



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778

Nº 5, volume 5, artigo nº 25, Julho/Dezembro 2019

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n5a25>

Edição Especial

## AÇÕES DO CUIDADOR NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS

**Thiago Souza Martins<sup>1</sup>**

Acadêmico de Enfermagem

**Wellington Couto Nogueira<sup>2</sup>**

Acadêmico de Enfermagem

**Aline Cunha Gama Carvalho<sup>3</sup>**

Professora Msc. UniRedentor

### Resumo

A Lesão por Pressão é o dano acometido na pele ou em tecidos moles, onde ocorre a fricção e cisalhamento da proeminência óssea com a pele, relacionada a algum objeto ou artefato e até mesmo dispositivos médicos. Este trabalho tem como objetivo identificar as ações do cuidador, na prevenção de lesão por pressão (LPP) em pacientes acamados. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de levantamento de dados a partir de artigos científicos, protocolos do Ministério Da Saúde, onde foi constatado que os cuidadores reclamam a respeito da falta de comunicação entre as instituições com meio familiar, enfatizando no cuidado aos pacientes acamados em domicílios. De modo geral percebe-se que o conhecimento é a base da prevenção da lesão por pressão, é de grande importância o diálogo entre enfermeiro e a família, que se torna um papel essencial do cuidador no cuidado do paciente prevenindo a ocorrência de lesão por pressão. Por isso é essencial o destaque da prevenção onde o cuidador como profissional tem como objetivo a avaliação e intervenção.

**Palavras-chave:** Lesão por pressão, Cuidador, Prevenção, Ações.

---

<sup>1</sup>Centro Universitário Redentor, Enfermagem, Itaperuna-RJ, [thiago.martins.tm1@gmail.com](mailto:thiago.martins.tm1@gmail.com)

<sup>2</sup>Centro Universitário Redentor, Enfermagem, Itaperuna-RJ, [wellington.cout@gmail.com](mailto:wellington.cout@gmail.com)

<sup>3</sup>Centro Universitário Redentor, Enfermagem, Itaperuna-RJ, [alinecgcarvalho@yahoo.com.br](mailto:alinecgcarvalho@yahoo.com.br)

## **Abstract**

Pressure Injury is damage to the skin or soft tissue, where friction and shearing of the bony prominence with the skin, related to an object or artifact and even medical devices occurs. This paper aims to identify the actions of the caregiver in the prevention of pressure injury (LPP) in bedridden patients. This is a literature review conducted through data collection from scientific articles, protocols of the Ministry of Health, where it was found that caregivers complain about the lack of communication between institutions with family environment, emphasizing care to bedridden patients at home. In general, it is clear that knowledge is the basis for the prevention of pressure injury. The dialogue between nurse and family is of great importance, which becomes an essential role of the caregiver in patient care to prevent the occurrence of pressure injury. . Therefore it is essential to highlight prevention where the caregiver as a professional aims to evaluate and intervene.

**Keywords:** Pressure injury, Caregiver, Prevention, Actions.

## **INTRODUÇÃO**

Segundo Gleinn (2005) a úlcera por pressão é considerada qualquer lesão que se desenvolve a partir da pressão prolongada sobre tecidos moles ou superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente, principalmente em locais de proeminências ósseas, sendo sua gravidade associada à intensidade e duração da pressão e a tolerância dos tecidos.

A patogênese das úlceras por pressão é um problema complexo de três fatores principais são de grande importância nesse processo: a pressão direta, as forças de cisalhamento e fricção. Um paciente que sofre uma combinação de fatores predisponentes é mais suscetível ao desenvolvimento de úlcera. Tais fatores podem ser divididos em dois grupos: Intrínsecos, são os aspectos do tipo de compleição corporal do paciente, mobilidade, estado nutricional, incompetência, infecção e condições clinicam; Fatores extrínsecos incluem os efeitos externos de drogas, distribuição do peso, regime de tratamento (clínico ou cirúrgico, cuidados intensivos), cuidados de higiene e técnicas de manuseio do paciente (WATERLOW, 1988).

