

Abordagem do enfermeiro na prevenção de feridas em pacientes hospitalizados

Approach of the nurse in the prevention of wounds in hospitalized patients

Janice de Matos Frazão¹ • Maria Nadabe de Souza Dos Reis² • Sandra Lima da Silva³
Fernanda Tatiane Reis Moraes⁴

RESUMO

Objetivos: Identificar os fatores de riscos para a lesão por pressão e descrever os cuidados de enfermagem em relação à prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados. **Metodologia:** O presente estudo refere-se a uma revisão integrativa da literatura de natureza descritiva e exploratória com uma abordagem qualitativa. A busca pelas informações ocorreu através do levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foi selecionado a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). **Resultados:** Essa pesquisa conseguiu identificar que as doenças do sistema nervoso, cardiovascular, sedentarismo e a idade são fatores de riscos para a lesão por pressão e os principais cuidados de enfermagem consistem em realizar mudança de decúbito, realização da escala de Braden e identificação dos fatores de riscos. **Conclusão:** os cuidados realizados pelo profissional enfermeiro são indispensáveis para a prevenção de lesões e manutenção da saúde dos pacientes.

Palavras-chave: Lesão Por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Pacientes Internados.

ABSTRACT

Objectives: To identify the risk factors for the pressure injury and describe nursing Care in relation to the prevention of pressure injury in hospitalized patients. **Methodology:** This study refers to an integrative review of the literature of a descriptive and exploratory nature with a qualitative approach. The Search for information occurred through the bibliographical survey of the Virtual Health Library (VHL), where the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) database was selected. **Results:** This research was able to identify that diseases of the nervous system, cardiovascular, sedentary lifestyle and age are risk factors for pressure injury and the main nursing care consists of performing change of decubitus, performing the Braden scale and identifying the factors of risks. **Conclusion:** the care provided by the nurse practitioner is indispensable for the prevention of injuries and maintenance of the patients' health.

keywords: Injury By Pressure; Nursing care; Hospitalized patients..

NOTA

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Escola Superior da Amazônia (Esamaz). janicefrazao@hotmail.com

²Enfermeira. Escola Superior da Amazônia (Esamaz). nanareis@hotmail.com

³Enfermeira. Escola Superior da Amazônia (Esamaz). sandrinha-pop@hotmail.com

⁴Enfermeira. Escola Superior da Amazônia (Esamaz). reisfernanda527@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da pele origina-se dos fatores intrínsecos os quais são relacionados por alterações na derme como flacidez e rugas, e de fatores extrínsecos os quais são decorrentes da condição de vida ⁽¹⁾. O processo de envelhecimento é considerado como um processo natural e individual, visto que o sistema tegumentar é a referência para todas as fases da vida ⁽²⁾.

Diferentes modificações acontecem com os idosos entre elas pode-se destacar as dificuldades em realizar tarefas do dia a dia, ocasionando modificações em sua qualidade de vida em decorrência de sua incapacidade funcional. Muitas das vezes a incapacidade funcional do idoso está relacionada a diversas internações, sendo capaz de gerar dano irreversível no sistema musculoesquelético, uma vez que atua diretamente na força muscular, resultante de um longo período de imobilidade ⁽³⁾.

Neste contexto pode-se destacar também a Síndrome de Imobilidade (SI) como um fato potencializador de sofrimento cutâneo e ressaltamos que esta síndrome caracteriza-se por uma incapacidade que acomete pessoas em idades avançadas com doenças que causam inabilidade, o que provoca cancelamento na movimentação articular. Apesar disso as origens da SI são multifatoriais, predominante em alterações musculoesqueléticas ⁽⁴⁾.

Os profissionais de enfermagem devem oferecer um cuidado humanizado, seguro e eficaz aos indivíduos que necessitam ⁽⁵⁾. Por isso os enfermeiros tem a necessidade em compreender a morfologia e a fisiologia do tecido cutâneo, os fatores desencadeantes para uma lesão de pele e as fases de cicatrização de uma ferida ⁽⁶⁾.

Este estudo tem como objetivos identificar os fatores de riscos para a lesão por pressão e descrever os cuidados de enfermagem em relação à prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados.

Sendo assim, surgem as questões norteadoras desse estudo como qual é o papel do enfermeiro frente a prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados? Quais são os fatores de riscos para a lesão por pressão?

