



BIANCA DE OLIVEIRA PINTO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO
EM PACIENTES RESTRITOS AO LEITO**

Conceição do Coité – BA

2021

BIANCA DE OLIVEIRA PINTO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO
EM PACIENTES RESTRITOS AO LEITO**

Artigo científico apresentado à disciplina TCC II, a Faculdade da Região Sisaleira – FARESI, como requisito básico para a conclusão do componente curricular e para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador: Jailson Vieira Machado.

**Conceição do Coité – BA
2021**

Ficha Catalográfica elaborada por:

Joselia Grácia de Cerqueira Souza – CRB-Ba. 1837

P659a Pinto, Bianca de Oliveira

Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão em pacientes restritos ao leito./ Bianca de Oliveira Pinto. Conceição do Coité (Ba.), FARESI, 2021.

20 fls.: il.

Referências: fl. 18-20

Artigo científico apresentado à disciplina TCC II, a Faculdade da Região Sisaleira – FARESI, como requisito básico para a conclusão do componente curricular e para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador: Jailson Vieira Machado.

1. Lesão por pressão. 2. Prevenção. 3. Restrição ao leito.

Título.

CDD : 616.545

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES RESTRITOS AO LEITO

Bianca de Oliveira Pinto¹

Jailson Vieira Machado²

RESUMO

A Lesão por Pressão (LPP) é definida como lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que resultam em morte tecidual, situadas na região das proeminências ósseas. O clima, idade avançada, a nutrição do paciente, incontinência, umidade, hipotensão, anasarca e outras comorbidades influenciam neste processo. Objetivo: Avaliar a assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão em pacientes em restritos ao leito. Fundamentação teórica: De acordo com o protocolo do MS, as medidas fundamentais de prevenção são avaliação dos pacientes com risco de LPP são: condição nutricional e hidratação, inspeção da pele diária, cuidados com umidades e remanejamento da pressão. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura fundamentada em pesquisa bibliográfica com uma abordagem qualitativa, desenvolvido através da análise de materiais coletados em plataformas digitais. Conclusão: É sabido que a equipe de enfermagem tem papel crucial na prevenção das lesões por pressão. O enfermeiro é responsável pela avaliação dos pacientes para identificar os possíveis risco para desenvolvimento da LPP.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Lesão Por Pressão, Prevenção, Restrição ao Leito.

ABSTRACT

Pressure Injury (PI) is defined as an injury caused by an unrelieved pressure, abrasion or friction that result in tissue death, located in the region of bony prominences. The weather, advanced age, the patient's nutrition, incontinence, moisture, hypotension, anasarca and other comorbidities influence this process. Objective: Evaluate nursing care in the prevention of pressure injuries in bed-restricted patients. Theoretical foundation: According to MS protocol, the fundamental prevention measures are assessment of patients at risk of PPL are: nutritional status and hydration, daily skin inspection, care with moisture and pressure relocation. Methodology: This is a literature review based on bibliographic research with a qualitative approach, developed through the analysis of materials collected on digital platforms. Conclusion: It is known that the nursing team has a fundamental role in the prevention of pressure injuries. The nurse is responsible for evaluating patients to identify possible risks for the development of PI.

KEY WORDS: Nursing, Pressure Injury, Prevention, Bed Restriction.

¹ Discente de Enfermagem.

² Orientador.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a Lesão por Pressão (LPP) é definida como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte do tecido, geralmente situadas na região das proeminências ósseas. Além de causar dano tecidual, pode provocar diversas complicações e causar agravamento do estado clínico dos pacientes com limitação na mobilização do corpo (NPUAP, 2014).

Comumente as LPPs surgem sobre proeminências ósseas, porém podem também estar relacionadas ao uso de dispositivos de assistência médica e outros objetos. As lesões se apresentam tanto em pele íntegra quanto em úlceras abertas, podendo ser dolorosas. O clima, idade avançada, a nutrição do paciente, incontinência, umidade, circulação do local, hipotensão, anasarca e outras comorbidades influenciam na tolerância do tecido mole a pressão e ao cisalhamento (SOBEST, 2016; DOMANSKY E BORGES, 2014).

