TELAS DO CURSO ONLINE SOBRE AVALIAÇÃO E REGISTRO DE LESÃO POR PRESSÃO PARA ENFERMEIROS

Cristiane Baretta[1], Sandra Maria Cezar Leal[2], Rosana Amora Ascari[3]

O principal produto desenvolvido no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) durante a formação acadêmica foi um curso de curta duração, construído em plataforma digital institucional, o qual teve seu conteúdo validado como Tecnologia Cuidativo-Educacional (RCE), do tipo Curso para Formação Profissional intitulado "Curso Online sobre Avaliação e Registro de Lesão por Pressão para Enfermeiros", com o intuito de auxiliar os enfermeiros em sua prática clínica. O conteúdo foi desenvolvido a partir da estrutura de curso construído e validado para esse fim, o qual obteve a validação de conteúdo pelos juízes especialistas e pelo público-alvo e, após a realização do curso pelo público-alvo, foi realizado a validação de aparência.

Assim, apresenta-se a seguir o conteúdo do curso organizado em plataforma digital institucional.

[1] Mestre em Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó-SC, Brasil. Orcid: 0000-0001-7113-2447.
[2] Doutora em Enfermagem. Universidade do Vale dos Sinos, Porto Alegre-RS, Brasil. Orcid: 0000-0003-4611-0988.
[3] Doutora em Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó-SC, Brasil. Orcid: 0000-0002-2281-8642.

Orientações Iniciais

A formação em Enfermagem apresenta-se com o foco na prática educativa que permeia toda a vida profissional, tendo como base a construção acadêmica, e complementando-se por uma rotina de atualização profissional no âmbito assistencial e gerencial, visto que as evidências apresentam modificações com o passar do tempo. Buscando colaborar com uma atuação de qualidade produzimos essa capacitação para enfermeiros com foco na avaliação e registro de lesões por pressão. Desse forma, são abordados temas que envolvem a segurança do paciente relacionada à lesão por pressão; anatomia e fisiologia do tecido tegumentar; etiologia, sistemas de classificação e risco de desenvolvimento de lesão por pressão; atuação e avaliação do enfermeiro ao paciente com lesão por pressão; e, registros da avaliação realizada pelo enfermeiro.

Esperamos que aproveite esta oportunidade para aprimorar sua prática e que seja um multiplicador, no seu meio laboral, dos conhecimentos construídos aqui. Bons Estudos!!!

Professoras: Cristiane Boretta, Rosana Amora Ascari e Sandra Maria Cezar Leal.

CURRÍCULO DOS AUTORES

Plano de Ensino

Agenda da Disciplina

Fórum de Apresentação

Aqui você encontra as referências usadas no conteúdo do curso:

Referências

Pré teste - Teste de Conhecimento sobre Lesão por Pressão de Caliri e Pieper

Responder este questionário é pré-requisito para acessar o módulo 1

Canais de Comunicação

Avisos

Fórum de Dúvidas

ATIVIDADE OBRIGATÓRIA:

Assista aqui a webconferência que aconteceu dia 18/07/2022:

Professoras: Cristiane Baretta, Rosana Amora Ascari e Sandra Maria Cezar Leal.

Ambientação ••• Módulos 1 2 3 4 5 6 Encerramento •••

Módulo 1: Segurança do paciente relacionada a lesão por pressão

Orientações

Nesse módulo vamos discutir de forma ampla os aspectos que relacionam o cuidado do enfermeiro com a Lesão por Pressão (LP), vamos descrever os aspectos históricos dos pacientes com LP, bem como as legislações que abordam e fornecem respaldo ético para desenvolver os cuidados necessários, e também, os cuidados a serem aplicados quando desenvolve a LP.

Objetivos de aprendizagem do Módulo: Conhecer os aspectos históricos do cuidado com feridas, panorama da segurança do paciente com Lesão por Pressão e seus desdobramentos quanto aos eventos adversos e notificações.

Materiais de estudo

Todo o conteúdo de estudo obrigatórios está disponível no e-book a seguir. Para que esta atividade obrigatória seja considerada concluída será necessário que veja todas as páginas do livro, até a última. Assim, automaticamente sua atividade de estudo será registrada como concluída! Se tiver dúvidas de conteúdo ou problemas na navegação, faça contato pelo fórum de dúvidas que iremos lhe auxiliar.

Boa leitura!

Livro de Estudos Módulo 1 ☑

Avaliação do aprendizado - Obrigatória

Acesse o questionário a seguir para fazer a avalição de sua aprendizagem desse Módulo.
Você terá duas oportunidades de responder ao questionário. Caso não se saia bem na primeira tentativa, retorna aos estudos dos conteúdos didáticos e quando se julgar preparado poderá responder novamente. Vale a nota maior das duas tentativas. Mas, se você já obtiver uma boa avalição na primeira tentativa, não precisa fazer novamente.

Questionário M1 ☐

Dicas da professora

Acesse as Portarias para complementar seus estudos ou para consultar no caso de dúvidas:

Portaria GM/MS nº 529/2013

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013

Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013

Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html

Livro de Estudos Módulo 1

Site: Ambiente Virtual de Aprendizagem - UDESC
Curso: 2022 CEO Avaliação e Registro de Lesão por Pressão
Livro: Livro de Estudos Módulo 1

Índice

Introdução

Aspectos históricos referentes aos cuidados com feridas

Programa Nacional de Segurança do Paciente: avaliação e registro de LPEventos Adversos Notificação e subnotificação de eventos adversosEncerramento

Introdução

Atualmente, os serviços de saúde são complexos, contendo cada dia mais técnicas e tecnologias avançadas que adicionam riscos na prestação da assistência aos pacientes. Afim de garantir a segurança dos pacientes na atenção à saúde, faz-se necessário repensar os processos assistenciais, identificando assim as possíveis falhas antes de causarem danos aos pacientes. Este processo possibilita a ampliação do conhecimento de procedimentos críticos, com maior potencial para ocorrência de eventos adversos, possibilitando desta maneira o desenvolvimento de ações de prevenção eficientes (BRASIL, 2017a).

dados da Agência Nacional Vigilância Sanitária - ANVISA

apontam que no ano de 2018 as notificações de Lesão por pressão (LP) no Brasil chegaram à marca de 19.297 de um total de notificações de eventos adversos de pouco mais de 103 mil. A LP foi a terceira maior causa de notificações. Das LP notificadas, 6.101 se encontravam em Estágio 1, 10.438 em Estágio 2, 1.720 em Estágio 3, 520 em Estágio 4, e 518 sem informação de estágio (BRASIL, 2019).

Eventos adversos possuem potencial para causar danos aos pacientes, e ao abordar a LP, ações de segurança ao paciente devem ser adotas. Algumas medidas simples e eficientes podem reduzir riscos e danos nos serviços de saúde, entre elas, a correta identificação do paciente, com mecanismos de dupla checagem, administração segura de medicamentos, higiene efetiva das mãos para prevenção de infecções, prevenção de quedas e LP, entre outras. Este conjunto de medidas deve ser baseado em evidências e protocolos institucionais, ao serem realizadas corretamente, podem prevenir eventos adversos relacionados à assistência à saúde (BRASIL, 2017a).

