FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SUNAMITA TOMAZ DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO

Além Paraíba

2020

SUNAMITA TOMAZ DE BRITO

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

BACHAREL - CURSO DE ENFERMAGEM

COORDENADOR PROF: GLEIDSON ROBERTO SANTOS COSTA

ORIENTADOR - PROF. FLÁVIO EDUARDO COELHO PIRES

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Sunamita Tomaz de Brito

A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão.

Cuidados de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão.

Nº de folhas: 37

Bacharel em Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro – FAC-SAÚDE ARTHE, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba - FEAP.

Coordenador do Curso: Gleidson Roberto Santos Costa

Professor Titular – Douglas Pereira Senra

Prof. Orientador – Flávio Eduardo Coelho Pires

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO

SUNAMITA TOMAZ DE BRITO

MONOGRAFIA APRESENTADA A FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO MANTIDA PELA A FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA – FEAP, COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO EM BACHAREL EM ENFERMAGEM.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Douglas Pereira Senra
Prof. Titular

_____
Flávio Eduardo Coelho Pires
Prof. Orientador

_____
Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. Convidado e Coordenador

_____
NOTA

APROVADA ☐ **APROVADA COM RESTRIÇÕES** ☐ **REPROVADA** ☐

_____

Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. Coordenador do Curso de Enfermagem

Além Paraíba,_____ de _____2020

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por tudo. Aos meus pais, pela minha formação moral e apoio incondicional. Acreditando sempre no meu potencial. Amo muito vocês, obrigada por sempre me apoiarem.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Orientador Flávio Eduardo Coelho Pires pelos apontamentos que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos Professores do Curso de Enfermagem da Fac-Saúde ArTHe - Além Paraíba pelos conhecimentos acadêmicos compartilhados no decorrer do curso.

.

As feridas são modificações da pele ocasionadas por traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação

(CUNHA, 2006)

RESUMO

BRITO, Sunamita Tomaz de. **A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

A pesquisa apresenta a assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão. Sendo relevante, devido aos cuidados necessários da assistência de enfermagem a estes pacientes. O problema que norteou a pesquisa envolve: qual a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão? A hipótese sustentada é que a assistência de enfermagem realizada pelo Enfermeiro ao paciente portador de lesão por pressão é de suma importância, detém o conhecimento técnico-científico em virtude da sua formação acadêmica e por estar mais próximo ao paciente, acompanhando a evolução da lesão, fazendo as devidas orientações e realizando a cobertura. O objetivo geral é demonstrar a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão e como objetivos específicos apresentar anatomia e fisiologia da pele, dissertar sobre feridas e lesão por pressão, apresentar os fatores que influenciam na cicatrização e destacar a Sistematização de Enfermagem no atendimento ao paciente portador de lesão. A metodologia utilizada é uma pesquisa teórica, estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo apresenta anatomia e fisiologia da pele, no segundo capítulo aborda o cuidado centrado no paciente fazendo o uso da sistematização da enfermagem e no terceiro capítulo destaca o papel do Enfermeiro na assistência ao paciente portador de feridas. Assim, é possível através do conhecimento, da sistematização e do olhar holístico, evitar o sofrimento físico e psicológico que uma lesão trás ao paciente, proporcionando um tratamento eficaz, mais rápido e mais humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem. Lesão por pressão. Sistematização de enfermagem.

ABSTRACT

BRITO, Sunamita Tomaz de. **A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

The research presents nursing care to patients with pressure injuries. Being relevant, due to the necessary care of nursing care for these patients. The problem that guided the research involves: what is the importance of nursing care to patients with pressure injuries? The sustained hypothesis is that the nursing care provided by the Nurse to the patient with a pressure injury is of paramount importance, has technical and scientific knowledge due to his academic background and because he is closer to the patient, following the evolution of the injury, making the necessary guidelines and carrying out the coverage. The general objective is to demonstrate the importance of nursing care to the patient with an injury and as specific objectives to present anatomy and physiology of the skin, talk about wounds and pressure injuries, present the factors that influence healing and highlight the Nursing Systematization in care to the patient with a lesion. The methodology used is a theoretical research, structured in three chapters. In the first chapter it presents anatomy and physiology of the skin, in the second chapter it deals with patient-centered care using the systematization of nursing and in the third chapter it highlights the role of the nurse in assisting the patient with wounds. Thus, it is possible through knowledge, systematization and a holistic view, to avoid the physical and psychological suffering that an injury brings to the patient, providing an effective, faster and more humanized treatment.

KEYWORDS: Nursing Assistance. Pressure injury. Nursing systematization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....10

1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE.....13

1.1 Feridas/lesões.....14

1.2 Lesão por pressão.....15

1.3 Processo de cicatrização de feridas.....17

1.4 Fatores que Influenciam o Processo de Reparação Tecidual.....18

1.5 Tratamentos de lesões 19

1.5.1 Desbridamento.....19

1.5.2 Limpeza.....21

1.5.3 Coberturas/Curativos.....21

2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO.....23

2.1 Coletas de dados de Enfermagem: Avaliação Inicial 23

2.1.1 Avaliação e Classificação da ferida.....24

2.1.2 Avaliação 27

2.2 Diagnóstico de Enfermagem.....29

2.3 Planejamento dos resultados esperados.....30

2.4 Implementação da Assistência de Enfermagem.....30

2.5 Avaliação de Enfermagem.....31

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO....33

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....35

REFERENCIAS.....36

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como temática a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão.

O interesse em abordar este tema surgiu pela vivência com familiar acamado portador de lesão por pressão, onde pude perceber que a assistência e o acompanhamento do Enfermeiro pode fazer toda a diferença no tratamento e no resultado.

Segundo Campos, More e Arruda (2007), desde a antiguidade os seres humanos se preocupam com o tratamento de feridas, demonstrando a importância de interferir no processo de cicatrização para protegê-las, evitando assim que se complicassem e gerassem danos locais ou gerais aos pacientes.

No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública, conforme dados extraídos do site do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), devido à elevada incidência, prevalência e aumento da morbidade e da mortalidade, assim como o incremento dos custos com as medidas profiláticas e terapêuticas.

As lesões por pressão, conforme aporte teórico em Lopes (2006) constitui em feridas crônicas em área que sofre morte celular, originada quando um tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por prolongado período de tempo.

Neste enfoque, uma assistência sistematizada proporciona um tratamento eficaz, mais rápido e mais humanizado, evitando ou minimizando o sofrimento físico e psicológico que uma lesão trás para o paciente. E a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução 564/2017, Código de ética dos Profissionais de Enfermagem, atuando na promoção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Os cuidados apropriados pelos profissionais de enfermagem, conforme Perry, Potter, Elkin (2013), são capazes de promover a reparação tecidual das feridas e, consequentemente no restabelecimento da integridade da pele. Tendo o Enfermeiro um papel importantíssimo no cuidado ao paciente com lesão, pois detém o conhecimento da reparação tecidual e suas complexidades.