MÉTODO

O presente estudo refere-se a uma revisão integrativa da literatura de natureza descritiva e exploratória com uma abordagem qualitativa. As revisões integrativas têm como delineamento fazer síntese dos resultados das pesquisas, de forma sistematizada, regulada e extensiva. Entretanto é denominada integrativa por proporcionar informações acima de qualquer tema selecionado ⁽⁷⁾.

A busca pelas informações foi realizada através do levantamento bibliográfico na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para a busca dessas informações utilizamos

os seguintes descritores: Lesão Por Pressão; Cuidados de Enfermagem; pacientes internados. Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: artigos publicados em português, com os conteúdos disponíveis na base de dados selecionada, artigos que contemplaram o assunto abordado dessa pesquisa, entre o período de 2013 a 2017.

Foram excluídos os artigos que não contemplaram a temática da pesquisa, artigos que não estavam em língua portuguesa e no período selecionado.

Ao usar o descritor Lesão Por Pressão na base de dados do LILACS foram encontrados 17.651 artigos, ao utilizar a filtragem obteve 29 artigos e após a leitura dos temas dos mesmos foram selecionados 6 artigos. Ao usar o descritor Cuidados de Enfermagem na base de dados do LILACS foram encontrados 20.375 artigos, ao utilizar a filtragem obteve 120 artigos e após a leitura dos temas dos mesmos foram selecionados 2 artigos, ao utilizar o descritor Pacientes internados e realizar a filtragem obteve 87 artigos e após a leitura dos temas dos mesmos foram selecionados 15 artigos para compor essa revisão.

Para realizar a análise dos dados foram elaborados três quadros, os quais serão apresentados de forma qualitativa, o primeiro quadro consiste na caracterização da produção científica, o segundo quadro identifica a numeração do artigo e identifica os fatores de risco para a lesão por pressão e o terceiro quadro identificar a numeração do artigo e descreve os cuidados de enfermagem em relação à prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados.

RESULTADOS

DISCUSSÃO

Lesão por pressão

Segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) define a lesão por pressão (LPP) como: “um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa” ⁽⁸⁾.

A LPP ocorre devido uma pressão, atrito, e cisalhamento do tecido cutâneo, onde ocorre a morte dos tecidos, em decorrência da ausência de oxigênio no local de pressão ⁽⁹⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a LPP como o acontecimento prejudicial à saúde, e a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente verifica meios para tentar sensibilizar os trabalhadores do campo da saúde em relação à LPP. Por meio de ações preventivas e a detecção precoce dos elementos de riscos torna-se

QUADRO 1 – Caracterização da produção científica. Belém-PA, Brasil, 2017

CÓDIGO	ANO	AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO
01	2013	SANTOS et al.,	Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: Análise de prontuário e de notificação de incidente
02	2013	BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS	Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente.
03	2014	ASCARI et al.,	Úlcera por pressão: um desafio para a Enfermagem
04	2014	VIEIRA et al.,	Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada
05	2014	DENTI; CERON; BIASI	Identificação de clientes com risco para desenvolvimento de úlceras por pressão em uma unidade de terapia intensiva
06	2014	ALVES; BORGES; BRITO	Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa
07	2014	BARBOSA; BECCARIA; POLETTI	Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem
08	2015	MATTOS et al.,	Educação em saúde aos trabalhadores de enfermagem e acompanhantes sobre prevenção e tratamento de lesões de pele em dois hospitais de Petrolina-PE
09	2016	FRANÇA; SOUSA; JESUS	Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: uma Revisão Sistemática
10	2016	AYALA; GALENDE; STOEBERL	Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio
11	2016	VALLES et al.,	Cuidado de enfermagem omitido em pacientes com risco ou com úlceras por pressão
12	2016	MACÊDO et al.,	Instrumento de coleta de dados para prevenção de úlcera por pressão no idoso institucionalizado
13	2016	SOUSA; PRADO	A utilização da escala de Braden na uti para prevenção de úlcera por pressão
14	2016	OLKOSKI; ASSIS	Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa
15	2017	MENEZES et al.,	Cuidados clínicos e gerenciais de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