A prevenção, o tratamento e a reabilitação de indivíduos com lesões de pele constituem atribuições da equipe multiprofissional de saúde, em especial do enfermeiro. A LP e a sua prevenção são consideradas importantes indicadores de qualidade e são classificadas em eventos adversos evitáveis (FURTADO *et al*., 2019).

O custo do tratamento de LP tende a ser 2,5 vezes maior do que a sua prevenção. A ocorrência de LP aumenta o tempo de permanência hospitalar e diminui a qualidade de vida, aumenta a dor, a morbidade e a mortalidade. As principais causas de ocorrência de LP estão relacionadas ao uso limitado do conhecimento, e a falta de ações baseadas em evidências científicas (DELVAND; EBADI; GHESHLAGH, 2018).

Clique nos itens a seguir para ver os detalhes:

Portaria nº 529/13 – PNSP

RDC nº 36/13 – NSP

Portaria nº 1.377/13 - Protocolos Básicos de Segurança do Paciente

Nota Técnica ANVISA/17

Painel Europeu Consultivo de Úlcera por Pressão/19

É notável o crescente interesse pela qualidade na prestação dos serviços de saúde e a segurança do paciente é considerada como dimensão prioritária da qualidade. Para aumentar a qualidade de um serviço de saúde é necessário diminuir ao mínimo possível os riscos dedanos aos pacientes. A segurança acaba tendo sempre enfoque na ausência de danos gerados pela assistência à saúde e acaba deixando de lado o fato de que segurança não se restringe a isto, mas também as falhas que poderiam causar potenciais danos (BRASIL, 2017a).

A LP constitui um problema de saúde relevante e atual, no contexto da segurança do paciente, nas organizações de saúde de todo o mundo. A implementação de ações para reduzir os casos de LP é recomendada e torna-se essencial para a qualificação do cuidado prestado. É necessário aliar o aumento do conhecimento científico à implementação de práticas baseadas em evidências para assimresultar em benefícios aos pacientes, diminuindo a ocorrência deste evento adverso e reduzindo assimo tempo de internação hospitalar (FURTADO *et al*., 2019).

O nível de conhecimento da equipe multiprofissional e da equipe de enfermagem são diretamente proporcionais à qualidade e a segurança dos cuidados prestados, sendo a assistência de enfermagem adequada um componente essencial da prevenção de LP. Portanto, com base na prática baseada em evidências, o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre LP é fundamental para a

sua prevenção. É indicada a realização de cursos regulares de revisão e treinamentos para a prevenção de LP para a real aplicação do conhecimento científico na prática clínica (DELVAND; EBADI; GHESHLAGH, 2018).

Aspectos históricos referentes aos cuidados com feridas

A história da cicatrização de feridas evoluiu juntamente com a história da humanidade. Uma tabuleta de argila datada de 2.200 a.C. da mesopotâmia é um dos manuscritos médicos mais antigos de que se tem conhecimento, e esta tabuleta descreveu os três gestos da cura, que seriam lavar a ferida, aplicar emplastros e enfaixar. Os emplastros eram misturas de substâncias (lama, argila, óleo, plantas e ervas) aplicados em feridas para fornecer proteção e absorver exsudato. Há também relatos que os sumérios utilizavam cerveja para o cuidado de feridas (SHAH, 2011).

À medida que a medicina se deslocou do reino espiritual para o científico, houve a necessidade de entender os resultados da intervenção médica. O tratamento de feridas foi uma consequência de tentativa e erro, além de emprego de técnicas milenares (DAUNTON *et al*., 2014).

O tratamento de feridas no antigo Egito tinha uma base espiritual pois a ferida aberta era vista como um possível ponto de entrada para entidades maliciosas, exigindo o uso de um repelente para embalar a ferida (DAUNTON *et al*., 2014). Bandagens adesivas podem ter sido utilizadas pela primeira vez pelos egípcios, além da aplicação de mel nas feridas. Mel, graxa e fiapos de fibra vegetal eram utilizados por eles para fazer gesso (o fiapo ajudava na drenagem da ferida, gordura e mel protegiam a ferida de infecções, graxa fornecia barreira bacteriana e mel além de ser um agente antibacteriano continha propriedades curativas) (SHAH, 2011).

Hipócrates na Grécia antiga (460-370 a.C.) defendia o uso de vinho ou vinagre para lavar feridas e tinha o mel, óleo e vinho como tratamentos adicionais. Lã fervida em água ou o vinho foi considerado na época um curativo apropriado para a cobertura de feridas (DAUNTON *et al*., 2014).

No século XVI houve a inserção da abordagem holística dos cuidados, onde se passou a considerar importantes o estado nutricional, o controle da dor e o bem-estar psicológico para uma melhor recuperação do paciente. Houve um avanço nas técnicas de desbridamento de feridas, que eram limpas com ferro em brasa e óleo quente. No século XVIII houve avanços das técnicas para tratamento de feridas e desenvolvimento de insumos e instrumentos médicos, como o microscópio, que influenciou no desenvolvimento das técnicas de assepsia e antissepsia, além da produção dos primeiros antimicrobianos e antibióticos (MOUËS et al., 2009).

Dominique Jean Larrey (1766-1842), cirurgião de Napoleão, escreveu sobre a necessidade de amputação precoce para qualquer membro ferido que não pudesse ser salvo. Na época a gangrena hospitalar era frequente em feridas não tratadas e predominantemente fatal. A amputação era recomendada para a criação de uma ferida relativamente limpa, mais fácil de tratar. Nesta época, 30% de todos os ferimentos por tiros em extremidades resultaram em amputações (BROUGHTON; JANIS; ATTINGER, 2006).

Em 1865 Joseph Lister utilizou pela primeira vez um antisséptico em uma cirurgia e no tratamento de feridas, os curativos eram embebidos em ácido carbólico. Em 1880 Livros didáticos enfatizavam a importância da limpeza da pele, remoção de corpos estranhos e lascas ósseas e irrigação com ácido carbólico para o tratamento das feridas. Logo após, Carl Reyer, cirurgião militar russo, demonstrou a redução significativa de mortalidade em pacientes submetidos a limpeza mecânica extensa nas feridas, conhecido como desbridamento (BROUGHTON; JANIS; ATTINGER, 2006).

Há registros de que os enfermeiros já eram responsáveis

pelo cuidado de feridas na época da Segunda Guerra Mundial. Havia uma grande demanda de assistência de enfermagem devido ao número de feridos na guerra, o que levou a um número alto de profissionais despreparados prestando atendimento. Um estudo de 1940 apontou que as infecções em feridas eram causadas por uma combinação de fatores, que incluíam recursos físicos e materiais das enfermarias, e principalmente recursos humanos, ou seja, quanto maior a disponibilidade de enfermeiros presentes em uma enfermaria, menores os índices de infecção de feridas (VIEIRA *et al.,* 2017).

No Brasil, através da escola de enfermagem moderna foram transmitidas atribuições essenciais aos enfermeiros estudantes, entre elas a responsabilidade sobre o tratamento de feridas (SANTOS *et al*., 2011), isso ocorreu por volta/a partir de 1920 com a implantação da enfermagem moderna no Brasil no cenário da reforma sanitária. Tal mudança ocorreu mediante a vinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas responsáveis pela fundação da Escola de Enfermagem Anna Nery, que tinha por objetivo constituir uma frente unificada de enfermagem no Brasil e consolidar a imagem de uma enfermagem bem preparada. (SANTOS *et al*., 2011).