Semelhantemente, Morais, Oliveira e Soares (2008) consideram que o Enfermeiro é o profissional habilitado/qualificado, para a realização do tratamento de feridas, tanto pelo fato

de estar em contato com o paciente, acompanhando a evolução da lesão, fazendo as devidas orientações e realizando o curativo, como também pelo fato de possuir em sua formação acadêmica o vasto conhecimento, que une teoria e prática da prestação de assistência de enfermagem aos pacientes portadores de lesão.

Como o cuidado aos portadores de lesão requer uma atenção especial dos profissionais de saúde, buscando não só maiores conhecimentos, mas, também, conforme Santos (2018) devem ter preparo para lidar com os impactos negativos que uma lesão gera a vida do paciente, como o sofrimento físico e a incapacidade. O que incide em uma necessária realização da sistematização do cuidado a esses pacientes, avaliando essa ferida, fator determinante à terapêutica adequada.

O paciente portador de qualquer tipo de ferida, como disserta Guimarães (2011), deve ser encarado como um sujeito que se emociona, que sente, que deseja e que, como qualquer outro, tem necessidades. Sendo assim, adquirir conhecimentos técnico-científicos não é o suficiente, o cuidado deve ir além de fazer um curativo, deve perceber o paciente, perceber suas angústias, incertezas, o cuidar deve envolver todo o contexto do paciente, inclusive o emocional, uma vez que outros fatores podem interferir no resultado.

Neste mesmo contexto, Dantas, Torres e Dantas (2011), diz ser fundamental a assistência sistematizada no tratamento do portador de feridas, pois contempla avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamento, além de trabalho educativo permanente em equipe envolvendo os portadores de lesões, familiares e cuidadores.

Diante do exposto acima, o problema que norteou a pesquisa envolve: qual a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão por pressão?

A hipótese sustentada é que a assistência de enfermagem realizada pelo Enfermeiro ao paciente portador de lesão por pressão é de suma importância, pois ele é o profissional habilitado para prestar essa assistência, que detém o conhecimento técnico-científico em virtude da sua formação acadêmica e por estar mais próximo ao paciente, acompanhando a evolução da lesão, fazendo as devidas orientações e realizando a cobertura.

Diante da importância da assistência de enfermagem para a avaliação e tratamento de feridas, justifica a necessidade de realizar estudos para melhor compreensão da importância da assistência de enfermagem no tratamento ao paciente portador de lesão por pressão.

O estudo tem como objetivo geral demonstrar a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de lesão e como objetivos específicos apresentar anatomia e fisiologia da pele, dissertar sobre feridas e lesão por pressão, apresentar os fatores que

influenciam na cicatrização e destacar a Sistematização de Enfermagem no atendimento ao paciente portador de lesão.

A metodologia utilizada foi uma pesquisa teórica, de caráter qualitativo, na qual foi feito um levantamento bibliográfico em livros, revistas científicas, artigos, sites da Internet, sendo composta por três capítulos. No primeiro capítulo apresenta anatomia e fisiologia da pele, o processo de reparação tecidual, brevemente sobre lesão. No segundo capítulo aborda o cuidado centrado no paciente fazendo o uso da sistematização da enfermagem e no terceiro capítulo destaca o papel do Enfermeiro na assistência ao paciente portador de feridas.

1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

Conhecida Também como tecido tegumentar, cobre a superfície do corpo, protegendo-o dos fatores de riscos externos. Sendo indispensável a vida pois isola os componentes orgânicos do meio exterior e tem como principais funções a proteção, a termorregulação, a percepção e o metabolismo (RIVITTI, 2014).

Um adulto é revestido por aproximadamente 2m² de pele, com aproximadamente 2mm de espessura, formada por camadas distintas com características e funções diferentes (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007).

A pele é o maior órgão do corpo humano, representa mais de 15% do peso corpóreo, com grandes variações ao longo de sua extensão, sendo ora mais flexível e elástica e ora mais rígida. (RIVITTI, 2014).

A pele é responsável pelo revestimento e proteção externa do corpo. É formada por tecidos de origem ectodérmica e mesodérmica que se arranjam em três camadas distintas: epiderme, derme e hipoderme (GUIMARÃES, 2011).

De acordo com Rivitti (2014), a epiderme é a camada mais superficial composta por células epiteliais escamosas. Formada por tecido epitelial estratificado queratinizado constituída por sistema ceratinocítico, responsável pelo corpo da epiderme, dos pelos, unhas e glândulas; sistema melânico, com função imunológica. A sua principal função é produzir queratina, proteína fibrosa maleável responsável pela impermeabilidade cutânea; as células que estão envolvidas são denominadas queratinócitos.

A porção mais profunda da epiderme é constituída de células epiteliais que se proliferam continuamente para que seja mantido o seu número. O único meio pelo qual as células de epiderme podem obter alimento é através da difusão dos leitos capilares da derme (RIVITTI, 2014).

A epiderme possui também sulcos reticulares que se projetam na segunda camada, a derme. Contêm vasos sanguíneos e linfáticos, nervos e terminações nervosas, glândulas e também folículos pilosos. Estando a derme ligada à hipoderme por um tecido conjuntivo fibroso, a fáscia (RIVITTI, 2014).

Segundo Guimarães (2011), a segunda camada da pele, a derme, localizada entre a epiderme e a hipoderme, formada de tecido conjuntivo que contém fibras proteicas, vasos sanguíneos e linfáticos, terminações nervosas, órgãos sensoriais e glândulas. As fibras são produzidas por células chamadas Fibroblastos, que podem ser elásticas, que permitem a

elasticidade e conferem maior resistência à pele. Também contém glândulas especializadas e órgãos do sentido.

Barbosa (2007, p.11) apresenta conceito da hipoderme,

> [...] abaixo da derme encontra-se a camada mais profunda da pele, a hipoderme. Também é conhecida como panículo adiposo, pois se constitui de adipócitos separados por delicados septos de colágeno com estruturas nervosas, vasculares e linfáticas. Sua participação no metabolismo energético está relacionada à degradação de ácidos graxos e à prevenção da perda de calor (isolamento térmico). Desempenha ainda proteção contra traumas, pela mobilidade que confere à pele.

A hipoderme, como explica Barbosa (2007), é composta por tecido conjuntivo laxo com fibras de colágeno e elastina onde se aloja cerca de metade da gordura do corpo e, como o próprio nome indica, situa-se abaixo da derme. A hipoderme regula a temperatura e protege aos traumatismos externos.

Como qualquer outro órgão, conforme Morais, Oliveira e Soares (2008), estão sujeitos a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, podendo levar à sua incapacidade funcional.

1.1 Feridas/lesões

Feridas são lesões produzidas na pele geradas por traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, por distúrbios do metabolismo ou por defeito de formação. É o rompimento da estrutura e do funcionamento da estrutura anatômica normal, resultante de um processo patológico que se iniciou interna ou externamente (CUNHA, 2006).

As feridas são representadas não apenas pela rotura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também por lesão em músculos, tendões e ossos. As feridas podem ser classificadas quanto a etiologia, complexidade e tempo de existência. (FAVRETO, et al., 2017)

Para Santos (2018), a classificação das feridas inclui a evolução das mesmas, podendo ser desta forma aguda ou crônica, quanto à presença de infecção, sendo classificada como não contaminada limpa, limpa contaminada, contaminada ou suja e infectada, quanto à profundidade e/ou à causa sendo intencional ou não intencional e cirúrgica ou traumática.