Conforme afirma Jomar, o uso prolongado de drogas vasoativas exige restrição ao leito, ocasiona vasoconstrição periférica considerável e as drogas sedativas acabam prejudicando a percepção sensitiva e a mudança no leito, permitindo maior vulnerabilidade para surgimento de lesões nestes pacientes (JOMAR et al, 2019)

O surgimento da LPP provoca prejuízos importantes ao paciente, causa dificuldade na recuperação funcional, algia e aumenta o risco de infecções graves, estando associado também a maior tempo de internamento, sepse e letalidade. As LPP necessitam de cuidado específico, que geram altos custos a instituição e excessos de carga de trabalho a equipe de saúde (OLKOSKI, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com a intenção de garantir a segurança dos pacientes em estabelecimentos de saúde. Foram lançados protocolos de prevenção de incidentes, no qual está incluída a lesão por pressão. De acordo com o protocolo do MS, as medidas fundamentais de prevenção são: avaliação dos pacientes com risco, condição nutricional e hidratação, inspeção da pele diariamente, cuidados com umidades e remanejamento da pressão (OLKOSKI,

2016).

Desde os anos 90, a lesão por pressão vem sendo associada a uma falta de cuidado e considerada como um dos indicadores de qualidade da assistência da enfermagem por estabelecimento de saúde norte-americanos, com atenções voltadas para a diminuição da incidência a partir de programas de prevenção. Todos os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento sobre medidas de prevenção e particularidades da LPP (FERNANDES et al, 2008).

O progresso da qualidade do cuidado, assim como benefícios para os pacientes podem ser obtidos através da individualização do cuidado pela sistematização da assistência de enfermagem e orientações para a prática clínica baseadas em evidências. As dificuldades encontradas são como trazer estas evidências para a prática clínica e beneficiar sua utilização pelos profissionais de saúde. Existem diversas estratégias para dispersar as informações em um meio social, que visam a aquisição de melhores resultados para inovação do conhecimento, como programas educacionais, apresentações, artigos, protocolos impressos baseados em evidências e acesso a especialistas no ambiente da prática (FERNANDES et al, 2008).

Apesar da lesão por pressão ser considerado um indicador negativo das instituições de saúde, permanece sendo subestimado pelos profissionais e surgem com frequência em paciente internados em alas de cuidado intensivo, evidenciando a importância de medidas urgentes para alterar esta situação. A falta de aprendizado associado a práticas inadequadas pelos profissionais, favorece a incidência das lesões (FERNANDES et al, 2008).

Para que haja uma prevenção na ocorrência das lesões é necessário que os profissionais compreendam todas as particularidades que levam ao seu surgimento e progressão, tal como ações para um cuidar ético com a adoção de práticas indicadas, abrangendo a procura de recursos corretos. Inúmeras táticas conseguem ser empregadas para o avanço no nível de aprendizado dos profissionais, porém se faz necessário a identificação de obstáculos pessoais e institucionais que dificultam o cumprimento deste objetivo (FERNANDES et al, 2008).

Devido a sua frequência, aumento da morbimortalidade e das repercussões

econômicas, as lesões por pressões devem ser frequentemente prevenidas e avaliadas pela enfermeiro, por isso se faz necessário ressaltar a assistência de enfermagem em pacientes restritos ao leito que possam ser acometidos por essas lesões.

O objetivo deste trabalho é analisar a assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão em pacientes em restritos ao leito. Ressaltar a importância de avaliar os fatores de risco e complicações da LPP. Alertar sobre cuidado continuado para a equipe de enfermagem acerca do tema.

2. METODOLOGIA

Este estudo se trata de uma revisão de literatura fundamentada em pesquisa bibliográfica com uma abordagem qualitativa, desenvolvido através da análise de materiais coletados nas plataformas digitais como revistas, livros, artigos científicos e protocolos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico e Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE).

Durante realização da pesquisa, foram buscados artigos que possuíam nos títulos os seguintes termos: prevenção, lesão por pressão, úlcera por pressão, enfermagem, Braden, classificação da LPP, educação continuada, lesão de pele e intervenções. Após leitura dos periódicos, foi realizada seleção dos artigos para elaboração deste artigo científico.

