necessário¹¹.

Conforme o protocolo para prevenção de úlcera por pressão do Ministério da Saúde⁵, a estratégia de prevenção de LPP é dividida em seis etapas, sendo elas: Avaliação do risco de desenvolver LPP e inspeção da pele para verificar existência de LPP na admissão de todos os pacientes; reavaliação diariamente dos pacientes internados com o intuito de verificar alterações no risco; inspeção da pele diariamente; manter o paciente higienizado e seco e garantir a hidratação da pele; melhora na nutrição e hidratação dos pacientes; e redistribuir a pressão, minimizando os impactos sobre a pele do paciente, através do reposicionamento.

O enfermeiro deve prezar pela qualidade de atendimento ao paciente, utilizando estratégias adequadas para a prevenção de lesão por pressão, prescrever tratamentos para as lesões existentes e monitorar a cicatrização da lesão¹².

Escala de Braden

A avaliação de admissão descrita no Protocolo do Ministério da Saúde⁵ analisa o risco de o paciente vir a desenvolver uma lesão por pressão e busca identificar lesões pré-existentes para adotar medidas imediatas de prevenção e tratamento.

Os fatores observados na avaliação de risco são a mobilidade, a incontinência, o déficit sensitivo e o estado nutricional do paciente, baseado na Escala de Braden para adultos e na Escala de Braden Q para crianças, a avaliação deve ser realizada diariamente em todos os pacientes internados para reavaliar os fatores de risco⁷.

Para os pacientes que se enquadrarem com risco de desenvolver lesões devem ser realizadas inspeções na pele diariamente, o paciente deve ser mantido limpo e seco, com a pele hidratada. Outra medida preventiva é a otimização da hidratação e nutrição do paciente, bem como a minimização da pressão, redistribuindo-a de tempos em tempos¹³.

A Escala de Braden considera seis critérios de avaliação, são eles: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção/cisalhamento. Para determinar o risco de o paciente desenvolver LPP, são atribuídas notas de 1 a 4 para cada critério, com

exceção do critério de fricção/cisalhamento em que as notas variam de 1 a 3, e depois é realizado o somatório das notas de cada critério. A pontuação máxima obtida é de 23 pontos, e quanto menor a pontuação maior o risco a que o paciente está exposto⁷. A pontuação em cada critério é determinada conforme Tabela 5.

Tabela 5. Escala de Braden.

Nome do paciente:		Nome do avaliador:		
Data de Aplicação:				
Pontos	4	3	2	1
Percepção sensorial	Não prejudicada	Pouco limitada	Muito limitada	Completamente limitada
Umidade	Livre de umidade	Ocasionalmente úmida	Úmida	Constantemente úmida
Atividade	Caminha	Caminhada ocasional	Confinamento à cadeira	Confinamento no leito
Mobilidade	Sem limitações	Pouco limitada	Muito limitada	Completamente imóvel
Nutrição	Excelente	Adequada	Provável inadequação	Muito pobre
Fricção/Cisalhamento	Sem problema aparente	Problema em potencial	Problema	-
A pontuação pode oscilar entre 4 e 23. O baixo escore indica baixa habilidade funcional, estando o paciente com alto risco para desenvolvimento de lesões por pressão.				
Pontuação de risco:				
12 (alto risco) 13 a 14 (risco moderado) 16 (risco mínimo)				

Fonte: Guimarães, (2020).

Os seis critérios para a avaliação pela escala de Braden são¹³:

- O critério de percepção sensorial: avalia a competência do paciente em reconhecer e reagir ao desconforto e a compreensão da necessidade em realizar o reposicionamento no leito ou ainda a movimentação para fora do leito.
- O critério de umidade: busca avaliar como está a exposição da pele a umidade, o recomendado é que a pele do paciente esteja higienizada e seca.
- O critério de atividade: avalia como está a atividade física, se o paciente se movimenta ou está restrito ao leito.
- O critério de mobilidade: diferente do de atividade, avalia a movimentação do paciente, se ele próprio consegue realizar mudanças de posição ou se precisa de auxílio.
- O critério de nutrição: avalia o estado nutricional do paciente, se possui uma alimentação balanceada e adequada, bem como sua hidratação.
- O critério de fricção/cisalhamento: avalia a exposição do paciente a forças de deslizamento e cisalhamento.

A Escala de Braden facilita a percepção da exposição ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão de cada paciente, juntamente com avaliação clínica. Por meio do conhecimento do risco de cada paciente o enfermeiro e a equipe podem determinar quais os melhores cuidados, realizar prescrições adequadas e monitorar o paciente de modo que previna lesões por pressão ou ainda auxiliem na cicatrização adequada de lesões já existentes¹⁴.

Através da avaliação de risco realizada por meio da Escala de Braden é possível determinar um plano de cuidados para os pacientes de acordo com o nível de risco calculado¹⁴.

O Ministério da saúde⁵ estabelece as medidas preventivas a serem empregadas de acordo com a

classificação de risco obtida na Escala de Braden (Tabela 6).