Existem evidências desde o final da década de 1980 sobre o fato de a maioria das LP serem evitáveis. Em 1990 foram lançadas diretrizes internacionais com recomendações para prevenção e tratamento de LP, que são revisadas a cada cinco anos. Além disso, o conceito, a nomenclatura e a descrição dos estágios da lesão por pressão foram modificados em 2016 e validados pelas sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) para ser utilizado em língua portuguesa

(BRASIL, 2017b).

Programa Nacional de Segurança do Paciente: avaliação e registro de LP

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído em 01 de abril de 2013 pela Portaria Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. O PNSP tem como objetivo principal contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território brasileiro (BRASIL, 2013a). Os objetivos específicos do PNSP são:

> I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013a)

A portaria também adota definições para manter o foco do PNSP, como segurança do paciente, dano, incidente, evento adverso, cultura de segurança e gestão de risco. Algumas estratégias de implantação do PNSP, presentes na Portaria, incluem a elaboração de protocolos, guias e manuais, promoção de capacitações a gestores e profissionais, implantação de metas, indicadores e padrões de conformidade, execução de campanhas sociais, instalação sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes, promoção da cultura de segurança e inclusão do tema de segurança nos cursos de formação em saúde (BRASIL, 2013a).

Em 2014 o Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a ANVISA lançaram o documento de referência para o PNSP. Este documento traz conceitos e informações acerca da segurança do paciente, constituindo

a PNSP em quatro Eixos (BRASIL, 2014). Os quais são apresentados a seguir.

O Eixo I estimula prática assistencial segura, com descrição de protocolos básicos a serem elaborados e implantados de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) constante nos desafios globais, que incluem: prática de higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação de pacientes, comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde, prevenção de quedas, **úlceras por pressão**, transferência de pacientes entre pontos de cuidado, e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014).

Os planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde apresentados no Eixo I são planos elaborados pelos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde (NSPES) que visam representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema e propõem um conjunto de ações para tal (BRASIL, 2014).

No Eixo I também constam estratégias para a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, para atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito. Também instruções para a criação de um sistema de notificação de incidentes efetivo e a importância de um Sistema de Notificação de Evento Adverso no Brasil (BRASIL, 2014).

O Eixo II intitulado “envolvimento do cidadão na sua segurança” aborda a questão da melhora na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros, enquanto o Eixo III ”inclusão do tema segurança do paciente no ensino” apresenta as formas de incluir a temática nas instituições de ensino da área da saúde (graduação e pós-graduação) e também na educação permanente (BRASIL, 2014).

Na sequência, o Eixo IV foca no incremento de pesquisa em segurança do paciente, com os órgãos responsáveis por estabelecer prioridadespara as pesquisas de modo a ampliar a produção e a difusão de conhecimento nesta área (BRASIL, 2014).

Eventos Adversos

Eventos Adversos (EA) são incidentes tocantes à assistência à saúde que necessitam de respostas efetivas e imediatas para sua redução, visto que representam um problema para a saúde pública (BRASIL, 2017b).

Segundo a OMS (2009), eventos adversos são incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentesda assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente, enquanto um incidente sem danos se trata de evento que ocorreu, mas não trouxe qualquer tipo de dano discernível ao paciente.

Todos os anos, milhões de pacientes são feridos ou morrem devido a cuidados de saúde inseguros e de má qualidade. Muitas práticas e riscos relacionados aos cuidados de saúde estão se tornando questões significativas para a segurança do paciente. Dentro os principais EA relacionados aos cuidados de saúde estão os relacionados a medicação: os erros de medicação são uma das principais causas de lesões e danos evitáveis nos sistemas de saúde e seu custo mundial associado é estimado em US$ 42 bilhões anualmente (OMS, 2019).

No ano de 2021, foi aprovado o primeiro Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030. Somente em países de baixa e média renda, 134 milhões de eventos adversos ocorrem a cada ano, resultando em 2,6 milhões de mortes. Mesmo em países de alta renda, cerca de um em cada 10 pacientes são prejudicados ao receber cuidados hospitalares. Estima-se que cerca de metade desses eventos possam ser prevenidos (OMS, 2021).

Adultos na faixa etária de 66 a 75 anos foram os mais acometidos por incidentes relacionados à assistência à saúde no ano de 2018. A análise dos incidentes, segundo gênero, demonstra que a maioria deles, 51,5%, ocorrem em pessoas do sexo masculino. Quanto à distribuição das notificações dos incidentes, por período/turno, observa-se que a maioria (60%) ocorreu durante o plantão diurno (BRASIL, 2019).

Considera-se que a reflexão levantada pela OMS traz principalmente o fato de que um erro cometido é uma responsabilidade geral e de um sistema falho e não apenas de um único indivíduo. Para que novos erros sejam evitados, é necessário notificar e estudar a causa do erro cometido, contribuindo assim para a expansão do conhecimento científico (OMS, 2019).

Notificação e subnotificação de eventos adversos

A enfermagem possui como preceito ético a garantia da segurança do paciente em todas as etapas da assistência, e se houver falha no processo de prestação de cuidados, o enfermeiro após identificar a falha, deve notificar no sistema hospitalar e a partir disso, envolver os profissionais promovendo estratégias de prevenção voltadas à segurança do paciente. A LP é um indicador que evidencia a qualidade da assistência na prestação do cuidado de enfermagem por ser considerado um evento adverso evitável (BRASIL, 2014; BERGAMASCO et al., 2020; REBOUÇAS *et al*., 2020).

Siman e Brito (2016) identificaram transformações na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente, como identificar, gerenciar e propor plano de cuidado de acordo com os riscos assistenciais e físicos, detectados na unidade de internação.

A necessidade da LP ser devidamente notificada aos órgãos competentes, como os núcleos de segurança do paciente ocorre para que se possa, por meio da série histórica das ocorrências, compreender melhor o perfil de pacientes acometidos, e as intervenções para prevenção poderão ser mais focalizadas, incluindo estratégias para a desospitalização (SILVA *et al*., 2019). Nesse sentido, os EA podem levar a complicações indesejáveis, o que compromete a segurança do paciente e representam um desafio para o setor da saúde (BRASIL, 2014b).

Entre os danos, descritos na literatura, relacionados aos pacientes que desenvolvem LP destacam-se a dor, o risco elevado de sepse, aumento de internação e taxa de mortalidade, inevitabilidade de correções cirúrgicas e aumento dos custos durante o período de internação (BRASIL, 2017, GARCIA *et al*., 2020, ANTUNES; SILVA, 2021).

Os dados identificados sobre escassas práticas de prevenção de LP, implicando em uma assistência sofrível e de forma inadequada descritos por Rebouças e outros (2020), evidenciaram que os enfermeiros necessitam avaliar e reavaliar mais seus pacientes a fim de identificar os riscos existentes por meios de escalas preditivas para o desenvolvimento de LP de maneira precoce e desta forma, implementar os cuidados individualizados.