Entende-se que a ferida é uma ruptura na pele, na membrana, mucosa ou em qualquer estrutura do corpo, podendo ser superficial, afetando apenas as estruturas da superfície ou

grave, envolvendo vasos sanguíneos mais calibrosos, músculos, nervos, fáscias, tendões, ligamentos ou ossos. Quando ocorre esse dano no tecido epitelial, nas mucosas ou nos órgãos, as funções básicas de proteção da pele são comprometidas (RIVITTI, 2014).

No entendimento de Silva, Figueiredo e Meireles (2007), para que o Enfermeiro possa avaliar e implementar os cuidados no tratamento das lesões de pele, bem como medidas preventivas, é fundamental o conhecimento das bases biológicas que norteiam essa prática, bem como o correto entendimento de alguns conceitos, como lesão por pressão.

1.2 Lesão por pressão

A lesão por pressão é definida por Silva, Figueiredo e Meireles (2007) como áreas localizadas de necrose tissular decorrente da hipóxia celular, localizadas em áreas de proeminência ósseas e que ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal.

Semelhantemente, Favreto et al., (2017) considera que lesão por pressão é qualquer alteração da integridade da pele decorrente da compressão não aliviada de tecidos moles entre uma proeminência óssea e uma superfície dura.

Segundo Perry, Potter e Elkin (2013, p 604),

> Três forças relacionadas a pressão levam ao desenvolvimento de lesão por pressão, intensidade da pressão (quantidade de pressão aplicada), duração da pressão (por quanto tempo a pressão é aplicada) e tolerância tecidual (a capacidade da pele e de estruturas subjacentes para suportar a pressão sem sofrer efeitos adversos). A intensidade da pressão deve exceder a pressão de fechamento capilar, obstruindo, dessa forma o fluxo sanguíneo à pele. Tanto pressões de baixa intensidade por um longo período de tempo quanto pressões de alta intensidade por um curto período de tempo podem favorecer o desenvolvimento de uma pressão, maior o risco para o desenvolvimento de uma lesão por pressão.

Com relação ao perfil dos acometidos por lesão por pressão, conforme Lopes (2006) caracteriza-se, principalmente, por idoso com doenças crônico-degenerativas, como diabetes mellitus, hipertensão, incontinência urinária e uso de antibióticos.

Lopes (2006, p.276) escreve que:

> Esses tipos de lesões são mais comuns em pacientes acamados e representam grande ameaça ao indivíduo, pois, além de causar desconforto, geram uma série de distúrbios no organismo, como a perda significativa de proteínas orgânicas, fluidos e eletrólitos. Isso pode levar a um quadro de debilidade progressiva com consequente baixa na resistência imunológica, o que pode possibilitar a entrada de microrganismos nocivos.

Conforme Lopes (2006), quando não fatais, essas infecções prolongam a doença e aumentam os dias de internação do pacientes.

Guimarães (2011) destaca as regiões isquiática, sacrococcígea, trocantérica, e calcânea, maléolos laterais, cotovelos, região occipital (1%), e região escapulares sendo as localidades acometidas com mais frequência.

As lesões por pressão podem ser ocasionadas por fatores internos e externos. Quanto aos fatores externos estão relacionados ao mecanismo de lesão, influenciando a tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele e que refletem o grau em que a pelve é exposta. São eles pressão, cisalhamento e fricção como explicam Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.317-318),

> Pressão: É o fator mais importante - o tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura. ocorre uma pressão maior que a pressão capilar, causando isquemia. Cisalhamento: Ocorre quando o indivíduo desliza na cama - o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel. Um dos piores hábitos que pode ocasionar esse tipo de lesão é o de apoiar as costas na cabeceira da cama o que favorece o deslizamento, causando dobras na pele. Fricção: Ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A forma mais comum de ocorrência desse tipo de problema é arrastar o cliente ao invés de levantá-lo, o que remove as camadas superiores das células epiteliais. A umidade piora os efeitos da fricção.

Com relação aos fatores internos, estão relacionados às variáveis do estado físico do cliente, que influenciam tanto na constituição e integridade da pele, nas estruturas de suporte ou nos sistema vascular e linfático que serve a pele e estruturas internas, podem-se incluir aqueles relacionados às condições do cliente, conforme mencionam Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.318), tais como:

> Condições nutricionais; Nível de consciência; Idade avançada; Incontinência urinária ou fecal; Mobilidade reduzida ou ausente; Peso corporal, menos tecido adiposo, menor proteção nas proeminências ósseas; Doenças diabetes, hipertensão, doença vascular periférica, câncer e outras; Uso de medicamentos, antibióticos, corticóides, aminas, betas bloqueadores e outros..

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a lesão por pressão tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência ocorre impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, ocorrendo prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

De acordo com Guimarães (2011), no Brasil, houve um crescimento da prevalência de pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com lesão por pressão.

Semelhantemente, Santos (2018) comenta que essa prevalência de lesões por pressão aumentou nos últimos anos pelo fato do aumento da expectativa de vida e que a não cicatrização das lesões atingem de três a seis milhões de pessoas nessa faixa etária, representando 85% dos portadores desses eventos.

Guimarães (2011) destaca que a lesão por pressão traz várias implicações na vida do paciente e seus familiares, pois é fonte de dor, desconforto, sofrimento emocional, aumenta o risco para outras complicações, influenciando na morbidade e mortalidade do idoso.

1.3 Processo de cicatrização de feridas

Segundo o Manual de feridas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a restauração da pele ocorre por meio de um processo dinâmico, contínuo, complexo e interdependente, composto por uma série de fases sobrepostas, denominadas de cicatrização.

"Quando ferida, a pele e os tecidos adjacentes passam por um complexo processo de reparação [...] Para fornecer um adequado tratamento da ferida, é preciso entender o processo de cicatrização da ferida" (PERRY; POTTER; ELKIN, 2013, p.612).

O processo de cicatrização inicia-se tão logo ocorra alguma alteração na integridade da pele. Quando o cliente não apresenta comprometimento sistêmico, as fases de cicatrização ocorrem de forma rápida e satisfatória. Com relação a cicatrização, ocorre de três maneiras, conforme Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.319)

> Primeira intensão: A cicatrização se da por meio da aproximação das bordas da pele, quando há perda de substância é mínima. Por exemplo: feridas cirúrgicas. Segunda intenção: A cicatrização se da sem aproximação das bordas da pele, possui risco maior de infecção e o tempo para que ocorra é mais longo. por exemplo: lesão por compressão em estágio III. Terceira intenção: Feridas que são mantidas abertas por algum tempo, com o objetivo de permitir drenagens, e que posteriormente são fechadas por suturas, adesivos cutâneos ou grampos.

Segundo Campos, More e Arruda (2007), a cicatrização possui três fases, sendo de suma importância saber reconhecer essas fases para que se possa implementar o cuidado correto com a ferida.A fase de inflamação ou exsudativa, fase proliferativa e a fase de Maturação ou remodelagem do colágeno.