Foram incluídos os artigos que ressaltavam a prevenção da lesão por pressão, prevenção e cuidados da LPP pela equipe de enfermagem, classificação das lesões e excluídos da revisão os artigos publicados antes de 2008 e temas que não se enquadravam no tema. No total foram avaliados 31 (trinta e um) artigos com data de publicação entre os anos de 2008 a 2021, dos quais 17 (dezessete) descartados e utilizados 14 (quatorze) para o desenvolvimento desse artigo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

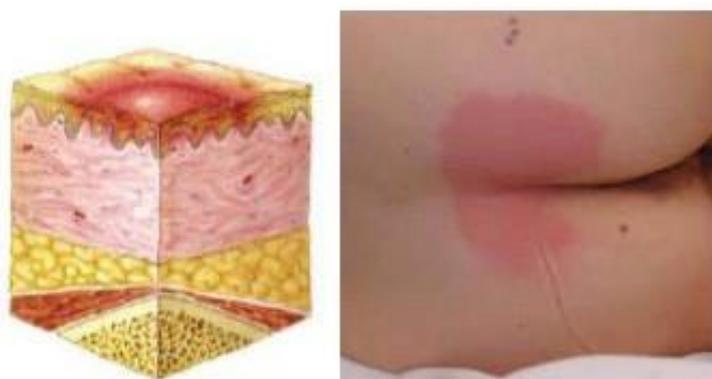
A lesão por pressão é caracterizada como qualquer lesão de pele e tecidos subjacente, pele, músculos e tecidos subcutâneos que ocorre devido uma pressão nolongal e ocorre pela isquemia tecidual local, por conta da mudança de reflexo de dor, pela ocorrência de deficiências dos nutrientes, levando a necrose tecidual (LOBATO et al, 2017).

Qualquer pessoa restrita ao leito pode ser acometida por lesão por pressão. Quanto maior o nível de dependência do paciente ao leito, maior o risco de surgir lesões. Quando o paciente permanece muito tempo em decúbito, as estruturas subjacentes são pressionadas contras proeminências ósseas e causam essas lesões. Devido a fragilidade da pele e comorbidades presentes nos idosos, esta faixa etária éa mais comumente acometida (NUPUAP, 2016; QUIRINO et al.,2014; FREITAS, 2011).

Com o tempo prolongado no mesmo decúbito, há uma pressão no local que impede a perfusão adequada dos tecidos, gerando alterações características das lesões por pressão, estas lesões podem ser divididas em quatro estágios (SOBEST, 2016).

No estágio 1 a pele ainda não perdeu sua integridade, apresenta hiperemia fixa que não embranquece. Em pessoas com pele de cor escura pode haver tonalidade diferente. Antes do eritema o local pode apresentar alteração na sensibilidade, temperatura ou consistência (SOBEST, 2016).

Figura 1 - Lesão por pressão estágio 1



(NPUAP, 2014)

Já no estágio 2 há dano a pele em sua profundidade parcial com exposição da derme subjacente. O leito da úlcera é viável, cor rosa ou rubra, úmido, com possibilidade de se apresentar como uma bolha íntegra, com conteúdo seroso, ou rompida. Não há exposição do tecido subcutâneo ou outros tecidos mais profundos. Ainda não existe tecido de granulação ou formação de escara. Não estão incluídos nesta classificação lesões causadas por umidade, dermatites ou lesões associadas a curativos ou feridas causadas por traumas (fricção, queimaduras ou escoriações) (SOBEST, 2016).