Tabela 6. Medidas preventivas a serem empregadas de acordo com a classificação de risco obtida na Escala de Braden.

RESULTADO	CLASSIFICAÇÃO	MEDIDA PREVENTIVA
Para pacientes com resultado de 15 a 18 pontos.	Risco baixo	<ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de mudança de decúbito; • Melhora na mobilização; • Proteção da região dos calcâneos; • Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento; • Utilização de superfícies de redistribuição de pressão.
Para pacientes com resultado de 13 a 14 pontos	Risco moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Incluem as medidas para risco baixo; • Incluir a mudança de decúbito com posicionamento a 30°.
Para pacientes com resultado de 10 a 12 pontos.	Risco alto	<ul style="list-style-type: none"> • Incluem todas as de risco moderado; • Mudança de decúbito frequente; • Utilização de coxins de espuma.
Pacientes com pontuação abaixo de 9 pontos.	Risco muito alto	<ul style="list-style-type: none"> • Incluem todas as medidas de risco alto; • Utilização de superfícies de apoio dinâmico; • Controle da dor.

Fonte: Ministério da saúde, (2013), adaptado por autor do estudo (2024).

5. CONCLUSÃO

A lesão por pressão prejudica a recuperação do paciente, causando dores e desconfortos desnecessários e prolongando as internações. O enfermeiro é o profissional responsável por atuar de forma a prevenir a incidência de lesões, através de avaliação de risco por meio de escalas validadas, avaliação clínica do paciente e utilização de medidas preventivas estabelecidas em protocolos e manuais, dispondo de atenção personalizada a cada caso de acordo com o nível de risco a que o paciente está exposto. A Escala de Braden é a escala mais utilizada no Brasil para avaliação de risco e é importante para determinar os cuidados necessários com cada paciente, pois, é através da classificação que é obtida nela, que os cuidados de enfermagem são definidos, de acordo com a necessidade individual de cada um.

Quando não for possível evitar o surgimento de lesão por pressão, o profissional de enfermagem deve, juntamente com a equipe de enfermagem e demais profissionais da área, elaborar prescrição de tratamento de acordo com o estágio da lesão e com as coberturas disponíveis, avaliando sempre a cicatrização para fazer alterações no tratamento quando necessário. Cada cobertura disponível pode ser utilizada para determinado tipo de lesão, é necessário que o profissional de enfermagem conheça todas as

características e indicações de cada cobertura, bem como os estágios e características da lesão, pois a utilização de cobertura indevida pode acarretar a piora da lesão e não sua cicatrização.

É imprescindível a capacitação do profissional de enfermagem para avaliar corretamente o risco, reconhecer os estágios de lesão por pressão, realizar as medidas preventivas, prescrever os tratamentos e coberturas necessários, monitorar a cicatrização de lesões em tratamento e orientar a equipe de enfermagem sobre o assunto, bem como o próprio paciente e seus familiares ou cuidadores, com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento ao paciente e auxiliar na recuperação mesmo após a alta.

Quando se trata de lesão por pressão, a prevenção é a melhor atitude a ser tomada, contribuindo para a segurança e bem-estar do paciente. Portanto, é necessário também que o profissional de enfermagem conheça e realize as práticas de segurança estabelecidas em protocolos oficiais, como o da Anvisa, corroborando para a efetividade das práticas e evitando o surgimento de lesões, promovendo um atendimento de qualidade a todo paciente.

6. AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Centro Universitário UNIFACIG pelo ambiente acadêmico e recursos oferecidos, essenciais para a realização do estudo.

7. REFERÊNCIAS

- [1] Npuap. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer stages revised by NPUAP. 2016. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE. 2016.
- [2] Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 501/2015. Brasília, 2015.
- [3] ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023. Ministério da Saúde, 2023.
- [4] Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022. 2023.
- [5] Ministério da Saúde/Anvisa/Fio Cruz. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Ministério da Saúde, Brasil. 2013.
- [6] Pereira EJ; Nogueira MS. Atuação do enfermeiro na prevenção da lesão por pressão em pacientes acamados: revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020; 49(Sup e3332):1-8.
- [7] Guimarães MCSS. Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão em Contexto Hospitalar por meio de Aplicação das Estratégias de Governança Clínica. 2020. 113 f. Tese (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, Belo Horizonte, 2020.
- [8] Feitosa, *et al.* Atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão: uma revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020; 43(Supl, e2553):1-13.

- [9] Almeida TQR. Tecnologias de Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão. 2021. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, 2021.
- [10] Martins *et al.* Percepção de Enfermeiros de Terapia Intensiva sobre Prevenção de Lesão por Pressão. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020; 18(63):43-51.
- [11] National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
- [12] Santos *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção e tratamento de lesão por pressão. *Revista Eletrônica Acervo Científico*. 2023; 44(e12584):1-11.
- [13] Pina ALS. A eficácia dos colchões de redistribuição de pressão em utentes com alto risco de desenvolvimento de Úlceras por Pressão. 2021. 141 f. Tese (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2021.
- [14] Jansen RCS, Silva KBA, Moura MES. A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(6)e20190413: 1-7.