A fase de inflamação ou exsudativa, na explicação de Campos, More e Arruda (2007), é a primeira fase de hemostasia e inflamação, apresentando ruptura de vasos sanguíneos e o extravasamento de sangue. A lesão de vasos sanguíneos é seguida rapidamente pela ativação

da agregação plaquetária e da cascata de coagulação, resultando na formação de moléculas, insolúveis de fibrina e hemostasia. Durante este processo ocorre o recrutamento de macrófagos e neutrófilos, ou seja, ocorre reação completa do tecido conjuntivo vascularizado em resposta à agressão do tecido, cujo objetivo é interromper a causa inicial, dor, calor rubor e edema.

Já a fase proliferativa, granulação e reepitelização, como explicam Campos, More e Arruda (2007), caracteriza-se pela neovascularização e proliferação de fibroblastos, com formação de tecido róseo, mole e granular na superfície da ferida, de três a quatro dias. Contudo, a formação do tecido de granulação é estimulada por níveis baixos de bactérias na ferida, mas é inibida quando o nível de contaminação é elevado.

E a fase de maturação ou remodelagem do colágeno, ainda referenciando Campos, More e Arruda (2007), compreende a fase final de cicatrização de uma ferida que se caracteriza pela redução e pelo fortalecimento da cicatriz. Durante esta fase, os fibroblastos deixam o local da ferida, a vascularização é reduzida, a cicatriz se contrai e torna-se pálida e a cicatriz madura se forma de três semanas a um ano a mais. O tecido cicatricial sempre vai ser menos elástico do que a pele circundante.

1.4 Fatores que Influenciam o Processo de Reparação Tecidual

Para Santos (2018), fatores locais e sistêmicos são responsáveis por problemas de cicatrização e entre eles o mais comum é a infecção. Porém outros fatores têm grande influência na cicatrização.

Perry, Potter, Elkin (2013, p.586), relatam os fatores que influenciam na cicatrização:

- Com o avanço da idade, a função reprodutiva das células epidérmicas diminuiu, sua substituição torna-se lenta e a derme atrofia-se, retardando a contração da ferida e aumentando o risco de sua deiscência;
- A nutrição inadequada, incluindo proteínas, carboidratos, lipídeos, vitaminas e minerais, retardam o reparo tecidual e aumenta o risco de infecção;
- O paciente obeso está em risco de infecção da ferida e deiscência ou evisceração. O tecido adiposo tem menos vascularização, o que diminui o transporte de nutrientes e elementos celulares necessários para a reparação tecidual;
- Valores de hematócrito abaixo de 20/° e hemoglobina abaixo de 10g/100mL influenciam negativamente o reparo tecidual devido a diminuição do transporte de

oxigênio. O oxigênio liberado aos tecidos é reduzido em fumantes;

- O comprometimento do processo de reparação tecidual em pacientes com diabetes resulta na síntese e deposição reduzida de colágeno, diminuição da forma têncil da ferida e comprometimento da função dos leucócitos;
- A infecção do leito da ferida prolonga a resposta inflamatória e os micro-organismos usam nutrientes que seriam destinados ao reparo tecidual;
- a terapia a longo prazo com esteróides e a quimioterapia ou uso de medicações imunussupressivas podem diminuir as respostas inflamatória e o potencial de reparo tecidual;
- A ferida aberta deve ser mantida em ambiente úmido enquanto a ferida fechada deve ser protegida contra micro-organismos e fatores estressores.

Assim são vários os fatores que influenciam na cicatrização e o cuidado com o paciente.

1.5 Tratamentos de lesões

Embora a reparação tecidual seja um processo sistêmico, para Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.148), "[...] é necessário favorecer e promover condições locais ideais para viabilizar o processo fisiológico. é por meio da terapia tópica de feridas que muitas dessas condições são viabilizadas".

Para a escolha de um curativo adequado é essencial que a equipe de enfermagem realize uma avaliação criteriosa. Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.325) informam que:

> A elaboração do plano de cuidados e o registro da conduta terapêutica devem contemplar a classificação, localização, tamanho de túneis (especificando o comprimento, a largura, a profundidade e a formação), aspecto do leito da ferida e da pele adjacente, drenagem, dor ou hipersensibilidade (infecção, insuficiência vascular) e temperatura.

O cuidado inicial da lesão por pressão, de acordo com Silva, Figueiredo e Meireles (2007), pode envolver desbridamento, limpeza da ferida, aplicação de curativo e, em alguns casos, cirurgia reparadora.

1.5.1 Desbridamento

O desbridamento é o processo pelo qual se removem tecidos não viáveis do local da

lesão, limpando-a no intuito de proporcionar ambiente ideal para a cicatrização (SANTOS, 2018).

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007), os tecidos desvitalizados favorecem o crescimento de bactérias patológicas. Assim, a sua remoção altera favoravelmente o ambiente de cicatrização de uma ferida.

Sob essa ótica, o desbridamento de tecido inviável é o fator mais importante na gerência de lesões, pois cicatrização não pode ocorrer até que o tecido necrótico seja removido. (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007).

É preciso selecionar o método de desbridamento mais apropriado para as condições e metas do tratamento do cliente (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Existem diversos métodos de desbridamento, como destaca Campos, More e Arruda (2007, p.29-30), sendo eles:

- Instrumental, conservador e cirúrgico: utilizam-se materiais cortantes como tesouras, lâminas de bisturis e outros. É indicado para remover grande quantidade de tecidos ou em extrema urgência. É realizado por médicos cirurgiões, incisões em tecidos vivos, e na tentativa de transformar feridas crônicas em feridas agudas;
- Mecânico: o desbridamento mecânico envolve curativos úmidos a secos, utilizados normalmente em feridas com excesso de tecido necrótico e secreção mínima, exigem a realização de técnica apropriada, e o material usado no curativo é fundamental ao seu desfecho. Também funciona por fricção, irrigação e hidroterapia;
- Autolítico: é através de um processo fisiológico, o qual o ambiente é mantido úmido estimulando as enzimas auto-digestivas do corpo. Embora, este processo seja mais demorado não é doloroso, é de fácil realização e é apropriado para usuários que não toleram outro método. Se a ferida estiver infectada, o desbridamento autolítico não é a melhor opção terapêutica;
- Químico: o desbridamento químico com agentes enzimáticos é um método seletivo de desbridamento. As enzimas são aplicadas topicamente às áreas de tecido necrótico, fragmentando os elementos de tecido necrótico. As enzimas digerem somente o tecido necrótico e não agridem o tecido saudável. Estes agentes exigem condições especificas que variam com o produto, que deve seguir as orientações do fabricante. A aplicação das enzimas deve ser interrompida assim que a ferida estive limpa e com tecido de granulação favorável.

1.5.2 Limpeza

De acordo com Silva, Figueiredo e Meireles (2007), enquanto os agentes inflamatórios não forem removidos, o processo de reparação tecidual não evoluirá. Com isso, deve se feita a limpeza a cada troca de curativo. Devendo utilizar a técnica menos traumática possível, buscando utilizar pouca força mecânica quando estiver limpando a lesão com gaze, compressas ou esponjas. A lesão por pressão não é recomendado o uso com soluções antissépticas, como povidine e iodóforos em geral, solução de hipoclorito de sódio tipo Líquido Dakin, água oxigenada de ácido acético, pois se tratam de substâncias citotóxicas.