QUADRO 2 – fatores de risco para a lesão por pressão Belém-PA, Brasil, 2017

CÓDIGO	FATORES DE RISCO PARA A LESÃO POR PRESSÃO
01	Doenças cerebrovasculares, geniturinárias, neoplasias, Cardiovasculares, metabólicas, psiquiátricas
02	Doenças preexistentes e uso de medicamentos
03	Fator idade, debilidade, tabagismo, etilismo, atividade física prejudicada como fadiga, debilidade, fraqueza ou desconforto, não deambula, faz uso de apoio (cadeiras de rodas/muletas)
04	Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, outras doenças, analgésico, anti-hipertensivo, anticoagulante, antibiótico, tabagismo, etilismo, pele seca, turgor/elasticidade diminuídos
05	Uso de fraldas, acamados, uso de ventilação mecânica, uso de sedação, uso de drogas vasoativas, restrição de movimentação
06	Mobilidade, umidade, nutrição e fricção/cisalhamento, idoso, tempo de internação, clientes com traumatismos craniano encefálico, cirurgia de grande porte, continência/mobilidade, integridade da pele prejudicada e deambulação prejudicada,
07	Pacientes que não utilizam coxins em proeminências ósseas, hidratação da pele e qualidade da assistência
08	Boias, colchão e luvas infladas com água ou ar, por serem de materiais plásticos e, conseqüentemente, quentes
09	Idade, Doenças cardiovasculares, Doenças do sistema nervoso, Incontinência anal e vesical, Mobilidade, Cor, Tabagismo, Obesidade, Diabetes Mellitus, Nutrição, Umidade, Fricção e cisalhamento, Pele, Neoplasias, Sonda vesical de demora, Diminuição do nível de consciência, Sepsis, AVC, Ventilação mecânica, Drogas vasoativas, Tempo de internação
10	Acidente Vascular Cerebral (AVC), Alzheimer, gangrena e fratura de fêmur, Hipertensão Arterial (HA), Diabetes mellitus (DM)
11	Cuidado omitido
12	Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) como acidente vascular encefálico (AVE)
13	Condição clínica do paciente, aos aspectos nutricionais, imobilidade e a perda sensorial
14	Limitação de recursos
15	Pressão, nutrição, higiene e hidratação.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.



QUADRO 3 – os cuidados de enfermagem em relação à prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados. Belém-PA, Brasil, 2017.

CÓDIGO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO
01	Ações gerenciais e educativas, que promovam conhecimento, habilidades e competências à melhoria permanente da assistência de enfermagem
02	Capacitação para prever, prover e manter a disponibilização de pessoal e material indispensáveis à redução e/ou eliminação dessas úlceras no cliente
03	Mudança de decúbito, hidratação da pele, utilização de suporte, proteção das saliências ósseas, manutenção da higiene do leito e paciente e a educação continuada dos profissionais
04	Alívio da pressão, facilitação e estimulação da alimentação e hidratação, prevenção e controle das doenças crônicas e supervisão da pele de pacientes idosos que fazem uso de medicações, como anti-hipertensivos, anticoagulantes e analgésicos
05	Uso de colchão piramidal, alternância de decúbito de duas em duas horas, roupa de leito limpa, seca e esticada, alívio da pressão com uso de coxins e travesseiros e proteção das proeminências ósseas com filme transparente, além da hidratação e nutrição adequadas, manter a integridade da pele por um período maior de tempo, mesmo em clientes acamados e com quadro clínico grave
06	Escala de coma de Glasgow associada à escala de braden
07	Escala de Braden, a limpeza da cama e do paciente, utilização do colchão piramidal e a hidratação da pele, enquanto outros foram menos observados, como a mudança de decúbito e a utilização de coxins em proeminências ósseas.
08	Mudança de decúbito, identificação precoce dos fatores de risco, o tratamento das patologias de base quando presentes, a manutenção nutricional adequada e, principalmente, a continuidade da educação aos cuidadores e profissionais de enfermagem
09	Uso da escala de Braden para a avaliação de risco, devendo ser aplicada de forma individual; uso de coxins nas proeminências ósseas; mudança de decúbito; hidratação da pele; uso de colchão piramidal
10	Realizar inspeção e hidratação da pele, secar bem a pele após banho, observar sinais de hiperemia, oferecer dieta pastosa, esticar bem os lençóis, deixar objetos próximos ao alcance, tomar medicamentos nos horários certos, realizar dieta hipossódica, realizar dieta hipocalórica, orientar para aumento da ingestão hídrica, realizar mudança de decúbito de 04 em 04 horas, proteger proeminências ósseas com coxins, almofadas, utilizar colchão piramidal, realizar troca de fralda, observar nível de consciência, manter grades do leito elevadas, deambular com auxílio, esvaziar bolsa coletora, preparar alimentos ricos em fibras, deixar ambiente limpo e arejado
11	Ausência de zonas expostas a umidade por incontinência, ausência de pele seca, ausência de eritema na pele, ausência de pele macerada, ausência de umidade em áreas como axilas, debaixo das mamas ou em dobras, uso de medidas preventivas em zonas em contato com dispositivos terapêuticos, roupa de cama seca, tubos de drenagem fixos sem interferir nos movimentos do paciente, posicionamento do paciente com bom alinhamento corporal, uso de colchões pneumáticos, uso de algum tipo de alívio de pressão em proeminências ósseas, manutenção da higiene diária do paciente, mobilização do paciente pelo menos a cada 2 horas, em caso de usar fralda, fralda limpa e seca
12	Escala de Braden, manter higiene, controlar a exposição à umidade, não massagear áreas de proeminência, utilizar protetor de pele, elevar a cabeceira da cama até o máximo 30 graus, manter ingestão líquida satisfatória e utilizar colchões especiais
13	Alívio da pressão úlcera por pressão, medidas para minimizar o cisalhamento e fricção, manejo da umidade, monitoramento nutricional e de hidratação, cuidados com a pele e educação em saúde
14	Reposicionamento em até três horas, lateralização com angulação menor que elevação de cabeceira com angulação menor que 90°, elevação de calcâneos com apoio sob as panturrilhas, uso de travesseiros de espuma sob a cabeça orelhas livres de pressão, uso de colchões especiais e fixação adequada de cateteres e drenos
15	Alívio da Pressão, nutrição adequada, higiene da pele e hidratação.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