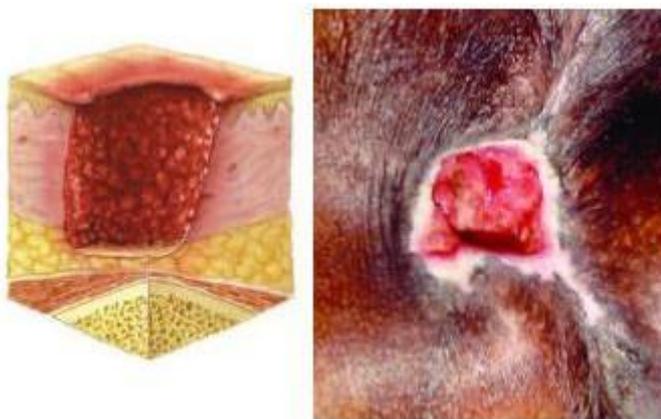
Figura 2 - Lesão por pressão estágio 2



(NPUAP, 2014)

A partir do estágio 3 há destruição da pele em toda a sua espessura, a gordura é visualizada, há tecido de granulação e as bordas estão dobradas. Há tecido inviável (esfacelo) e/ou escara presentes. A extensão do dano tecidual depende da região anatômica e é sabido que áreas com maior tecido adiposo tendem a desenvolver lesões mais profundas. Formação de túneis e descolamento podem estar presentes. Tecidos mais profundos como fáscia, tendão, ligamento, cartilagem ou osso estão preservados e não estão expostos (SOBEST, 2016).

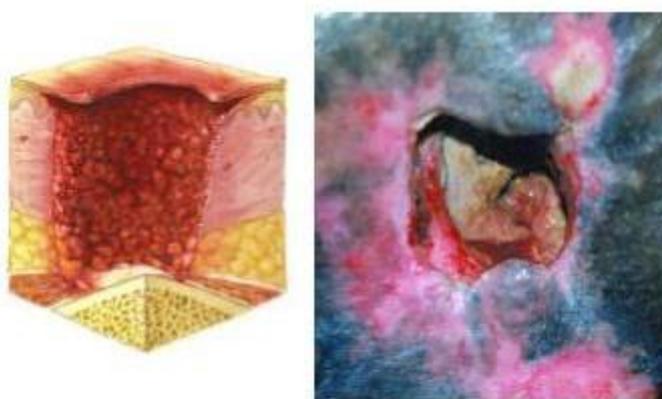
Figura 3 - Lesão por pressão estágio 3



(NPUAP, 2014)

Diferente do estágio anterior, no estágio 4 há perda da espessura total com acometimento de tecidos mais profundos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, que podem ser visualizados ou palpados. Demais características são comuns a outros estágios como presença de esfacelos, escaras, túneis e bordas enroladas (SOBEST, 2016).

Figura 4 - Lesão por pressão estágio 4

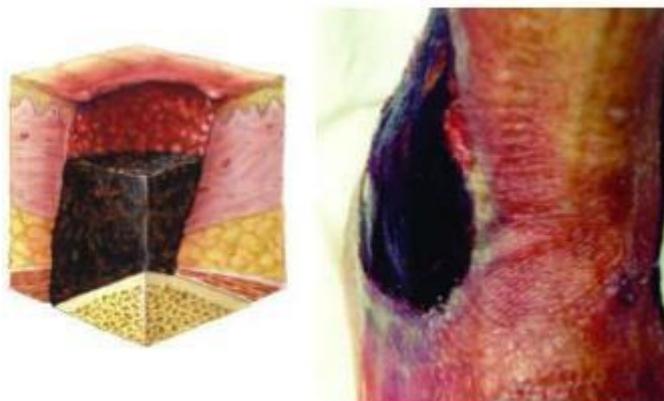


(NPUAP, 2014)

Quando há destruição da pele em sua espessura completa, perda tecidual e a extensão do dano não pode ser comprovada pela presença de esfacelo ou escara, a lesão é considerada como lesão por pressão não classificável. Ao se retirar o esfacelo ou escara, geralmente surgem lesões de estágio 3 ou 4. Quando a escara estiver

seca, aderida, sem edema ou flutuação, ou seja, estável, em membro com isquemia ou em calcâneo, esta lesão não deve ser retirada (SOBEST, 2016).

Figura 5 - Lesão por pressão não classificável



(NPUAP, 2014)

A lesão por pressão tissular profunda é caracterizada como uma área vermelha escura ou púrpura em pele íntegra e sem cor ou flictena preenchida com sangue, causada por danos no tecido mole subjacentes como consequência de pressão ou cisalhamento. Ao redor da lesão o tecido pode ser dolorido, firme, amolecido ou ter alteração de temperatura. Pode evoluir com flictena de espessura fina sobre uma lesão escurecida. Uma camada delgada de tecido necrótico pode cobrir a lesão. Mesmo com tratamento adequado, a evolução da lesão pode ser acelerada e acabar expondo outras camadas de tecidos (NPUAP, 2014).