Sendo recomendado o uso de solução salina ou soro fisiológico (SF 0,9%). Usar uma pressão de irrigação suficiente para melhorar a limpeza sem causar trauma no leito da ferida. As pressões seguras e eficazes para a irrigação da lesão variam de 4 a 15 libras por polegada quadrada (psi). Irrigação compressão abaixo de 4 psi podem limpar o ferimento adequadamente e pressão acima de 15 psi pode causar traumas e levar bactérias para o tecido da ferida (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Um curativo ideal deve proteger a ferida, ser biocompatível e fornecer uma hidratação ideal. Nesse caso, a regra é manter o tecido da lesão úmido e a pele ao seu redor intacta e seca. Para Santos (2018), o processo de limpeza é de suma importância, pois contribui para a prevenção de infecções, facilitando o processo de cicatrização através da reparação tecidual, proveniente da lavagem e da troca do curativo, removendo detritos, sujidades, exsudados, corpos estranhos, restos de tecidos necróticos e resíduos de agentes tópicos.

1.5.3 Coberturas/Curativos

O curativo, também chamado por cobertura, conforme Silva, Figueiredo e Meireles (2007) sendo o recurso que cobre uma ferida, com o objetivo de favorecer o processo de cicatrização e protegê-la contra agressões externas, mantendo-a úmida e preservando a integridade de sua região periférica.

Para Perry, Potter, Elkin (2013), as feridas cicatrizam melhor em ambientes úmidos e os curativos são essenciais devido a sua capacidade de controlar a umidade, absorvendo o exsudato, hidratando as células impedindo o ressecamento, de desbridar o tecido morto e proteger as feridas, conservando-as livres de contaminação, perda de calor, piora da lesão tissular e disseminação de microrganismos.

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.154), “[...] as coberturas são

classificadas em primária, permanecem em contato com a lesão ou secundária, ficam sobre a cobertura primária, tais como gazes, entre outras".

A escolha do curativo, no entendimento de Perry, Potter, Elkin (2013) vai depender de vários fatores como a localização da ferida, o risco de infecção, da frequência da troca do curativo, do profissional que realizará a terapia tópica, disponibilidade de produtos e custo.

2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Tanure, Pinheiro (2017), é uma metodologia científica de que o profissional de enfermagem dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes.

Cunha (2006), acrescenta que a SAE, além de ser um processo que vai instrumentalizar o trabalho e possibilitar a aplicação dos conhecimentos técnicos, também possibilitará o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado da assistência prestada.

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.137),

> A assistência ao cliente portador de lesões de pele, assim como o manejo e o tratamento específico das lesões, exige do Enfermeiro e de toda equipe multidisciplinar envolvida um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação de possíveis caminhos para o alcance precoce dos objetivos propostos na assistência. Esse conjunto de estratégias é denominado sistematização da assistência. .

O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, conforme o que preconiza a Resolução n. 358/2009 (COFEN).

A Resolução n. 358/2009, em seu Art. 2 dispõe que o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II – Diagnóstico de Enfermagem; III – Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação e V – Avaliação de Enfermagem.

Sendo competência do Enfermeiro, de acordo com a Resolução n. 567/2018 (COFEN), realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas.

2.1 Coletas de dados de Enfermagem: Avaliação Inicial

A avaliação geral do cliente é um dos fatores mais importantes do processo de tratamento de feridas. De acordo com Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003), toda e qualquer proposta de intervenção deve levar em conta não só a lesão a ser tratada, mas o portador da mesma, com suas características e necessidades.

Silva, Figueiredo e Meireles, (2007) relatam que muitos estudos têm associado a presença de lesões por pressão à má nutrição, sendo o estado nutricional do cliente uma parte importante durante a avaliação inicial.

Complementando, os autores Campos, More e Arruda, (2007) informam que a chance de desenvolver lesão por pressão em idosos é três vezes maior, a cada grama de albumina sérica reduzida e que nos clientes anêmicos devido aos níveis baixos de hemoglobina reduzirem a oxigenação dos tecidos, há um retardo no processo cicatricial. O que indica que a deficiência no estado nutricional dificultará o processo cicatricial, e favorecerá para o aparecimento de lesões por pressão.

Para Silva, Figueiredo e Meireles (2007), os aspectos psicológicos também devem ser levados em consideração, pois a integridade da pele está ligada diretamente à autoestima e à autoimagem, podendo gerar situações de conflito e angústia. Para obter o histórico do paciente, deve utilizar um processo lógico e científico, organizado e sistemático.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) adverte que no processo de cuidar, deve-se iniciar a abordagem com a anamnese, estando atento à identificação, como nome, idade, sexo, endereço, história, condição socioeconômica e psicológica, higiene pessoal, estado nutricional, doenças associadas, uso de medicamentos e drogas, valores culturais, atividades da vida diária e de trabalho.

Para Silva, Figueiredo e Meireles (2007) faz-se necessário também um exame físico detalhado que inclua o exame geral das condições clínicas do cliente e especial atenção às indicações clínicas fornecidas pela aparência da ferida e de sua pele circunjacente.

2.1.1 Avaliação e Classificação da ferida

Na avaliação da lesão é importante que o profissional classifique a ferida e identifique o estágio da cicatrização, antes da aferição, para que possa realizar uma estimativa do processo cicatricial e quais os fatores que irão interferir neste processo (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007).

Segundo Favreto et al., (2017), a avaliação tem diferentes etapas, deve vir acompanhada de um registro minucioso sobre a ferida, descrevendo a localização, etiologia, tamanho, tipo, coloração de tecido no leito da lesão, quantidade e característica do exsudato, odor, aspecto da pele ao redor, entre outros.

Além disso, como descreve Campos, More e Arruda (2007), deve mencionar os aspectos relacionados às condições gerais do usuário, envolvendo estado nutricional, doenças

crônicas concomitantes, imunidade, atividade física, condições socioeconômicas. Para os pacientes acamados, descrever o local onde permanece a maior parte do tempo, condições do local que precisam também serem avaliados.

Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003) descrevem o que um roteiro sistemático de avaliação deve incluir:

- História e exame subjetivo do cliente;
- Dados objetivos do cliente: condições gerais, exames laboratoriais, doenças associadas;
- Avaliação do risco, com base nas condições gerais do cliente e do local da lesão;
- Avaliação e classificação adequada da lesão: localização, tempo de evolução, medida do tamanho, diâmetro, profundidade, vitalidade do leito e dos tecidos circunvizinhos, presença de secreção e necrose, coloração do leito da ferida, sensibilidade cutânea, comprometimentos;
- Diagnóstico adequado do tipo de ferida, suas necessidades e consequente planejamento de ações.

Para a classificação das lesões, utilizam-se os critérios estabelecidos pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), entidade norte-americana que define os estágios para a evolução das lesões por compressão (FAVRETO et al., 2017).