possível diminuir as LPP, essas ações podem ser desenvolvidas através da educação continuada ⁽¹⁰⁾.

A organização norte americana National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), substituiu a expressão úlcera por pressão para LPP. Contudo a lesão é caracterizada como uma grave falha na atenção individual a saúde dos pacientes ⁽¹⁰⁾.

O NPUAP classifica as LPP em estágios, entre esses estágios podemos destacar a LPP em estágio 1 refere a pele íntegra com eritema que não embranquece, a LPP em estágio 2 evidencia a perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme, a LPP em estágio 3 ressalta a perda da pele em sua espessura total, a LPP em estágio 4 relata a perda da pele em sua espessura total e perda tissular, e além desses quatro estágios fazem parte a LPP não classificável onde ocorre Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, e a Lesão por Pressão Tissular Profunda expõem a descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece ⁽⁸⁾.

A LPP é denominada como um problema de saúde pública, por isso requer inspeção diária na pele dos pacientes que se encontram hospitalizados. Em virtude disso uma lesão ocasiona grandes impactos na vida de uma pessoa vida ⁽¹¹⁾. Muitas vezes a LPP consiste em um acontecimento comum entre os indivíduos internados por um longo período principalmente em uma unidade de terapia intensiva (UTI) ⁽¹²⁾.

Mesmo com o progresso da saúde, as LPP permanecem como as principais implicações para os eventos de morbidade e letalidade, trazendo amplas consequências para o próprio cliente dificultando assim a sua qualidade de vida e de sua família, causando um grave problema a nível social, financeiro e também da saúde pública. Mediante isso no momento em que se evita uma LPP, certamente diminuirá os gastos tanto das redes hospitalares quanto dos familiares, tornando-se menor o tempo de hospitalização ^(13,14).

Fatores de risco para o surgimento da LPP

O aparecimento da LPP possui diversas causas compreendendo os elementos internos e externos. Os elementos internos abrangem a alimentação, hidratação, a locomobilidade e o grau de consciência. Os elementos externos são apresentados por pressão, deformação no tecido subcutâneo, atrito e a umidade, nas quais os clientes se encontra dependente no momento em que está no leito ou em cadeiras de rodas. É imprescindível destacar que em todos os clientes que são manifestadas uma ou diversas LPP é obrigatório ser declarado como de alto risco para desencadear outras LPP ⁽¹⁵⁾.

Os fatores de riscos para a LPP estão associados a restrição ao leito, dificuldades para deambular, alimentação, uso de fraldas e umidade ⁽¹⁶⁾.