Contudo, observa-se que ocorre divergência entre os registros de incidência de LP em prontuários quando comparados às notificações dos eventos adversos, tornando evidente a imaturidade para com a cultura de segurança do paciente (SILVA *et al*., 2019). Desta forma, a realização dos registros e as notificações caracterizam-se como subsídios significativos e efetivos na gestão de cuidados e riscos, assim sendo, há que se investir e estimular os profissionais a efetuarem o registro em prontuário e a notificação do AE (NASCIMENTO *et al*., 2017).

Quando não ocorre a notificação efetiva dos eventos adversos, não há como obter dados epidemiológicos reais nem avaliar os aspectos envolvidos, de acordo com Rebouças et al. (2020), a notificação é vista como uma oportunidade de melhoria de um dano que pode ser evitado durante o atendimento, o que por sua vez merece ser revisto e reforçado entre os profissionais.

A ANVISA lançou em 2019 o Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2018 (BRASIL, 2019), o qual sinaliza que dos 4.049 Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados no Brasil em 2018, 1.202 realizaram pelo menos uma notificação de incidente relacionado à saúde por meio do sistema Notivisa, do que se pode inferir a ocorrência de subnotificações. Destaca-se que segundo o referido Boletim, dentre os incidentes notificados, a LP é o terceiro mais frequente.

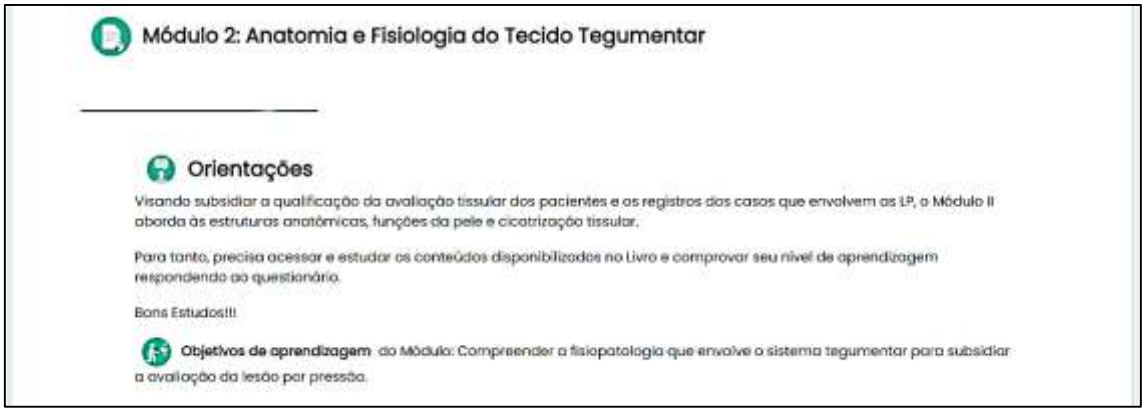
Ministério da Saúde
NOTIVISA
Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

O Boletim também aponta que neste período, existiram 103.275 incidentes notificados no Brasil, sendo o estado com maior número de notificações é o de Minas Gerais (MG).

A Região Sudeste apresenta um total de 40% de todas as notificações nacionais, dado este que pode ser justificado por uma grande concentração de estabelecimentos de saúde na região, maior cumprimento aos dispositivos de regulamento sanitário que institui as ações de segurança do paciente, além de maior sensibilização de gestores e profissionais do NSP quanto à importância da notificação e aprendizagem com os erros. Chama a atenção que as lesões por pressão são mais notificadas quando estão em estágio II em detrimento do estágio I, embora diminua expressivamente nos estágios III e IV (BRASIL, 2019).

Encerramento

Reconhecer a falha é o primeiro passo para evitar erros futuros. A compreensão da importância da notificação contribui para analisar o fato ocorrido, estabelecer prioridades de intervenção, de forma a encontrar soluções capazes de eliminar, evitar ou reduzir esses eventos adversos e assim avaliar o impacto das soluções desenvolvidas (NASCIMENTO *et al*., 2020).



Materiais de estudo

Todo o conteúdo de estudo obrigatórios está disponível no livro a seguir. Para que esta atividade obrigatória seja considerada concluída será necessário que veja todas as páginas do livro, até a última. Assim, automaticamente sua atividade de estudo será registrada como concluída!

Se tiver dúvidas de conteúdo ou problemas na navegação, faça contato pelo fórum de dúvidas que iremos lhe auxiliar.

Boa leitura!

Livro de Estudos Módulo 2

Avaliação do aprendizado - Obrigatória

Acesse o questionário a seguir para fazer a avaliação de sua aprendizagem do Módulo 2.

Você terá duas oportunidades de responder ao questionário. Caso não se saia bem na primeira tentativa, retorne aos estudos dos conteúdos didáticos e quando se julgar preparado poderá responder novamente. Vale a nota maior das duas tentativas. Mas, se você já obtiver uma boa avaliação na primeira tentativa, não precisa fazer novamente.

Questionário M2

Dicas da professora:

Recomendamos a leitura do capítulo 3: **Processo de cicatrização**, do Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas do MS.

Disponibilizamos duas versões, o capítulo 3 e o Manual completo.

Capítulo 3: Processo de cicatrização

Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas

Livro de Estudos Módulo 2

Site: Ambiente Virtual de Aprendizagem - UDESC
Curso: 2022 CEO Avaliação e Registro de Lesão por Pressão
Livro: Livro de Estudos Módulo 2

Índice

Tecido tegumentar e mudanças fisiopatológicas
A segunda camada da pele
Funções da pele
Cicatrização das lesões de pele
Fase inflamatória
Fase Proliferativa
Remodelação da ferida

Tecido tegumentar e mudanças fisiopatológicas

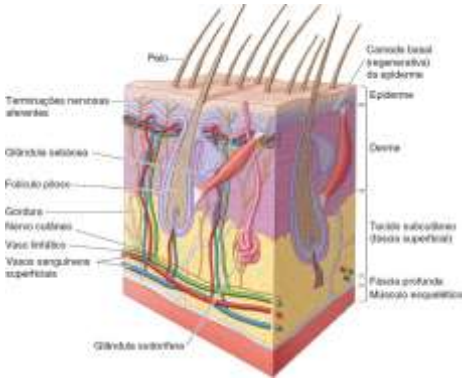
O maior sistema orgânico do corpo, a pele, é essencial para a vida humana. Este sistema também conhecido como

> tegumentar, forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participa em muitas funções orgânicas vitais. Apresenta variações ao longo de sua extensão, locais mais flexível e elástica e outros mais rígidos. Dessa maneira é classificada em pele espessa quando é maior de 16mm e pele fina entre 0,04 a 1,6mm. O sistema tegumentar é constituído da pele e seus anexos: pelos, unhas, glândulas sebáceas, sudoríparas e mamárias (HINKLE, 2020, RIVITTI, 2018, GAMBA *et al*., 2016).

A pele é formada por duas camadas a epiderme e a derme (Figura). A camada externa é chamada de epiderme, possui células epiteliais estratificadas compostas predominantemente de queratinócitos, uma proteína fibrosa dura que colabora protegendo a pele e os tecidos subjacentes contra abrasão, calor, micro-organismos e substâncias químicas. Além disso, possui os melanócitos que estão relacionados com a produção de melanina, as células de Langerhans que são oriundas da medula óssea e que são apresentadoras de antígenos e as células de Merkel que são formadas na crista neural e envolvidas no tato. É uma estrutura avascular. A espessura tem aproximadamente 0,1 mm nas pálpebras até próximo de 1 mm nas regiões palmares das mãos e nas plantas dos pés (DUGANI *et al*., 2017).