Figura 6 - Lesão por pressão tissular profunda.



(NPUAP, 2014)

Por ser uma complicação que ocorre globalmente, as lesões por pressão,

afetam todos os graus de assistências de saúde, todas as faixas etárias e repercutem economicamente para o sistema de saúde. Há elevação nos gastos com materiais, equipamentos, medicamentos, cirurgias e duração do tempo no internamento (OTTO et al., 2019).

Com o crescimento desse problema nos sistemas de saúde, em 2013, o Ministério da Saúde adotou medidas para controlá-lo e criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente que estabelece a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde (CPPAS, 2019).

Diante de todas as medidas que são necessárias para evitar essa morbidade é necessário ainda investir na formação e orientação dos profissionais de saúde quanto aos cuidados com pacientes propícios a este problema, pois só a orientação e prevenção podem diminuir com esse problema (CPPAS, 2019).

Segundo Olkoski, cabe ao profissional de saúde estar preparado para intervir de forma positiva para os cuidados e prevenção dos pacientes com ou propensos a lesão por pressão, pois essa comorbidade demanda muito cuidado (OLKOSKI, 2016)

Devido à relevância das complicações referentes a prevalência da LPP nos sistemas de saúde, a prevenção é a melhor solução para diminuir este problema, dando enfoque no uso de protocolos e diretrizes baseado em evidências. A prevenção da LPP é multifatorial e envolve profissionais de várias categorias e áreas diferentes. Para a adesão de novas condutas é necessário fortalecimento de um costume organizacional que enalteça a prevenção e estimule o serviço em equipe (CPPAS, 2019).

De acordo com Jansen, o processo de enfermagem defende a organização, de maneira sistematizada, para a prestação de serviço da equipe de enfermagem. Sua fundamentação tem como finalidade descrever, explicar e compreender as necessidades do paciente em relação à prática do profissional de enfermagem. Desta forma, a equipe multiprofissional de saúde, incluindo a enfermagem, precisa fazer uso de ferramentas que classifique diariamente os pacientes com maior risco de LPP e estabelecer medidas de prevenção (JANSEN et al, 2020).

Deve-se enfatizar que o aumento dos pacientes acometidos com a LPP

está afetando o sistema de saúde e a qualidade de vida dos seus usuários, pois essas lesões podem ser uma porta de entrada para bactérias e gerar um quadro infeccioso, lesivo e irreversível, como bacteremia e sepse, aumentando a taxa de óbitos nos acometidos por LPP, afirma Terra (TERRA et al., 2017).

A prevenção de LPP deve ser realizada de forma cautelosa e com excelência, como prática prioritária. Jansen sugere que as estratégias devem incluir o serviço e diversos profissionais, sendo o enfermeiro o profissional que está ofertando assistência constante ao paciente. Por isso, a Escala de Braden pode ajudar na percepção do risco que o paciente com diminuição da mobilidade tem de desenvolver LPP (JANSEN et al, 2020).

A escala de Braden foi desenvolvida em 1987 como uma ferramenta de predição da chance de surgimento de LPP. É formado por 6 itens: percepção sensorial, mobilidade, atividade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, cada um possui uma categoria de classificação que varia de 1 a 4, com exceção ao último item que pontua de 1 a 3. A pontuação total da escala varia de 6 a 23 e o ponto de corte para estabelecer o risco determinado pelos autores em estudos preliminares foi de 16 ou menos (DIAZ, 2017).

Figura 7 - Escala de Braden (versão resumida)

Pontos	1	2	3	4
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 imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
Risco Muito Alto			6 a 9 pontos	
Risco Alto			10 a 12 pontos	
Risco Moderado			13 a 14 pontos	
Risco Leve			15 a 18 pontos	

(PARANHOS, 1999).