Escala de Braden

A Escala de Braden é vista como o protocolo mais comum e eficaz, é usada para avaliar a potencialidade dos fatores de riscos para os clientes, sendo elaborada no contexto da fisiopatologia da LPP, a qual faz uso de fundamentos importantes como a intensidade, o período da LPP e a condescendência dos tecidos. A escala apresenta seis padrões numéricos onde são avaliados a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento ⁽¹³⁾. Na Escala de Braden quanto menor for a pontuação maior será o risco para o paciente desenvolver a LPP ⁽¹⁵⁾.

Nessa escala ao classificar os riscos, a divisão de pontos se dá de modo contrário, isto é, quanto maior o número de pontos obtidos na escala melhor será a classificação do paciente em relação aos riscos e a pontuação menor encontrada significa uma ameaça para o surgimento da LPP ⁽¹⁷⁾.

O papel da enfermagem frente à LPP

O papel da enfermagem consiste em identificar os fatores de riscos, implementar medidas de prevenção e realizar a assistência de enfermagem ⁽¹⁸⁾.

Contudo a enfermagem deve possuir conhecimentos científicos em relação aos estágios da LPP, visto que cabe a essa profissão estabelecer os cuidados preventivos para que o paciente não desenvolva esse tipo de lesão, entre os cuidados oferecidos pela enfermagem destacamos a realização de mudança de decúbito, manter a pele do paciente hidratada, preservação da higiene corporal e proteger as proeminências ósseas do paciente hospitalizado ⁽⁹⁾.

A enfermagem durante a realização da assistência deve observar a integridade do tecido tegumentar principalmente durante o banho no leito do paciente, em especial os paciente que apresentam limitações em seus movimentos. Todos os fatores de riscos devem ser considerados importantes ⁽¹⁵⁾.

Portanto é responsabilidade dos profissionais de enfermagem realizar de forma primordial a avaliação dos fatores de riscos para o desencadeamento de LPP em seus pacientes, com a finalidade de prevenir e reconhecer de maneira precoce as LPP e desenvolver parâmetros essenciais para a assistência ligada à integridade da pele do paciente. É importante enfatizar que a equipe de enfermagem é encarregada pela coordenação da assistência e colocar em prática a ação do cuidar diretamente ao cliente, ou seja, a maior parte do cuidado fica atribuída para a enfermagem, portanto é evidente o papel da enfermagem ⁽¹³⁾.

Síndrome da imobilidade

A síndrome da imobilidade (SI) é evidenciada por mu-

danças que acontecem em pessoas que se encontram em repouso no leito por um vasto período de tempo, afetando a parte respiratória, circulatória, psicológica do ser humano e o sistema tegumentar ⁽⁴⁾.

Em alguns anos atrás os problemas da imobilidade e inatividade não foram considerados como fatores para o distúrbio da função, entretanto nos últimos anos, os profissionais da área da saúde estão compreendendo a consequência desfavorável para um idoso que localiza-se em repouso no leito por um enorme período de tempo, da inatividade e as consequências positivas da prática de atividades físicas ⁽¹⁹⁾.

A ausência de movimentos consegue provocar modificação a nível sentimental das pessoas como indiferença, transtorno de humor, solidão, apreensão ou medo, é provável que com a limitação de movimentos um indivíduo com bom estado de saúde possa desencadear rigidez em partes do corpo e na coluna vertebral, astenia, e doenças que acomete os ossos, e mudança em sua estrutura morfológica ⁽³⁾.

A imobilidade é estabelecida como a privação nas habilidades de produzir movimentos, os quais são usados para performance nas funções do cotidiano, em virtude da redução das atividades do sistema locomotor. Essa situação dificulta a autonomia do sujeito e favorece a inabilidade ⁽²⁰⁾.

É importante destacar que a ação que visa promover os problemas da imobilização precisa ser executada por toda a equipe de saúde, mostrando que a SI é encarregada pela continuidade dos clientes em unidades hospitalares. A SI causa danos no sistema tegumentar, cardiovascular, endócrino, gastrointestinal, geniturinário, e respiratório ⁽²¹⁾.

Portanto, é visto que o tempo de descanso no leito é de 7 a 10 dias, a partir de 12 a 15 dias é caracterizado como imobilização, e de 15 dias pode ser considerado como repouso de longo espaço de tempo. Desse modo a modificação ocasionada pela imobilização pode dar início nas primeiras 24 horas e, se prosseguir, será capaz de dar origem a diversos problemas ⁽²²⁾.