Os queratinócitos estão organizados em cinco estratos ou camadas, sendo que da mais interna para a mais externa estão o estrato basal, estrato espinhoso, estrato granuloso, estrato lúcido e estrato córneo. Os melanócitos estão situados entre a membrana basal e a camada basal e produzem a melanina, estão localizados em grânulos e são liberados por secreção citócrina. As células de Langerhans ficam localizadas no estrato espinhoso e são responsáveis pela captura e apresentação de antígenos às células T. As células de Merkel situam-se no estrato basal e estão relacionadas com as fibras nervosas amielínicas que agem como mecanorreceptores (DUGANI et al., 2017; HINKLE, 2020; TORTORA, 2017).

Figura: Pele e algumas de suas estruturas especializadas.



Fonte: Dugani et al., (2017, p. 2).

A segunda camada da pele

A segunda camada que constitui a pele é definida como derme, esta proporciona ao conjunto força e estrutura sendo composta por duas camadas, quais sejam a derme papilar - composta principalmente de células fibroblásticas produtoras de uma forma de colágeno - e a derme reticular que também realiza a produção de colágeno e feixes elásticos. A derme ainda possui vasos sanguíneos e linfáticos, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas e as raízes dos pelos (HINKLE, 2020).

A tela subcutânea ou como comumente é conhecida, a hipoderme, é dividida em três estratos: areolar ou superficial, médio ou fáscia superficial e lamelar ou profundo. É constituída por um tecido conjuntivo frouxo, gordura, glândulas sudoríferas, vasos sanguíneos e linfáticos superficiais e nervos cutâneos que proporcionam acolchoamento entre as camadas da pele, os músculos e os ossos (DUGANI *et al*., 2017; HINKLE, 2020).

Assim, o Quadro a seguir apresenta os componentes das estruturas da pele e suas funções.

Quadro: Estrutura e função das camadas da pele.

Componente	Estrutura e função
Estrato córneo	Barreira semipermeável (células empilhadas

	endurecidas eceramidas, colesterol e ácidos graxos)
Estrato granuloso	Contém querato-hialina que produz profilagrina
Estrato espinhoso	Contém desmossomos para aderência intercelular
Células de Langerhans	Células dendríticas, importantes na modulação da resposta imuneadaptativa
Células de Merkel	Células especializadas com função neuroendócrina
Melanócitos	Células dendríticas que produzem melanina para proteção contraradiação ultravioleta
Camada de célulasbasais	Contém as células-tronco que se dividem e produzem o restantedos queratinócitos na epiderme
Membrana basal	Interface entre epiderme e derme
Substância fundamental	Gel amorfo de mucopolissacarídeos que é o substrato da derme
Colágeno	Rede de proteínas fibrosas responsáveis pela força tênsil da pele
Fibras elásticas	Proteínas fibrosas responsáveis pela elasticidade da pele
Fibroblastos	Células que produzem a substância fundamental, colágeno e asfibras elásticas

Mastócitos	Leucócitos que liberam histamina e heparina
Histiócitos/macrófagos	Leucócitos que fagocitam e apresentam os antígenos
Glândulas écrinas	Glândulas sudoríferas que ajudam na regulação térmica
Glândulas apócrinas	Glândulas axilares e anogenitais responsáveis pelo odor corporal
Glândulas sebáceas	Componentes da unidade pilossebácea responsáveis pelaprodução de sebo
Folículo piloso	Componente da unidade pilossebácea responsável pela produçãoda fibra pilosa
Nervos somáticos, sensitivos e simpáticos autônomos	Inervação de vasos sanguíneos, glândulas e folículos pilosos
Corpúsculos deMeissner	Receptores nervosos especializados para tato superficial

Fonte: Adaptado de Soutor (2014, p. 15).

Funções da pele

Devido a sua grande extensão, as funções da pele são diversas. No entanto, há muito do que elucidar a respeito. Ao longo da vida essas funções da pele sofrem importante prejuízo devido as alterações que ocorrem no órgão do recém-nascido ao idoso. Hinkle (2020), Sobota (2017) e Tortora, (2017) descreveram algumas dessas funções, sendo elas proteção, sensações cutâneas, equilíbrio hídrico, regulação da temperatura,

hemorregulação, produção da vitamina D e função de resposta imune.

Clique nas telas a seguir e confira detalhes de cada função:

Existem vários fatores que alteram as características normais da pele, como por exemplo: idade, hidratação, exposição aos raios solares, tensoativos, nutrição, tabagismo e medicamentos. Devido a pele estar em contato diretamente com o ambiente externo, acumula as ações do meio ambiente, resultando em mudanças em cada indivíduo (GAMBA, 2016).

Cicatrização das lesões de pele

Quando ocorre a interrupção da continuidade da pele, que afeta a integridade do tecido tissular, denomina-se ferida, e também pode ser identificada como deformidade ou lesão que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica(GAMBA, 2016).

O processo complexo de cicatrização sempre intrigou a

humanidade. Atualmente estão ocorrendo avanços no ramo da biotecnologia, que oferecem aos profissionais uma larga escala de aliados, com produtos ditos "cicatrizantes". Muito além de um processo linear desencadeado por fatores de crescimento sobre células inflamatórias, a reparação representa uma interação entre mediadores solúveis, matriz extracelular e células do parênquima. Processos celulares contínuos contribuem para a restauração da ferida: regeneração celular, proliferação celular e produção do colágeno (GAMBA, 2016; AZULAY, 2017).

Após o trauma tecidual, há uma série de eventos que ocorre para sua repavimentação e reconstrução.

Tal evento é um processo dinâmico que envolve fenômenos bioquímicos e fisiológicos para a restauração tissular. São divididos didaticamente em três fases: *inflamatória, formação tecidual* ou *fase proliferativa* e *remodelação da ferida*.

Todavia, essas fases não são mutuamente excludentes, podendo ocorrer superposições temporais (AZULAY, 2017).

Fase inflamatória

A fase inflamatória inicia com a morte das células do tecido lesado. Durante a fase exsudativa ou inflamatória, as principais características são de ativar o sistema de coagulação, promover o desbridamento e defender a ferida contra bactérias. A agressão tecidual, gera rompimento de vasos sanguíneos, que desencadeia uma sequência inicial de fatos que culmina na formação do coágulo. Este serve para manter a homeostase, e também fornece uma matriz provisória para a migração celular. Caracteriza-se pelo influxo de leucócitos ao local lesionado. Esta resposta ocorre de forma rápida e coincide com os sinais clássicos da inflamação, geralmente nas primeiras 24 h, e pode durar até três dias após a lesão (GAMBA, 2016; AZULAY,

2017).

Os leucócitos atuam na remoção de corpos estranhos e bactérias, sendo que a permanência destes podem perpetuar a fase inflamatória e dificultar a reparação normal. Por outro lado, a geração de agentes quimiotáticos da ferida geralmente é reduzida à medida que esta estiver "limpa". Os neutrófilos residuais são de forma progressiva expelidos com a crosta ou fagocitados por macrófagos ou fibroblastos (AZULAY, 2017).