Apesar dos avanços nos cuidados em saúde nos últimos anos, as úlceras por pressão continuam sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade, constituindo grande impacto na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, gerando um problema social, econômico e de saúde pública (LUZ, 2010).

As classificações estão divididas em quatro estágios, mas de acordo com o comprometimento tecidual desse paciente. O estágio 1 onde a pele se denomina como intacta mas, com sinais de eritema. O estágio 2 ocorre a perda parcial do tecido especialmente a sua espessura, podendo assim cobrindo a epiderme, derme ou ambas. No estágio 3 a perda cutânea tecidual total, ocorre o aparecimento da gordura subcutânea, onde a crosta pode estar presente, mas não ocultando a possibilidade de profundidade, e ossos e tendões não são visíveis. No estágio 4 ocorre a perda tecidual da espessura total e perda tissular, com exposição dos ossos tendões e músculos, escarra pode estar presente, a profundidade pode ser visível com os músculos que podem ser palpáveis.

Também podemos contemplar algumas lesões que são categorias não classificáveis e tissulares profundas. As não classificáveis perdas da espessura total e a perda tissular não se encontram visível, pelo fato de a lesão apresentar à quantidade esfacelo e escara a extensão do dano não pode ser admitida. E por ultima a lesão tissular profunda, se apresenta com descoloração vermelho escura, marrom que não embranquece. Com a descoloração da pele consegue identificar a mudança de temperatura e a dor nesse paciente. Isso se torna resultante de uma pressão intensa, com um prolongamento de cisalhamento na área de interação entre o osso e musculo. (NPUAP et al., 2016)

Atualmente, há em torno de 40 escalas de avaliação de risco para UP e seus estudos, na maioria de revisões da literatura, são opiniões de especialistas ou adaptações de instrumentos já existentes. Entretanto, não relatam a identificação dos pesos atribuídos aos fatores de risco nem o emprego de técnicas estatísticas adequadas (ANTHONY *et al.* 2010). Nesse sentido, autores criaram instrumentos de avaliação capazes de prever a ocorrência de UP, sendo os mais conhecidos e utilizados os de Norton, Waterlow e Braden (MAKLEBUST, 1999)

Realizar medidas de prevenção das lesões por pressão é mais importante que propostas para realizar um tratamento, analisando o gasto que é menor e o risco de possíveis complicações que são mínimas. Contudo é necessário o conhecimento das causas que levam a uma lesão por pressão, às características e seus fatores de risco, dessa forma possibilita a realização de ações na prevenção mais eficientes. Habitualmente uma úlcera resulta de cuidados domiciliares inadequados ou desenvolvem-se no próprio hospital, em pacientes acamados, causando grande problema na rotina das instituições e dos familiares, pois são lesões de difícil cicatrização, alto custo e dor (POTTER; PERRY, 1999; SMELTZER; BARE, 2005; SOUZA, 2005; FERNANDES, 2006).

Os indivíduos restritos ao leito ou cadeira, ou aqueles que são incapazes de se posicionar são os mais propensos para a formação de úlceras por pressão, portanto devem receber atenção sistematizada para evitar fatores adicionais que resultem na lesão do tecido (CALIRI; RUSTICI; MARCHRY, 1997).

Segundo Faro (1990, p. 279) “é necessário ensinar os familiares como cuidar da pele evitando as úlceras por pressão, pois a cada ferida aberta, o tratamento clínico fica praticamente interrompido retardando o processo de reabilitação”.

A concepção de um cuidador é aquele que presta cuidados a saúde as pessoa que estão acamadas, ou seja, aquelas que necessitam apoio por estarem com condições físicas e mentais limitadas com ou sem rendimento. (ARAÚJO et al., 2011; MORAIS et al., 2012).