Em virtude da SI ser considerado um fator que possibilita o surgimento da LPP, o profissional de enfermagem é responsável em prevenir, tratar lesões já existentes em pacientes que apresentam essa patologia ⁽²³⁾.

Por conseguinte os cuidados com o tecido cutâneo são ações imediatas realizadas pela enfermagem, para que isso ocorra é essencial que seja realizada o processo de sistematização da assistência em enfermagem na programação e na exposição de protocolos que visam prevenir e tratar as LPP ⁽²⁴⁾.

Atualmente passamos por uma autêntica transformação no tratamento de feridas em consequência dos grandes avanços técnicos e científicos no campo da saúde,

através do olhar interdisciplinar e multidisciplinar no tratamento de indivíduos que apresentam lesões, progressivamente os diferentes profissionais que atuam neste campo destina-se em aperfeiçoar seus estudos a respeito da anatomia e fisiologia e os produtos empregados ⁽²⁵⁾.

Em relação ao Brasil, é notório o crescente número de pessoas que sofrem com lesões cutâneas, por isso é considerado um grande problema de saúde pública, contudo os surgimentos de lesões cutâneas nos indivíduos afetam a vida cotidiana das pessoas e geram expressivos aumentos nos gastos públicos ⁽²⁶⁾.

Em relação as pessoas que apresentam maiores lesões destaca-se os idosos, pois esse grupo tem maior fragilidade no tecido cutâneo em decorrência do processo de envelhecimento ^(27, 28).

No entanto os enfermeiros são obrigados a estabelecer aos indivíduos e seus familiares um cuidado humanizado destinando-se a promover a saúde, oferecendo suporte, passando informações, acompanhamento, detectando e analisando suas dificuldades elevando as situações relacionadas à saúde, reduzindo qualquer tipo de danos e restrições ⁽²⁹⁾.

Os indivíduos portadores de feridas precisam ser estimulados, em razão de serem pessoas que possuem sentimentos e dificuldades, as lesões cutâneas produzem insatisfações em virtude de chegar a um ponto específico impactando o sentido de ver, de perceber os cheiros e a própria percepção ao toque ⁽³⁰⁾.

Nos dias atuais existem vários métodos que são empregados para a prevenção da lesão em pacientes hospitalizados como é o caso das placas protetivas que são colocadas pelo enfermeiro ⁽²⁷⁾. O tratamento do sujeito portador de ferida pode ser executado em diversos meios entre eles podemos destacar a atenção primária, rede hospitalar e clínicas de referências, contando com a segurança do paciente. Todavia, nesses ambientes a ação do enfermeiro em relação às lesões resulta em rotina e suscetível a conhecimentos específicos conforme o assunto abordado ⁽³¹⁾.

Os materiais disponíveis para prevenir as LPP devem ser apontados em atividades realizadas para capacitar os profissionais. A falta de recursos certamente dificulta a assistência e causa frustração nos profissionais, acarretando em seus clientes maior tempo de internação, maiores custos e dificulta o bem estar dos pacientes, por isso necessita da participação da equipe nos cursos de capacitação ⁽³²⁾.

As escalas de Braden e de coma de Glasgow são utilizadas para prevenir os riscos que os pacientes possuem para desenvolver a LPP, as pontuações das escalas quando estão com escores de riscos altos evidenciam a LPP, nesse caso os profissionais de enfermagem devem estar atentos ⁽³³⁾.

CONCLUSÃO

Podemos ressaltar que o papel do enfermeiro consiste em realizar medidas educativas e preventivas como mudança de decúbito, prevenir a umidade, prevenção do atrito nas proeminências ósseas, hidratação adequada da pele, medidas de conforto, fazer uso da escala de Braden para realizar avaliações, manutenção da higiene, uso de colchão adequado, incentivar, inspeção da pele durante o banho no leito a alimentação e uso de curativo preventivo em pacientes acamados.

É notório que o profissional enfermeiro deve sempre estar se atualizando e pesquisando, buscando novos métodos de oferecer o cuidar, para fortalecer o seu conhecimento técnico e científico, visando sempre à me-

lhoria de seus pacientes. Contudo o enfermeiro tem a função de coordenar a sua equipe, realizar o cuidado e analisar o cuidado oferecido pelos demais profissionais de enfermagem.

Todos os cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem são indispensáveis para a prevenção de lesões e manutenção da saúde dos pacientes, visto que o aparecimento de lesões é muito comum em pacientes que possui dificuldades em se movimentar e em idosos, para que isso não ocorra o enfermeiro deve estar sempre alerta para a integridade da pele dos indivíduos hospitalizados.