Em resposta a fatores quimiotáticos específicos, como fragmentos de colágeno, elastina, fibronectina e Fator de Crescimento Transformador beta (TGF-β), monócitos do sangue periférico continuam a ser recrutados para a ferida, onde são ativados e exibem o fenótipo de macrófagos. Essas células juntamente com as plaquetas, são responsáveis pela formação de tecido de granulação. Os macrófagos são capacitados a desbridar o tecido, digerindo organismos patogênicos, *debris* teciduais e neutrófilos desgastados. Os macrófagos desenvolvem uma função de transição entre inflamação e reparação, já que secretam fatores de crescimento para fibroblastos, necessários para a iniciação e propagação da neoformação tecidual em feridas (RIVITTI

Fase Proliferativa

De acordo com Gamba (2016), essa etapa é caracterizada pela formação de tecido de granulação e que geralmente dura um período de um a 14 dias, neste tempo ocorre a redução do tecido lesionado por contração e fibroplasia, além de estabelecer uma barreira epitelial viável para a atividade dos queratinócitos, e ocorre a cicatrização completa quando forma o tecido de reepitelização, angiogênese e fibroplasia processo que está ilustrado na no recurso a seguir. O processo de reepitelização inicia algumas

horas após a ruptura da integridade cutânea. Os queratinócitos das estruturas epiteliais residuais movem-se através da ferida.

Clique para passar as telas e confira os detalhes:

Nesse período ocorre a perda das ligações entre a epiderme e a derme tornando possível que as células epidérmicas apresentem mobilidade lateral. Em torno de dois dias após a lesão as células localizadas nas margens da ferida dão início a migração.

As células epidérmicas retornam ao seu fenótipo normal prendendo-se firmemente à membrana basal. Com aproximadamente quatro dias após a agressão, o tecido de granulação começa a formar-se. Com isso, ocorre também a proliferação vascular, sendo a fibroplasia elemento característico do tecido de granulação.

As plaquetas e os macrófagos liberam uma série de citocinas com atividades proliferativas e migratórias para fibroblastos. Após uma semana da ruptura da pele, o coágulo é infiltrado por fibroblastos ativados, que são estimulados pelo fator de crescimento que é quimiotático para fibroblastos e estimula a proliferação dessas células, aumentando a síntese de colágeno pelos fibroblastos ativados, evidenciados na figura 2-B (AZULAY, 2017).

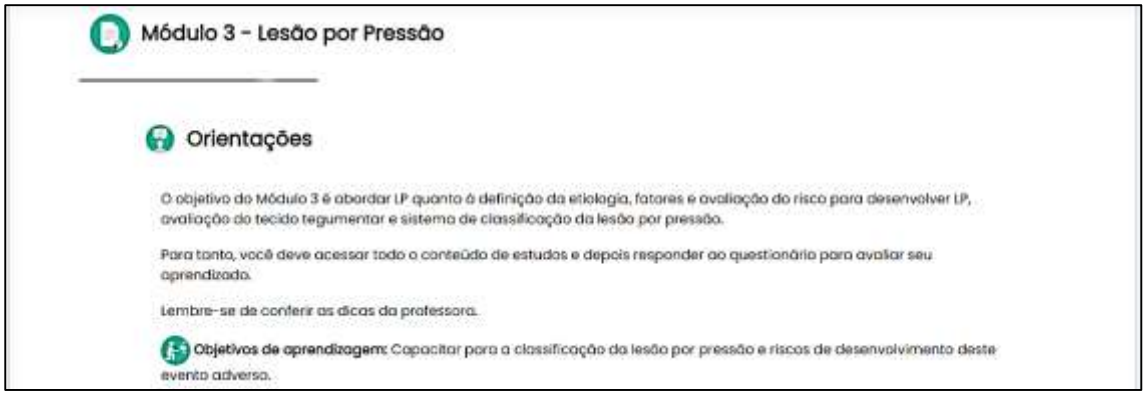
A transição entre um tecido de granulação rico em fibroblastos e uma matriz relativamente acelular é acompanhada pela apoptose de fibroblastos que ocorre por volta do 10º dia da reparação. A regressão dos capilares (Figura 2-C) acontece de um a dois dias após a remoção do estímulo angiogênico, por outra via de apoptose (AZULAY, 2017; GAMBA, 2016).

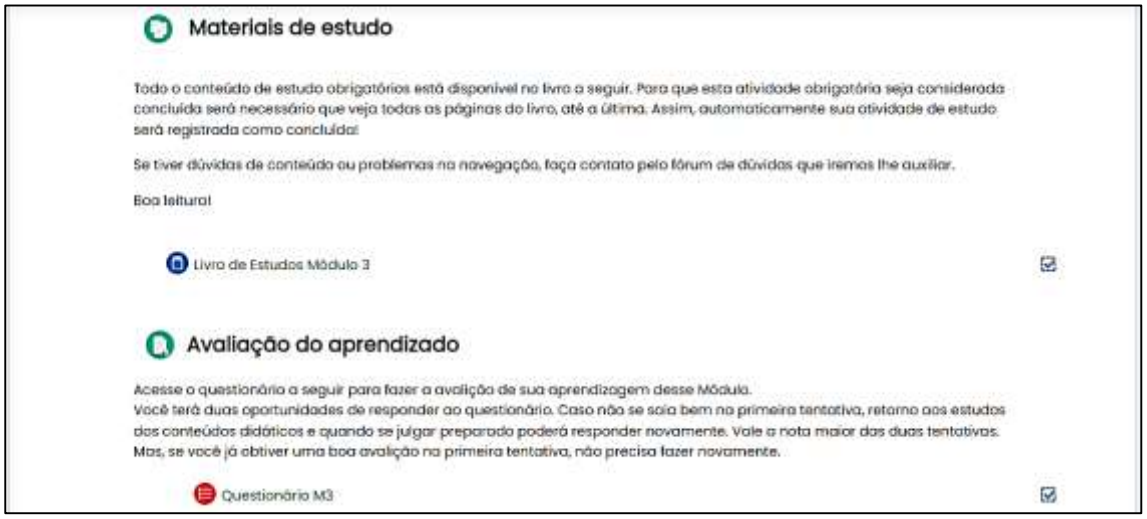
Remodelação da ferida

Essa fase tem início no 3º dia de lesão e pode durar até seis meses, caracteriza-se pela remodelação da matriz extracelular e a diferenciação celular ou apoptose. A composição e a estrutura do tecido de granulação da matriz extracelular dependem do intervalo de tempo e da distância entre as margens da ferida, ou seja, nas feridas maiores, a remodelação da matriz extracelular e a maturação da neoepiderme, fibroplasia e neovascularização começam da margem da ferida, enquanto a formação do tecido de granulação continua a invadir o espaço mais central da lesão (GAMBA, 2016; AZULAY,

2017).

O primeiro tipo celular a sofrer apoptose são as células endoteliais, com diminuição do número de capilares. Posteriormente, isso ocorre com os miofibroblastos e macrófagos, levando a uma cicatriz mais acelular. A matriz extracelular continua modificando-se nos meses e anos seguintes, embora lentamente (AZULAY, 2017).