Podemos dizer que os cuidadores somos nós que lidamos com os pacientes e com as pessoas acamados, mas há uma concepção geral onde diz que o cuidador é aquele que presta cuidados ao outro que necessita de assistência. Existem dois tipos de cuidadores que são representados o informal e o formal. O informal é aquele familiar que convive diariamente com o ente querido pela vida, ou ate mesmo aquele que presta serviços à comunidade criada por uma entidade. E o formal é aquele que presta serviço por uma instituição que é treinada e capacitada para prestar os serviços de saúde e assistência aos pacientes acamados (REJANE e CARLETI, 1996; MORAIS et al., 2012)

Os profissionais treinados têm como responsabilidade de repassar os cuidados necessários para esses cuidadores que vivem diretamente com esses pacientes e, portanto os sistemas de assistência de saúde publicam do país não este preparado para auxiliar os cuidadores, pois apresenta dificuldades para entender as demandas. (SOUZA e MANDU, 2010). Já a tarefa do cuidador vai se tornando a cada dia mais difícil, pelo fato de não haver a comunicação e o vinculo entre os profissionais da saúde. Assim como os profissionais da saúde tem de educa-los, mas sim de entender e avaliar os erros cometidos no local em que ele vive, esclarecer as duvidas necessárias, e passar as informações especificas para aquele cuidador. Podemos dizer que hoje os cuidadores estão com dificuldades e necessidades de apoio e informação da equipe disciplinas da saúde. (TESTON et al., 2012).

## **PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO**

É uma tarefa cotidiana, que vai ter como objetivo de analisar e identificar possíveis mudanças no comportamento tecidual do acamado. Assim a pele deve ser avaliada, identificando possíveis lesões com seu estagio, de modo às ações profiláticas são reforçadas impedindo assim lesões com evoluções. Existem certos tipos de escalas que nos determinam essas ações para que não ocorram riscos, como por exemplo, a escala de Norton que vai avaliar a condição física desse paciente, a atividade a condição mental, a incontinência, a mobilidade onde avalia em um score de 1 a 4, onde se ela me atribui uma nota inferior a 14, esse paciente tem um risco elevado de ocasionar uma formação de lesão por pressão. E a escala de Braden onde vai analisar a percepção sensorial desse paciente, o grau de umidade tendo o contato com a pele, atividade, a mobilidade, o cisalhamento e

fricção contra o osso, e a nutrição. Podemos dizer que dificuldade de empregar esses métodos de prevenção é a necessidade de cada equipe ter capacitação e aplicação dela, e dos familiares que também estão como cuidadores sujeitos a essa dificuldade através da capacitação. RAMPAZZO et. al. 2009

Segundo Anvisa (2013), a avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

E importante dizer que a primeira medida a ser adotada é orientação familiar e principalmente ao paciente, com reforço pela equipe de saúde que estão ligadas ao paciente, que estão em busca da autodisciplina e participação da família. Uma das formas mais comuns e importantes de prevenir a lesão é o alívio da pressão, contendo a posição adequada ou postura correta do paciente no leito e na sua residência, e do uso dos dispositivos de redutores de pressão. Esses pacientes devem ser reposicionados continuamente, por meio de intervalos de duas horas avaliando os pontos de apoio e posicionamento assim diminuído a pressão dos pontos suscetíveis à lesão. Se esse paciente não apresenta nenhuma contraindicação relacionada ao posicionamento devem ser realizados os planos de cuidados como o uso de coxins e, um ângulo de 30° do paciente e o leito com a posição frontal, assim gerando a diminuição do deslizamento que poderia gerar atrito e cisalhamento, almofadas devem ser colocadas entre os joelhos e tornozelos. (RAMPAZZO et. al. 2009)

Em relação à pele desse paciente deve avaliar a temperatura quando a umidade, se a presença de eritemas ou bolhas, identificando sinais flogísticos precocemente, e evitar o ressecamento e descamação. Quanto à umidade pode ocorrer à fragilidade da pele, e o contato com pele através da urina onde causa irritação local, por esse motivo esse paciente exige cuidados com atenção especial. Com a colocação de fraldas geriátricas, realizando a higienização da pele para que haja o controle da incontinência. A higienização deve ser realizada com produtos corretos e utilizados de maneira adequada, como água morna e

sabonete neutro assim podendo evitar força e fricções sobre a pele. (RAMPAZZO et. al. 2009).