Por fim, esse artigo pretende ser visto como uma ponte a ser seguida, cuja finalidade é servir como base de informações para os profissionais da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Garbaccio JL, Ferreira AD, Pereira ALGG. Conhecimento e prática referidos por idosos no autocuidado com a pele no Centro-Oeste de Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016 [acesso em 10 ago 2017]; 19(1): 45-56. Disponível em: <https://docplayer.com.br/17350001-Conhecimento-e-pratica-referidos-por-idosos-no-autocuidado-com-a-pele-no-centro-oeste-de-minas-gerais.html>
2. Ortolan MCAB, Simões MDLPB, Baroni EDRV, Auersvald A, Auersvald LA, Netto MRM, Simões RB. Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2013 [acesso em 26 nov 2017]; 28(10):41-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100008
3. Boechat JCDS, Manhães FC, Filho RVD, Istoé RSC. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Rev. Cient. Intern. Edição.* 2017 [acesso em 26 nov 2017]; 22(1): 89-193. Disponível em: <https://www.bing.com/search?q=a+s%C3%ADndrome+do+imobilismo+e+seus+efeitos+sobre+o+aparelho+locomotor+do+idoso&form=EDGTCT&q=PF&cvid=2327d93afa1a40f9bace0e8bce39a74a&refig=b5465c6af30641cadfe73eab7a2f1781&c=BR&setlang=pt-BR&PC=ACTS>
4. Ribeiro CA, Silva DDAM, Rizzo LA, Ventura MM. Frequência da síndrome de imobilidade em uma enfermaria de geriatria. *Rev. Geriatria & Gerontologia.* [acesso em 11 ago 2017]; 5(3): 136-9. Disponível em: <https://docplayer.com.br/70958532-Geriatria-gerontologia.html>
5. Dias KCCDOL, Lopes MEL, Zaccara AALL, Duarte MCS, Morais GSDN, Vasconcelos MFD. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: Revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE online.* 2014 [acesso em 5 set 2017]; 8(5): 133-46. Disponível em: <https://docplayer.com.br/78249951-A-enfermagem-no-cuidado-ao-idoso-institucionalizado-revisao-sistemica.html>
6. Fonseca RL, Silva LMPD, Pereira CV, Antunes IDO, Amaral EO. A humanização no cuidado de enfermagem aos pacientes com feridas. *Rev. digital.* 2017 [acesso em 17 ago 2017]; 17(171). Disponível em: <https://efdeportes.com/efd171/a-humanizacao-no-cuidado-de-enfermagem.htm>
7. Ercole FF, Melo LSD, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem.* 2015, [acesso em 17 out 2017]; 18(1): 1-260. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016 Adaptada culturalmente para o Brasil. Divulgado em 13 de abril de 2016 [acesso em 04 out 2017]. Disponível: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
9. Lamão LCL, Quintão VA, Nunes CR. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. *Revista científica interdisciplinar.* 2016, [acesso em 22 nov 2017]; 1(1):122-181. Disponível em: <https://docplayer.com.br/43988817-Cuidados-de-enfermagem-na-prevencao-de-lesao-por-pressao.html>
10. Pereira AFM, Beserra WC, Pereira MDCC, Andrade EMLR, LUZ MHBA. Incidência de lesão por pressão em um hospital universitário. *Rev Enferm UFPI.* 2017 [acesso em 03 nov 2017]; 6(1): 36-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322611817_Pressure_injury_incidence_in_a_university_hospital_Incidencia_de_lesao_por_pressao_em_um_hospital_universitario_Incidencia_de_lesion_por_presion_en_un_hospital_universitario
11. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Rev. Enferm. Cent. O. Min.* 2016 [acesso em 06 ago 2017]; 6(2): 2292-2306. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/36968784/conceito-e-classificacao-de-lesao-por-pressao-atualizacao-do-national-pressure-u/6>
12. França JRG, Sousa BVN, Jesus VSD. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: uma Revisão Sistemática. *Revista brasileira de saúde funcional.* 2016 [acesso em 18 nov 2017]; 1(11):16 -31. Disponível em: <https://docplayer.com.br/43988817-Cuidados-de-enfermagem-na-prevencao-de-lesao-por-pressao.html>
13. Ascari RA, Veloso J, Silva OMD, Kessler M, Jacoby AM, Schwaa, G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR,* 2014 [acesso em 09 out 2017]; 6(1): 11-16. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf
14. Borghardt AT, Prado TND, Bicudo SDS, Castro DSD, Bringuente MED O. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm.* 2016 [acesso em 03 ago 2017]; 69(3): 460-7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304339393_Ulcera_por_pressao_em_pacientes_criticos_incidencia_e_fatores_associados
15. Geovanine, T. Tratado de Feridas e Curativos Enfoque Multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014, p. 23.
16. Souza, DMSTD, Santos VLCDG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 2007 [acesso em 09 out 2017]; 15 (5). Disponível em: <https://docplayer.com.br/16538391-Fatores-de-risco-para-o-desenvolvimento-de-ulceras-por-pressao-em-idosos-institucionalizados.html>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Ministério da Saúde, 2013. [acesso em 16 nov 2017]; p. 36. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf
18. Rolim JA, Vasconcelos JDMB, Caliri MHL, Santos IBDC. Pre-