Em abril de 2016 a Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) divulgou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação segundo o NPUAP, avaliação por estágios (FAVRETO et al., 2017).

- Estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece;
- Estágio 2: Perda parcial da pele, com exposição da derme, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta ou rompida;
- Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível, apresenta tecido de granulação, pode ocorrer descolamento e túneis;
- Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total com exposição direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso, esfacelo e/ou escara pode estar visível, pode apresentar túneis;
- Lesão por pressão não classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara;

- Lesão por pressão tissular profunda: Pele intacta ou não, com área de descoloração, vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou bolha com exsudato sanguinolento;
- Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico: Esta relacionada a dispositivo médico, geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo;
- Lesão por pressão em membranas mucosas: Essa lesão ocorre devido ao uso de dispositivos médicos no local do dano, essas lesões não podem ser categorizadas.

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.323-324) a classificação das feridas por cores foi adaptada para uso em feridas cirúrgicas ou de outras naturezas que cicatrizem por segunda intenção da seguinte maneira:

- Vermelha: refere-se a tecido limpo e de granulação;
- Amarela: indica presença de exsudato, podendo ser também amarelo- claro, amarelo-cremoso, amarelo-esverdeado e bege;
- Preta: indica presença de necrose (escara).

Campos, More e Arruda (2007, p.22) indicam a avaliação quanto à localização, as feridas ulcerativas frequentemente acometem usuários que apresentam dificuldades de deambulação.

- Áreas de risco para pessoas que passam longos períodos sentados:
- Tuberosidades isquiáticas;
- Espinha dorsal torácica;
- Pés;
- Calcanhares.

- Áreas de risco para pessoas que passam longos períodos acamados (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007, p.22):
- Região sacrococcígea;
- Região trocantérica, isquiática espinha ilíaca;
- Joelhos (face anterior, medial e lateral);
- Tornozelos;
- Calcanhares;
- Cotovelos;
- Espinha dorsal;
- Cabeça (região occipital e orelhas).

Avaliação quanto à dimensão (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007, p.23),

- Quanto às dimensões: Extensão – área = cm².
- Pequena: menor que 50 cm²;
- Média: maior que 50 cm² e menor que 150 cm²;
- Grande: maior que 150 cm² e menor que 250 cm²;
- Extensa: maior que 250 cm² .

Avaliação quanto ao número, existindo mais de uma ferida no mesmo membro ou na mesma área corporal, com uma distância mínima entre elas de 2 cm, far-se-á a somatória de cada uma (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007, p.23)

Avaliação quanto à profundidade (CAMPOS; MORE; ARRUDA, 2007, p.23),

- Feridas planas ou superficiais: envolvem a epiderme, derme e tecido subcutâneo;
- Feridas profundas: envolvem tecidos moles profundos, tais como músculos e fáscia;
- Feridas cavitárias: caracterizam-se por perda de tecido e formação de uma cavidade com envolvimento de órgãos ou espaços. Podem ser traumáticas, infecciosas, por pressão ou complicações pós-cirúrgica.

2.1.2 Avaliação

De acordo com Para Perry, Potter, Elkin, (2013, p.615),

- Avaliar o nível de dor do paciente em uma escala de o a 10. Se o paciente estiver sentindo dor, determinar se foi prescrito o uso de medicações conforme necessidade, administrando-as em conjunto com estratégias não farmacológicas apropriadas.
- Justificativa: O paciente deve estar o mais confortável possível durante a troca de curativo.
- Determinar se o paciente é alérgico a agentes tópicos.
- Justificativa: agentes tópicos contêm elementos que podem causar reações cutâneas localizadas.
- Identificar as razões para a ocorrência de lesões por pressão, para controlá-las ou eliminá-las.
- Justificativa: A falha em abordar os fatores causais resulta na não cicatrização da ferida.
- Revisar a prescrição médica e/ou de enfermagem acerca do(s) agente(s) tópico(s) e/ou curativos.

- Justificativa: Garante que o paciente correto receba a medicação e o tratamento adequado.
- Avaliar as feridas do paciente utilizando os parâmetros descritos a seguir e manter a avaliação de acordo com o protocolo da instituição. Nota: Isso pode ser feito durante o procedimento, após a remoção do curativo.
- Justificativa: Determina a eficácia do manejo da ferida e direciona o plano terapêutico.
    - Localização da ferida: descrever o local do corpo onde a ferida está localizada.
    - Estágio da ferida: Descrever a extensão e a profundidade da destruição tecidual.
    - Tamanho da ferida: Comprimento, largura e profundidade da ferida são aferidos de acordo com o protocolo da instituição. Utilizar uma régua descartável para medir o comprimento e largura. Utilizar um swab ou cotonete de algodão para avaliar a profundidade.
    - Presença de descolamento, sinos e túneis: Utilizar um swab ou cotonete de algodão para medir a profundidade e, se necessário um dedo calçado com luva pra examinar as bordas da ferida.
    - Condição do leito da ferida: Descrever o tipo e a porcentagem do tecido no leito da ferida.
    - Volume de exsudato: Descrever a quantidade, a característica, o odor e a coloração.
    - Condição da pele adjacente à ferida: Examinar a pele buscando rachaduras, ressecamento e presença de erupções, edema, eritema ou calor.
    - Bordas da ferida: Fornecer informações sobre epitelização, cronicidade e etiologia.
    - Presença de dor: Observar se há dor na ferida ou ao redor dela; pedir ao paciente que indique a intensidade da dor de 0 a 10.
- Observar fatores que afetam a cicatrização da ferida: baixa perfusão tissular, imunossupressão ou infecção preexistente.
- Avaliar o estado nutricional do paciente. A desnutrição clinicamente significativa está presente se níveis séricos de albumina menores do que 3,5 g/dl, contagem de linfócitos menor que 1.800/mm³ ou perda de peso corporal maior do que 15%.
- Justificativa: Ocorre retardo na cicatrização da ferida em pacientes desnutridos.
- Avaliar o grau de compreensão do paciente e dos familiares acerca das características

das lesões por pressão e dos objetivos do tratamento.

- Justificativa: As explicações aliviam a ansiedade e promovem cooperação durante o procedimento.

2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007), ao realizar o diagnóstico de enfermagem deve-se considerar o histórico do cliente, validando a identificação do problema considerando a relação do cliente/família com a doença.

Segundo Tanure, Pinheiro, 2017, o diagnóstico de enfermagem vai basear tanto nos problemas reais, quanto nos potenciais (futuros).

Diagnósticos segundo o *American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2015, p79),

Domínio Fisiológico - Classe: Pele e Tecido

- Risco de úlcera por pressão;
- Integridade da pele prejudicada;
- Risco de integridade da pele prejudicada;
- Integridade Tissular Prejudicada;
- Risco de Integridade Tissular Prejudicada.

Domínio Segurança - Classe: Risco à Saúde

- Risco de Infecção.

Domínio Existencial - Classe: Conforto

- Dor Aguda;
- Dor Crônica;
- Ansiedade .

Domínio Funcional - Classe: Capacidade Física

- Mobilidade Física Prejudicada.