Se faz necessário a reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento da lesão por pressão devido à complexidade e a gravidade dos pacientes. Esta reavaliação proporciona ajuste da tática de prevenção pelos profissionais, de acordo com as necessidades do paciente. As estratégias devem ser especificadas para cada paciente de acordo com o grau de risco, seguindo especificação de diversas ferramentas (CPPAS, 2019).

Esta avaliação necessita de atenção as sensibilidades, suscetibilidades e condições de risco para o surgimento de mudanças na pele. Precisam ser aplicadas escalas preditivas, com alto grau de confiabilidade e especificidade. Portanto, para a reavaliação do paciente, deve-se seguir o score de Braden. Os pacientes com baixo risco para desenvolver LPP, deverão ser avaliados em até 72 horas. Já os pacientes com risco moderado e alto em até 24h. Nos pacientes internados em domicílio, a inspeção da pele precisa ser efetuada durante todas as visitas da enfermeira que os dá assistência. Caso haja mudança abrupta no quadro clínico do paciente, este necessita de reavaliação de risco imediata (CPPAS, 2019).

A pele do paciente deve ser inspecionada de forma cautelosa diariamente para detectar a presença da LPP. Os pacientes que possuem risco alto e moderado para LPP precisam ter sua superfície cutânea avaliada céfalo podálico. Tais pacientes, geralmente internados, tem potencial para agravamento da integridade da pele em poucas horas. Precaução redobrada deve-se dar as regiões de protuberâncias ósseas, pois são áreas do corpo com grande risco de lesões, como por exemplo as regiões sacral, calcâneo, isquio, trocântérica, occipital, escapular, entre outras, assim como pressão sobre equipamentos médicos (cateteres, tubos e drenos). Deve se registrar no prontuário a inspeção da pele, se há lesão, o local, estágio, extensão, secreção e odor. Caso haja modificação da lesão, a equipe multiprofissional deve ser informada (CPPAS, 2019).

Para o controle da umidade, deve-se ter higiene e atenção com a e pele. A finalidade é manutenção da pele limpa, hidratada e sem muita umidade, pois, a pele úmida é mais susceptível e predisposta a formação de lesões, por se romperem com facilidade. Para isso deve-se: limpar a pele quando estiver suja, de preferência com água morna, sabão/produtos neutro e pouco atrito na pele, para

diminuir irritação e ressecamento. Hidratação da pele após banho, pelo menos uma vez diária em pacientes idosos e/ou com a pele seca. Neste caso pode ser utilizado óleos de girassol. Durante hidratação, realizar movimentos delicados e não fazer massagem em protuberâncias ósseas ou locais hiperemiados (CPPAS, 2019; OLKOSKI & ASSIS, 2016).

Para o controle da umidade em excesso, deve-se utilizar produtos de barreira. A umidade altera as propriedades mecânicas e de regulação da temperatura realizado pelo estrato córneo da epiderme. Deve-se estar atento a continência (fecal e urinária), transbordamento de drenos na pele, secreção de ferimentos, transpiração e extravasamento de linfa secundário a anasarca, por serem abrasivo para a pele (CPPAS, 2019).

Além dos cuidados já citados, a nutrição e hidratação dos pacientes com risco de LPP devem ser avaliadas. Pacientes desnutridos e desidratados, apresentam diminuição de massa muscular e de peso, deixando os ossos mais proeminentes e a deambulação prejudicada. Edema e diminuição da perfusão cutânea estão associados a déficits calóricos e hídricos, culminando em lesões por isquemia que favorecem lesões na pele. Pacientes com má nutrição tem um risco duas vezes maior de lesões por pressão. Portanto, fluidos, proteínas e ingestão calórica são fundamentais para conservação de um estado nutricional ideal. Pacientes desnutridos devem ser avaliados por nutricionistas, para o mesmo intervir da maneira mais adequada (CPPAS, 2019).

A principal técnica para a prevenção da LLP é a redistribuição da pressão, principalmente em regiões de protuberâncias ósseas. A mudança de decúbito em paciente com risco de desenvolver lesões, intercala ou minimiza a pressão em áreas vulneráveis, diminuindo a chance do surgimento dessas lesões. Esta redistribuição pode ser realizada empregando superfícies estáticas ou dinâmicas. Medidas devem ser tomadas para que haja redistribuição da compressão sobre a pele, através da mudança de decúbito a cada duas horas ou pelo uso de superfícies de redistribuição de pressão (CPPAS, 2019).