- venção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Rev Rene*. 2013 [acesso em 21 ago 2017]; 14(1): 148-57. Disponível em: [Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas](#)
19. Cintra MMM, Mendonça AC, Silva RCR, Abate DT. Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. *Rev. Colloquium Vitae*. 2013 [acesso em 02 out 2017]; 5(1): 68-76. Disponível em: <https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Artigo-Sindrome-Da-Imobilidade-Fisioterapia/73359217.html>
20. Motti MCJ. Imobilidade, um sério problema para o idoso. *Internet*, 2007 [acesso 18 out 2017]. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/02/16/imobilidade-um-serio-problema-para-o-idoso/>
21. Henrique J. Síndrome do Imobilismo. *Internet*. 2016 [acesso 18 out 2017]. Disponível em: <http://fisioterapia.com/sindrome-do-imobilismo>
22. Costa KDSS, Rodrigues APB, Silva AGD, Feitosa MSL. Atuação do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI*. 2012 [acesso 21 out 2017]; 5(3): 9-14. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p1_v5n3.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2008 [acesso 10 ago 2017]; (2), p. 47. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/BRASIL.%20Ministério%20da%20Saúde.%20Secretaria%20de%20Atenção%20à%20Saúde.%20Departamento%20de%20Atenção%20Básica/1010>
24. Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Rev. Arq Ciênc Saúde*. 2008 [acesso 24 out 2017]; 15(3): 105-9. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN269.pdf
25. Santos AARD, Medeiros ABDA, Soares MJGO, Lopes MM. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. 2010 [acesso 18 nov 2017]; 18(4): 547-52. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1259>
26. Klakonski EA, Mendes RLDC, Sade PMC, Luccas DSD. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2015 [acesso 21 nov 2017]; (8): 161-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>
27. Rocha ACAA, Carneiro FADS, Souza MSD. Tratamento domiciliar de feridas crônicas: relato de experiência da extensão na prática do cuidar. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*. 2014 [acesso 14 out 2017]; (2): 20-30. Disponível em: <https://docplayer.com.br/23386367-Tratamento-domiciliar-de-feridas-cronicas-relato-de-experiencia-da-extensao-na-pratica-do-cuidar.html>
28. Volpato MP, Martins JT, Kreling MCD, Karino ME, Galdino MJQ, Trevisan, GS. Atendimento ao Portador de Feridas Crônicas por meio da Extensão Universitária: relato de experiência. *Rev. Interagir: pensando a extensão*. 2016 [acesso 11 ago 2017]; (22): 179-186. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/17372>
29. Machado FS, Costa AEKD, Pissaia LF, Beschorner CE; Moreschi C. Perspectiva do enfermeiro frente à assistência no tratamento de feridas em ambiente hospitalar. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2017 [acesso 21 out 2017]; 7(3). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8920>
30. Olkosk E, Assis GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Rev. Esc Anna Nery*. 2016 [acesso 30 out 2017]; 20(2): 363-369. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-781499>
31. Alves AGP, Borges JWP, Brito MDA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online*. 2014 [acesso 04 nov 2017]; 6(2): 793-804. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-712350>
32. Santos CTD, Oliveira MC, Pereira AGDS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013 [acesso 03 ago 2017]; 34(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/14.pdf>
33. Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Danski MTR. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. *Rev. ESTIMA*. 2017 [acesso 17 out 2017]; 15(1): 19-25. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447>