Domínio Funcional - Classe: Promoção da Saúde

- Proteção Ineficaz.

Domínio Mental - Classe: Autoconceito

- Baixa Autoestima situacional;
- Distúrbio na Imagem Corporal.

2.3 Planejamento dos resultados esperados

Para Tannure e Pinheiro (2017), o planejamento consiste em um plano de ações para se alcançarem resultados em relação ao diagnóstico de enfermagem.

O planejamento, de acordo com Silva, Figueiredo e Meireles (2007) é a identificação dos objetivos que se esperam alcançar.

Com relação aos objetivos, Perry, Potter, Elkin (2013, p.617) pontuam,

- Prevenção e manejo de infecções. Justificativa: Feridas contaminadas não cicatrizam;
- Limpeza da ferida. Justificativa: Remove as bactérias do leito da ferida;
- Remoção de tecidos não viáveis que predispõem a infecções. Justificativa: Vários curativos favorecem o desbridamento dos tecidos não viáveis;
- Manutenção de um nível adequado de umidade. Justificativa: Um ambiente úmido predispõe à cicatrização da ferida;
- Eliminação de espaços mortos. Justificativa: Previne a formação de exsudado;
- Controle da dor;
- Eliminação ou minimização da dor;
- Proteção da ferida. Justificativa: Previne lesões adicionais.

Ainda referenciando Perry, Potter, Elkin (2013), os resultados esperados focam na cicatrização das lesões e prevenção das lesões cutâneas adicionais, sendo os resultados esperados diminuição do exsudato da lesão, tecido de granulação presente na base da ferida, nutrição adequada para suporte da cicatrização da ferida e a pele do paciente protegida de outras lesões.

2.4 Implementação da Assistência de Enfermagem

Implementar, de acordo com Tanure e Pinheiro (2017), significa colocar em prática, executar o que antes era uma proposta.

Perry, Potter e Elkin (2013, p.617), relata a implementação para o tratamento de lesões

por pressão e manejo de feridas.

- Seguir protocolo padrão: Reunir os equipamentos/materiais; Realizar higiene das mãos; apresentar-se ao paciente e a família;
- Identificar o paciente. Justificativa: Garante que o paciente receba a administração correta;
- Explicar o procedimento ao paciente e aos familiares;
- Selecionar a terapia tópica da lesão por pressão mais adequada de acordo com os objetivos traçados em relação ao cuidado local da ferida;
- Consultar um médico ou Enfermeiro especialista no cuidado de feridas sobre a seleção de um curativo adequado, com base na avaliação da lesão por pressão, princípios do manejo da ferida e condições do paciente. Justificativa: o curativo fornece um ambiente apropriado para a cicatrização da ferida;
- Abrir os pacotes e os recipientes de solução tópica. Justificativa; Prepara o material buscando uma aplicação simples, para que sejam utilizados sem qualquer contaminação;
- Posicionar o paciente a fim de expor a lesão, mantendo o resto do corpo coberto pelo lençol. Justificativa: Previne a exposição desnecessária de outras partes do corpo;
- Remover curativos antigos, descartando-os em um saco plástico descartável. Descartar as luvas; realizar a higiene das mãos;
- Limpar a ferida com a solução prescrita, limpando da área menos contaminada para a mais contaminada. Enxaguar com a solução; secar gentilmente a base da ferida e a pele adjacente com gaze umedecida. Usar uma gaze limpa úmida para limpar a superfície da pele; secar com gaze limpa e seca. Justificativa: reduz a quantidade de bactéria; remove o exsudato da ferida e/ou resíduos do curativo;
- Aplicar agentes tópicos à ferida utilizando *swabs* de algodão ou gaze, conforme prescrito;
- Realizar o curativo prescrito;
- Reposicionar o paciente confortavelmente, sem apoiar o local da ferida.

2.5 Avaliação de Enfermagem.

Durante a avaliação de enfermagem, Tanure e Pinheiro (2017) orientam que devem ser acompanhados as respostas do paciente aos cuidados prescritos e implementados, através das

anotações, da resposta do paciente à terapia proposta e do relato do mesmo.

Segundo Perry, Potter, Elkin (2013, p.619), durante a avaliação ocorre,

- Observar a presença de inflamação, edema ou dor na pele ao redor da ferida;
- Inspecionar os curativos e as feridas expostas; avaliar a exsudação, o odor e a necrose tecidual. Monitorar o paciente buscando sinais e sintomas de infecção, incluindo febre e leucocitose;
- Comparar as medidas subsequentes da ferida após cada troca de curativos;
- Pedir ao paciente que classifique a dor em uma escala de 0 10, durante e depois da troca de curativo.

Quanto aos resultados inesperados e intervenções relacionadas, ainda referenciando Perry, Potter, Elkin (2013), observar:

- A pele ao redor da lesão torna-se macerada, reduzir a exposição da pele adjacente a agentes tópicos e à umidade; considerar o uso de uma barreira protetora líquida na pele ao redor da ferida;
- A lesão torna-se mais profunda, com aumento do exsudato e/ou desenvolvimento de tecido necrótico. Notificar o médico sobre a possível alteração do estado da lesão por pressão;
- Consultas com outros especialistas podem ser indicadas e obter culturas de exsudato da ferida necessárias.

Para o registro e relato deve-se registrar a avaliação da úlcera, o tipo de agente tópico e/ou curativos utilizado e a resposta do paciente no prontuário do paciente e relatar qualquer deteriorização na aparência da lesão (PERRY; POTTER; ELKIN, 2013)

Para a assistência domiciliar, de acordo com dados teóricos em Perry, Potter, Elkin (2013), deve-se observar se cama é apropriada à superfície de suporte. Certificar-se de que o paciente e os familiares sabem como utilizar os produtos escolhidos para o cuidado tópico da ferida e escolher um curativo que não necessite de diversas trocas em um período de 24 horas. Isso diminui a quantidade de tempo empregado pela família para o cuidado da ferida, aumenta o compromisso da família e faz com que os recursos de cuidado domiciliar sejam bem aproveitados.

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

A Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) e a SOBEST reconhece a prática do cuidado ao paciente portador de ferida crônica sendo uma especialidade dentro da enfermagem.

A lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 sobre a regulamentação do exercício profissional de enfermagem, no seu artigo nº 4 regulamenta que a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

A Resolução do COFEN nº 567/2018 regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas, sendo competência do Enfermeiro realizar curativos e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas. A mesma norma ainda estabelece como competência do Enfermeiro a realização da avaliação e prescrição de cobertura para tratamento de feridas crônicas.

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2007), para que haja uma melhor assistência ao paciente portador de lesão, o Enfermeiro que é o profissional responsável precisa compreender a importância do seu papel.

Sabendo que os cuidados apropriados são capazes de promover a reparação tecidual das feridas e consequentemente o restabelecimento da integridade da pele (PERRY; POTTER; ELKIN, 2013).