## **RDC-36: LESÃO POR PRESSÃO**

Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP (nível de evidência A)
- A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados, Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão (nível de evidência C).
- Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm (nível de evidência C).
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, 12 quando o reposicionamento manual frequente não é possível (nível de evidência B).
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras por pressão (nível de evidência A).

Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos • Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão) (nível de evidência C).

- Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão (nível de evidência C).
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (nível de evidência B)

Em vista dos argumentos apresentados, foi falado a respeito das lesões por pressão que são acometidos por uma pressão continuada a uma proeminência óssea ocasionando assim uma abertura da superfície da pele. E classificadas como estágios onde nos mostra o comprometimento da lesão em grau 1, 2, 3 e 4, tendo a não classificável e lesão tissular profunda. E foi constado que muitos dos cuidadores não são capacitados ou até treinados para lidar com a situação para que possa prevenir muitos deles são os profissionais da área da saúde, e a outra parte são os leigos, ou seja, os familiares desses pacientes que lidam ao longo do dia. E tivemos como ato para prevenção os cuidados necessários para esse paciente, a capacitação desses cuidadores de modo geral, e do entendimento da escala de Braden, para avaliar o risco que esse paciente corre. Entre outros o posicionamento desse paciente, como a pele se comporta ao longo do dia a dia, e do investimento nesses materiais e equipamentos quanto aos cuidados. Portanto o desenvolvimento dessa pesquisa

se torna fundamental para contribuir na assistência dos cuidadores, nos pacientes sujeitos a desenvolver a lesão por pressão, melhorando o posicionamento profissional do cuidador capacitado na área da saúde quanto no posicionamento de conhecimento para esse cuidador familiar.

## REFERÊNCIAS

ASCARI, Rosana Amora et al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Braz J Surg Clin Res [online]**, p. 11-6, 2014.

ANVISA. **PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**. 2013, Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. Acesso em: 11 set. 2019.

DE ARAÚJO, Thiago Moura; DE ARAÚJO, Márcio Flávio Moura; CAETANO, Joselany Áfio. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011.