Dicas da professora:

Classificação – Figuras – NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL

Link: https://npiap.com/page/PressureInjuryStages

Diretriz de Prática Clínica e da Diretriz de Referência Rápida – 2019

Link: https://www.epuap.org/pu-guidelines/

Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel –Teixeira et al, 2016

Link: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/0

Livro de Estudos Módulo 3

Site: Ambiente Virtual de Aprendizagem - UDESC
Curso: 2022 CEO Avaliação e Registro de Lesão por Pressão
Livro: Livro de Estudos Módulo 3

Índice

Definição da etiologia da lesão por pressão
Pressão realizada com baixa intensidade
Outros fatores extrínsecos
Sistema de classificação da lesão por pressão
Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece
Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total
Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos
Lesão por pressão Não Classificável
Lesão por Pressão Tissular Profunda
Lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos
Lesões por pressão em membranas mucosas
Risco de desenvolvimento de lesão por pressão

Definição da etiologia da lesão por pressão

Para definir a linha de cuidado ao paciente com lesão de pele, faz-se necessário uma avaliação inicial criteriosa para o estabelecimento da abordagem terapêutica. As lesões por pressão podem desenvolver-se em qualquer região do corpo que é submetida a excesso de pressão. As localizações mais frequentes são a região sacral e os calcâneos devido ao posicionamento frequente do paciente em decúbito dorsal (BERNARDES, 2020).

Os fatores para o surgimento das LP são multifatoriais, contudo, a principal causa do desenvolvimento se dá quando ocorre excesso de pressão nos tecidos moles devido à sobrecarga mecânica. E este efeito pode ser atribuído a três fatores que são: a intensidade da pressão, o tempo de duração da pressão e a tolerância tecidual (BERNARDES, 2020).

Figura - Descrição gráfica dos capilares quando não sofrem e quando sofrem pressão

Fonte: Caliri (2018).

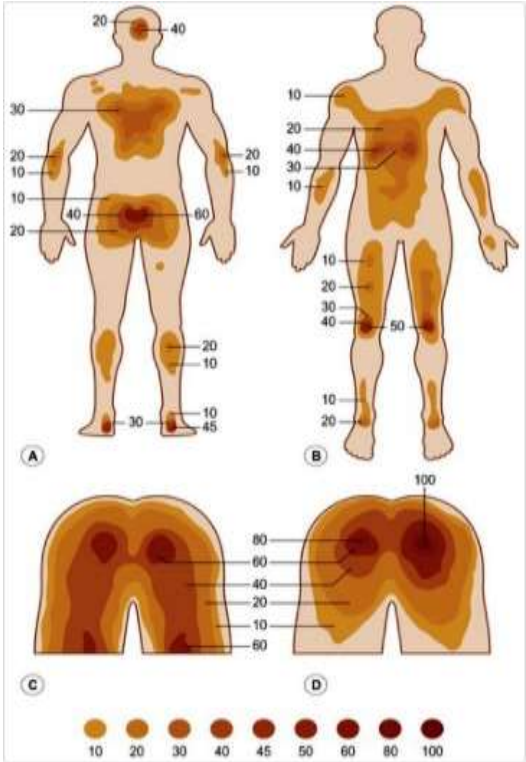
Em condições normais, a pressão capilar na terminação arterial pode variar e fica em torno de 32 mmHg, já na venosa fica aproximadamente de 12 mmHg. Quando ocorre uma alteração na pressão capilar, que pode ocorrer por diversos motivos, tais como, desidratação, doenças cardiovasculares e pressão externa, eleva-se o risco de desenvolvimento de LP, ocasionada pela alteração do fluxo sanguíneo adequado, levando a isquemia, hipóxia, acidose tissular, edema e necrose celular (Figura).

Pressão realizada com baixa intensidade

A pressão realizada com baixa intensidade pode causar tanto danos no tecido afetado quanto uma elevada intensidade em um curto período, eainda, quanto menor a área que está sofrendo pressão, maior é a intensidade da pressão (ROGENSKI, 2014 *apud* BRYANT, 2000).

A Figura a seguir ilustra como ocorre a distribuição da pressão capilar em um adulto, com valores em mmHg, nas posições supina (A), prona(B), sentado (C) e sentado com apoio nos pés (D).

Figura - Regiões corporais e a intensidade da pressão



Fonte: Lindan, Greenway e Piazza (1965) apud Fernandes (2020)

Observa-se que quando o paciente está em decúbito dorsal (A), os pontos com maior pressão são o sacro, as nádegas, o calcanhar e a região occiptal, todos com aproximadamente 50-60mmHg de pressão. Na posição sentada a região mais afetadas são as tuberosidades isquiáticas (KWON; JANIS, 2016).

Os pacientes que possuem preservada a resposta de senso percepção e conseguem alternar a mudança de decúbito, conseguem redistribuir o seu peso, não desenvolvendo LP, contudo, do contrário evidenciamos a possibilidade de risco elevado de desenvolvimento de LP. Alguns equipamentos, como camas, colchões e almofadas apropriadas corroboram para minimizar a intensidade da pressão, realizando a distribuição da pressão (FERNANDES, 2020).

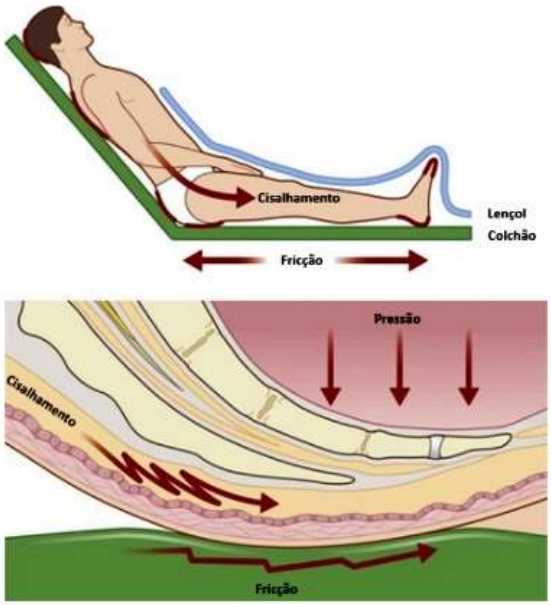
A tolerância dos tecidos é influenciada pela capacidade da pele e estruturas subjacentes como vasos sanguíneos, colágeno e fluido intersticial em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido para a estrutura do esqueleto (ROGENSKI, 2014).

Outros fatores extrínsecos

Outros fatores extrínsecos que contribuem para a diminuição da tolerância dos tecidos além da pressão, são a fricção, o cisalhamento e a umidade (FERNANDES, 2020, ROGENSKI, 2014).

A fricção é criada pela força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra, promovendo a remoção das células epiteliais, dano restrito à epiderme, derme e estrato córneo. Ocorre normalmente naquele paciente que está restrito ao leito e impossibilitado de mover-se, são arrastados, ao em vez de serem levantados, para que ocorra a mudança de posição ou decúbito. À medida que a integridade da pele é comprometida, ocorre o extravasamento de exsudato transepidérmico, o que aumenta o acúmulo de umidade (KWON; JANIS, 2016).