Torna imprescindível o papel do Enfermeiro, por ser o profissional habilitado para prestar essa assistência ao deter o conhecimento técnico-científico em virtude da sua formação acadêmica e por estar mais próximo ao paciente, acompanhando a evolução da lesão, fazendo as devidas orientações e realizando a cobertura (MORAES; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Se tratando do cuidado e acompanhamento das feridas crônicas, o Enfermeiro tem a responsabilidade pela supervisão da lesão e orientação quanto aos cuidados e tratamento (SANTOS, 2018).

Conforme afirmação de Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p.30), “Quem realiza o curativo e avalia o cliente todos os dias é o Enfermeiro. “O tratamento de lesões não se limita à prescrição de curativos do posto de enfermagem, sem avaliação criteriosa da ferida”.

Para que se faça uma avaliação criteriosa da ferida é necessário conhecimento técnico científico. Sendo obrigação do Enfermeiro, de acordo com Resolução n. 564/2017 (COFEN), “[...] aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão”.

Para Favreto et al., (2017, p.46),

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

Sendo necessário, conforme Favreto et al., (2017), que o Enfermeiro perceba que o cuidado a pacientes portador de lesão é uma competência intrínseca do seu cotidiano, devendo ele avaliar a lesão e prescrever o tratamento adequado. Como também proporcionar cuidado humanizado com um olhar holístico buscando compreender a patologia sem deixar de contemplar o ser humano em sua plenitude.

O paciente deve ser tratado como um todo, levando em consideração o quanto uma ferida é capaz de mexer com o individuo portador de lesão, possuindo força o suficiente para desorganizar o corpo fisicamente e psicologicamente (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Cunha (2006) reitera a importância do papel do Enfermeiro dizendo ainda, que o Enfermeiro precisa estar ciente de suas responsabilidades dentro do contexto da equipe multidisciplinar, já que a ferida não pode ser encarada como algo isolado do resto do corpo.

Fazendo necessária a sistematização do cuidado com esses pacientes, constituindo, a avaliação da ferida, fator determinante para a terapêutica adequada (SANTOS, 2018).

Quanto aos pacientes, como orientam Favreto et al., (2017), estes devem ser acompanhados e avaliados continuamente acerca do estado geral de saúde, passar por consultas sempre que necessário e adotar hábitos saudáveis..

Dessa forma, será possível planejar um caminho clínico, sendo possível acompanhar a evolução das diversas etapas do tratamento da ferida juntamente com a equipe multidisciplinar com a finalidade de levar a cicatrização da ferida sem complicações, com a restauração das funções e prevenção das sequelas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é a essência do trabalho do Enfermeiro, processo ao qual envolve contato com o paciente, atendendo-os em suas necessidades.

O conhecimento da anatomia da região ao qual está sendo tratada é de suma importância, e em sua maior parte, os cuidadores e familiares do paciente portador de lesão não o possuem e não entendem a importância de determinados cuidados e orientações.

Tende-se a olhar somente para a lesão, sem avaliar a sua total importância para o individuo portador de lesão. Uma ferida vai muito além de uma área lesionada, trazendo consigo diversas implicações a vida do paciente.

O Enfermeiro tem papel fundamental no tratamento de lesões por pressão, possuindo autonomia para tomada de decisões por se tratar de uma especialidade dentro da enfermagem e por possuir conhecimento técnico-científico devido a sua formação acadêmica. É o Enfermeiro quem realiza todas as etapas, desde o acolhimento até a resolução do problema, sendo responsável em prestar assistência ao usuário, orientando, acompanhando o processo de cicatrização e integrando o acompanhante na execução dos cuidados, educando-o para a continuidade dos cuidados.

Visto que a lesão por pressão é um dano na pele proveniente de fatores intrínsecos e extrínsecos é necessário a realização de uma sistematização do cuidado, contemplando o paciente em sua plenitude.

O olhar especializado da enfermagem é indispensável, tornando-se evidente a responsabilidade do Enfermeiro, pois quando o profissional Enfermeiro o realiza de forma mecânica, sem o olhar holístico, as necessidades do paciente não serão atendidas integralmente.

Assim, é possível através do conhecimento, da sistematização e do olhar holístico, evitar o sofrimento físico e psicológico que uma lesão trás ao paciente, proporcionando um tratamento eficaz, mais rápido e mais humanizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL**. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: <htpp://www.legislacao.presidencia.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <htpp://www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde (BR). Anexo 2: **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília (DF): ANVISA, FIOCRUZ; 2013. Disponível em: <htpp://www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 set. 2020.

CAMPOS, Antônio Anselmo Granzotto de.; MORE, Lucila Fernandes.; ARRUDA, Suzana Schmidt. **Protocolo de cuidados de feridas**. 2007. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 15 set. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Disponível em: <htpp://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **Resolução n. 564/2017**- Código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <htpp://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **Resolução n. 567/2018**. Normatiza a atuação da enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Disponível em: <htpp://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2020.

CUNHA, Maria de Fátima Batista da. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. 2006. Monografia. Fundação de Ensino Superior de Olinda – FUNESO. Disponível em: <htpp://www.silo.tips>. Acesso em: 25 set. 2020.

DANTAS, Daniele Vieira; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Rodrigo Assis Neves. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. **Ciência Cuidado da Saúde**, v. 10, n. 2, jun, 2011, p. 366-372. Disponível em: <htpp://www.researchgate.net>. Acesso em: 15 set. 2020.

FAVRETO, Fernanda Janaína Lacerda.; BETIOLLI, Susanne Elero.; SILVA, Francine Bontorin.; CAMPA, Adriana. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Revista Gestão & Saúde**, 17 (2), 2017, p.37-47.

GUIMARÃES, Márcio Cesar. Feridas e **curativos**: uma forma simples e prática de tratar. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**: série cuidados paliativos. 2009. Disponível em: <htpp://www.inca.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LOPES, Antonio Carlos. **Diagnóstico e Tratamento**. v.2. São Paulo: Manole, 2006.

MANDELBAUM, Samuel Henrique; DI SANTIS, Érico Pampado; MANDELBAUM, Maria Helena Sant'Ana. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. **An. Bras. Dermatol.,** Rio de Janeiro , v. 78, n. 4, p. 393-408, Aug. 2003 . Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 18 set. 2020.

MORAIS, Gleiciane Ferreira da Cruz.; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos.; SOARES, Maria Júlia Guimarães. **Avaliação de feridas pelos Enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública.** 2008. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 15 set. 2020.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2015- 2017).** Tradução de Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.

PERRY, Anne Griffin.; POTTER, Patrícia A.; ELKIN, Martha Keene. **Procedimentos e intervenções de enfermagem.** Tradução: Silvia Mariângela Spada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RIVITTI, Evandro. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

SANTOS, Nivea Cristina Moreira. **Lesões da pele**: legislação e procedimentos de enfermagem. São Paulo: Érica, 2018.

SILVA, Roberto Carlos Lyra.; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de.; MEIRELES, Isabella Barbosa. Feridas: **Fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2007.

SOBENDE. **Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia**. Disponível em: <htpp://www.sobende.org.br> Acesso em: 22 out. 2020.

SOBEST. **Associação Brasileira de Estomaterapia**. Disponível em: <htpp://www.sobest.org.br>. Acesso em: 22 out. 2020.

TANURE, Meire Chucre.; PINHEIRO, Ana Maria SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.