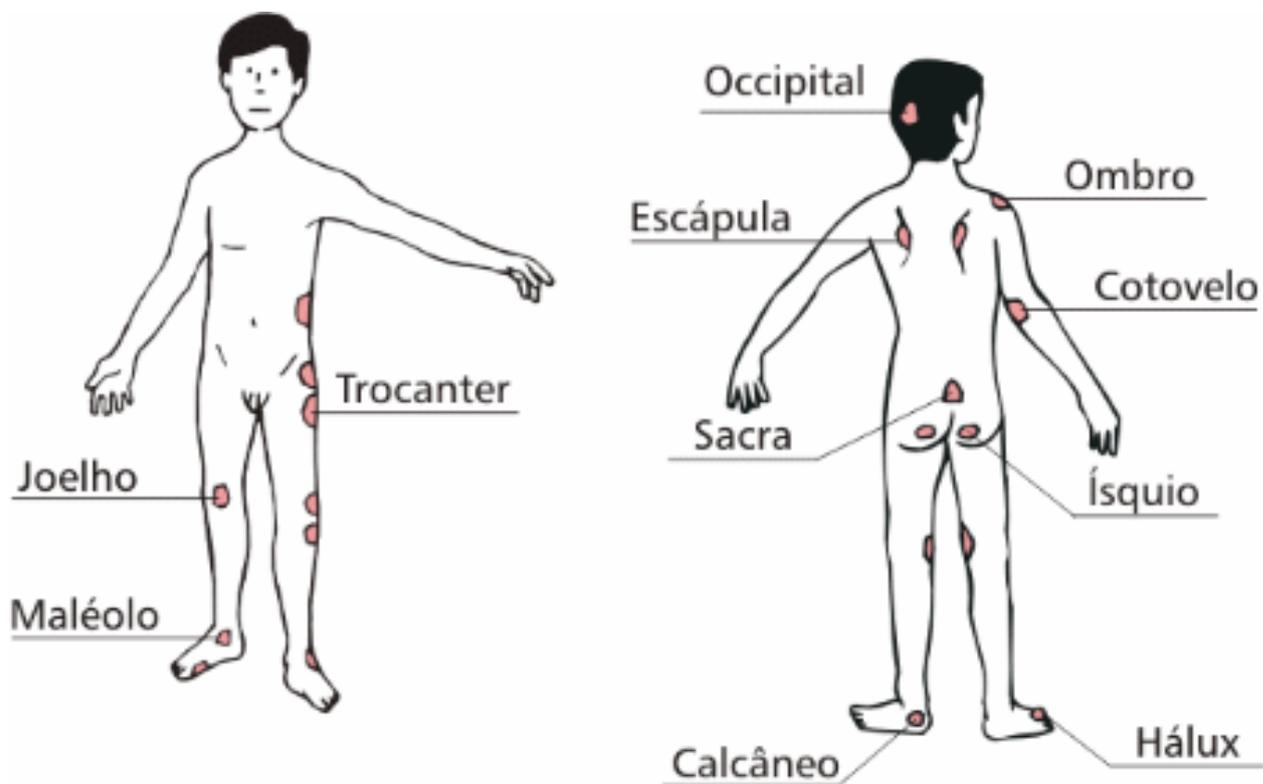
GOULART, Fernanda Maria et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Rev Objetiva**, v. 4, n. 1, 2008.

LUZ, Sheila Rampazzo et al. **ÚLCERA POR PRESSÃO**. *Geriatrics & Gerontology*, v. 4, n. 1, 2010.

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; DE BARROS, Sonia Maria Oliveira. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007.

## ANEXO 1:

**Título: Principais pontos para desenvolver lesões por pressão.**



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

## ANEXO 2:

**Título: Classificação de Lesão Por Pressão.**

Lesão por pressão	Definição
<b>Estágio 1</b>	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
<b>Estágio 2</b>	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
<b>Estágio 3</b>	Perda da pele em sua espessura total.
<b>Estágio 4</b>	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
<b>Não Classificável</b>	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
<b>Tissular Profunda</b>	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.
Definições adicionais	
<b>Relacionadas a dispositivos médicos</b>	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
<b>Em membranas mucosas</b>	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.
<b>Relacionadas a utensílios domésticos</b>	Resulta do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito.

Fonte: Adaptado de NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2016).

Fonte: Adaptado de NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2016).

#### Sobre os autores

**Thiago Souza Martins 1** Graduando de Enfermagem, Centro Universitário Redentor, Itaperuna-RJ.  
E-mail: [Thiago.martins.tm1@gmail.com](mailto:Thiago.martins.tm1@gmail.com)

**Wellington Do Couto Nogueira 2** Graduando de Enfermagem, Centro Universitário Redentor, Itaperuna-RJ. E-mail: [wellington.cout@gmail.com](mailto:wellington.cout@gmail.com)

**Aline Cunha Gama 3** Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (Concluído em 2011), especialização em Terapia Intensiva UFF (concluída em 2004), MBA em Gestão Acadêmica e Universitária- Carta Consulta (Concluído em 2015), Pós Graduação em Gestão Educacional em IES, Área de Conhecimento Educação (Concluído em 2015), Pós Graduação em Saúde da Família, Área de Conhecimento Bem estar social ( Concluído em 2016), Curso de capacitação em serviço para portadores de diploma de nível superior (Concluído em 2007). Professora em UniRedentor, no Curso de Enfermagem. [alinecgcarvalho@yaahoo.com.br](mailto:alinecgcarvalho@yaahoo.com.br)