A mudança de decúbito a cada duas horas precisa ser planejada e não exceder este tempo. Se faz necessário levantar o paciente ao invés de arrastá-lo, evitando fricção, devido a fragilidade da pele. Se atentar a presença de algo sob o paciente para que não haja prejuízos a pele durante o reposicionamento.

Assegurar que os lençóis se mantenham sem umidade e estirados. Preservar reposicionamento do paciente sobre as protuberâncias ósseas que possuem eritema não clareáveis. Assim como em regiões que já possuem LLP. Deve-se elevar a cabeceira até 30 graus, sem exceder este limite, evitando deslizamento sobre a cama, impedindo tensão de cisalhamento e lateralização menor que 45°. Caso o paciente não possa ser colocado nesta angulação, um curativo de espuma com poliuretano precisa ser posto na região sacral (CPPAS, 2019; KOTTWITZ, 2019).

Além da região sacral, o calcâneo deve ser protegido com aparelhos de descarga de calcanhar ou coberturas de espuma de poliuretano, quando há alto risco para lesões nessa área. Idealmente, o calcâneo não deve estar apoiado no leito. Não é recomendado o uso de luvas com água para elevação dos calcâneos (CPPAS, 2019).

Travesseiros, coxins, colchões piramidal e/ou pneumático e camas são superfícies de apoio estáticas que auxiliam na redistribuição de pressão sobre a pele e tecidos subcutâneos. Se empregados de forma adequada expandem a superfície que tolera o peso. A incidência no desenvolvimento de LPP é consideravelmente menor em pacientes que fazem uso destes dispositivos para redistribuição de pressão e proteção de protuberâncias ósseas (CPPAS, 2019; KOTTWITZ, 2019).

Após identificar os riscos para lesão por pressão usando a escala de Braden, as medidas preventivas variam de acordo com a classificação de risco, como mostra a tabela abaixo (CPPAS, 2019).

Tabela 1 - Medidas Preventivas para Lesão por Pressão

Medidas Preventivas para Lesão por Pressão			
Risco Leve (15 a 18 pontos na escala de Braden)	Risco Moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)	Risco Alto (10 a 12 pontos na escala de Braden)	Risco Muito Alto (\leq 9 pontos na escala de Braden)
<ul style="list-style-type: none"> - Orientação para reposicionamento no leito; - Otimização da mobilização; - Proteção do calcanhar; - Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar as intervenções do risco baixo; - Mudança de decúbito com posicionamento a 30°. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar as intervenções do risco moderado; - Reposicionamento no leito a cada 2 horas; - Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar as intervenções do risco alto; - Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível; - Manejo da dor.

(CPPAS, 2019)

Os profissionais de enfermagem devem orientar aos pacientes e seus acompanhantes acerca das estratégias de prevenção e a relevância das medidas preventivas da LPP. Diversas estratégias podem ser executadas pelos pacientes e/ou cuidadores. Essa autonomia em relação ao cuidado pelo paciente e acompanhante deve ser incentivada pelo enfermeiro (CPPAS, 2019).

O profissional enfermeiro tem papel crucial na prevenção da LPP, tem em vista que é a enfermagem que lida de forma mais direta no cuidado com o paciente no decorrer de todo o dia. A maioria das lesões é prevenível, através de medidas de prevenção, diminuindo a angústia e despesas adicionais ao paciente, familiares e serviços de saúde. Por isso se faz importante também educação continuada da equipe de enfermagem. Essa educação evita intervenções erradas, atualiza o profissional sobre novas técnicas, conhecimento, avanços e possibilidades essenciais para um melhor resultado (OLKOSKI & ASSIS 2016; KOTTWITZ, 2019).

4. CONCLUSÃO

A lesão por pressão é uma consequência da pressão continuada da pele sobre alguma superfície e pode acometer a pele e tecidos subjacentes como pele, músculos e tecidos subcutâneos. Além das consequências físicas, demanda maior cuidado da enfermagem, cuidadores, mais gastos com insumos, tempo prolongado de internamento e maior mortalidade.

É sabido que a equipe de enfermagem tem papel crucial na prevenção das lesões por pressão, devido a sua dedicação integral aos pacientes durante 24 horas por dia. O enfermeiro é responsável pela avaliação dos pacientes para identificar os possíveis riscos para desenvolvimento da LPP, pela reavaliação diária da pele, mudança de decúbito, cuidados com hidratação da pele, avaliação nutricional e nutrição do paciente, orientação aos pacientes e cuidadores, assim como educação continuada de toda a equipe de enfermagem.

Por este motivo, devem ser seguidos protocolos estabelecidos por cada unidade, levando em consideração escalas preditivas com alto grau de confiabilidade e especificidade, estratégias baseadas em evidências e atualização de rotina dos profissionais da equipe.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA F. DE; COSTA M. DOS M. S. DA; RIBEIRO E. S.; SANTOS D. C. DE O.; SILVAN. D. A.; SILVAR. E. DA; SARAIVAK. P.; PEREIRA P. C. B. **Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 30, p. e1440, 14 ago. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil.** São Paulo: SOBEST, 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 01 dez. 2020.
- DOMANSKY RC, BORGES EL. **Manual para prevenções de lesão de pele.** 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.
- FERNANDES, LUCIANA MAGNANI, CALIRI, MARIA HELENA LARCHER E HAAS, VANDERLEI JOSÉ. **Efeito das intervenções educativas no conhecimento sobre prevenção de úlcera por pressão dos profissionais de enfermagem.** Acta Paulista

de Enfermagem [online]. 2008, v. 21, pp. 305-311. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000200012>>. Epub, 22 de julho de 2008. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000200012>. Acesso em: 29 set. 2021.

JANSEN, Ricardo Clayton Silva *et al.* **A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão**. Rev Bras Enferm., [S. l.], p. 7, 7 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 3 out. 2021.

JOMAR, Rafael Tavares *et al.* **Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva oncológica**. Rev Bras Enferm, Rio de Janeiro, p. 1-6, 7 maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5HXdLCjYy8F8BBFb9Zvd9bb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 out. 2021.

KOTTWITZ, Adriane. **Assistência de enfermagem ao paciente com úlcera por pressão hospitalizado ou acamado: Uma revisão integrativa**. Anuário de Pesquisa e Extensão Unoesc, São Miguel do Oeste, v. 4, p. e.23432, nov. 2019. Disponível em: < <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/23432>>. Acesso em: 10 out. 2021.

MEDEIROS *et al.*, **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros**. Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.1 São Paulo Mar. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100029. Acesso em: 20 set. 2020.

NUPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel e Pan Pacific Pressure Injury Aliança. **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão: Guia de referência rápida**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Austrália; 2014. Disponível em: <http://sobende.org.br/pdf/Portuguese-Quick%20Reference%20Guide-Jan2015.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

OLKOSKI.E; ASSIS. G.M. **Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa**. Esc. Anna Nery.v. 20, p. 363-369, 2016.

ROA DIAZ, Zayne Milena; PARRA, Dora Inés; CAMARGO-FIGUERA, Fabio Alberto. Validação e índices de qualidade das escalas de Braden e Norton. Gerokomos , Barcelona, v. 28, n. 4, pág. 200-204, 2017. Disponível em

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400200&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2021.

SEGURANÇA do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP). **COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE (CPPAS)**, DISTRITO

FEDERAL, p. 21, 2019. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

STACCIARINI, T. S. G. **PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL:**

Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018. 26p. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+Preven%2B%BA%2B%FAo+e+tratamento+de+LPP+7.pdf/33eeb7da-aa00-464c-add3-2ff627d6d6f6>.
Acesso em: 25 set. 2020.

TERRA, M. R; SILVA, R.S; PEREIRA, M.G.N; MITROVINI, C. **Enterococcus spp e**

Staphylococcus aureus EM LESÃO POR PRESSÃO. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, Vol.18, n2, pp.141-148 (Mar - Mai 2017). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170405_154933.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.