Figura - Fatores Extrínsecos: Pressão, fricção e cisalhamento



Fonte: Kwon e Janis (2016).

O cisalhamento é a força causada pela associação da gravidade e fricção, também demonstrado na figura 05, que exercem forças paralelas na pele e resultam na gravidade, que traciona o corpo para baixo, e na resistência do paciente sobre a superfície em que está posicionado, impedindo que o corpo desça. Os vasos sanguíneos são esticados ou acotovelados o que contribui para interromper o fluxo sanguíneo adequado, ocasionando danos por isquemia (FERNANDES, 2020, ROGENSKI, 2014).

Determinadas posições também causam níveis elevados de cisalhamento, como por exemplo os pacientes na posição de semifowler ou deslizando de uma cadeira de rodas (KWON; JANIS, 2016).

Além desses fatores externos podemos destacar alguns dos fatores intrínsecos, como extremos de idade, imobilidade física, alteração do nível de consciência, diminuição da sensibilidade à dor, desidratação, alterações respiratórias, má nutrição, hipertermia, alterações fisiológicas que contribuem para o desenvolvimento e retardo da cicatrização (ROGENSKI, 2014).

O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) é uma organização localizada nos Estados Unidos da América que não possui fins lucrativos e dedica-se à prevenção e ao tratamento das lesões por pressão. Em 1986, foi constituído um conselho diretor, composto por especialistas multidisciplinares. Esta organização possui autoridade para emitir recomendações que auxiliam no desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisa. O European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a Japanese Society of Pressure Ulcers utilizam de base o que é desenvolvido pelo NPUAP para fundamentar suas propostas (NPUAP, 2016).

O NPUAP estabeleceu em 1989 uma forma de classificar as LPs através do estadiamento baseado no comprometimento tecidual. Em 2009, membros da NPUAP e do EPUAP instituíram um sistema de classificação comum para ser utilizada na comunidade internacional (ROGENSKI, 2014).

No ano de 2016 foi realizada a última Conferência, em Chicago nos EUA, na qual ficou definido o consenso do termo lesão por pressão (LP), que se caracteriza por uma lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente está próximo de uma proeminência óssea e também pode estar relacionada com dispositivos médicos e ocorre em consequência ou combinação da pressão com cisalhamento, contudo, devem ser considerados outro fatores que afetam a tolerância tecidual, como o microclima, perfusão tecidual,

comorbidades, nutrição e os aspectos do próprio tecido (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

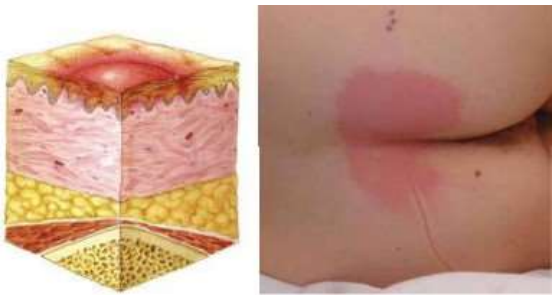
Em 2016, o NPUAP com responsabilidade exclusiva, revisou o conceito de LP, e pode-se destacar que o termo úlcera não descreve ia com precisão a apresentação física de uma lesão de Estágio 1 ou uma lesão por pressão tissular profunda, pontuando também que a lesão poderá está associada com um dispositivo médico ou outro artefato e que pode ser desenvolvida como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de combinação com cisalhamento (MORAES *et al*., 2016; NPUAP, 2016).

Nesta mesma conferência, o NPUAP definiu as classificações de acordo com o comprometimento tecidual além das quatro categorias que são adotadas atualmente como estágios, altera para algarismos arábicos para categorização e foram acrescentadas mais duas categorias que possuem presença de lesão e outras duas definições adicionais que ocorrem e estão descritas a seguir, conforme última atualização (NPUAP, 2016).

Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

O Estágio 1 é caracterizado por pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea (Figura 6) (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Figura - Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece



Fonte: NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014).

Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

No Estágio 2, ocorre perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. A LP é caracterizada por lesão superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado (Figura). Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Figura - Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Fonte: NPIAP (2020).

Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

No Estágio 3 ocorre a perda total da espessura dos tecidos (Figura 8). O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavitadas e fistulizadas (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Figura - Estágio 3: Perda Total da Espessura dos tecidos

Fonte: NPIAP (2020).

IMPORTANTE

No que tange a cicatrização das lesões por pressão é importante abordar que somente estará cicatrizada no momento em que ela estiver reepitelizada, ou seja, após a reposição do tecido muscular, tecido celular subcutâneo e da derme. E quando isso ocorrer, eladever ser descrita como "lesão por pressão de estágio 3 cicatrizada", lembrando que a cicatrização das lesões por pressão não segue a ordem inversa (PORTUGAL, 2018).

Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos (Figura). Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitárias e fistulizadas.

A profundidade de uma lesão por pressão de estágio 4 varia de acordo com a localização anatômica. Ao atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte, torna-se possível a osteomielite. Tanto os ossos como os tendões expostos são visíveis ou diretamente palpáveis (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Figura - Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos

Fonte: NPIAP (2020).

Lesão por Pressão Não Classificável

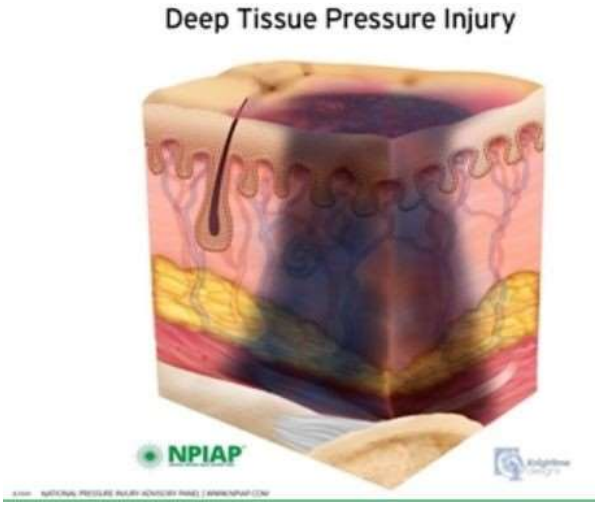
Quando apresenta perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, podendo estar coberta por esfacelo ou escara no leito da ferida (Figura). Ao desbridar, evolui para LP estágio 3 ou 4. A escara estável, isso é, seca, aderente, intacta sem eritema ou flutuação nos calcanhares pode ser utilizado como "cobertura" biológica do corpo e não deve ser removida (HINKLE, 2020; JOMAR *et al*., 2019; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Figura - Lesão por pressão não classificável.

Fonte: NPIAP (2020).

Lesão por Pressão Tissular Profunda

A lesão por pressão tissular profunda (LPTP) ocorre quando apresenta descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente, e quenão embranquece. A pele pode estar intacta descolorida ou uma bolha cheia de sangue. Essa lesão é o resultado de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso músculo. A ferida



pode evoluir e tornar-se coberta por uma necrose fina com evolução rápida, expondo camadas adicionais de tecido mesmo com o tratamento ideal (HINKLE, 2020; JOMAR *et al*., 2019; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Fonte: NPIAP (2020).

Lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos

A lesão por pressão relacionada à dispositivo médico descreve a etiologia da lesão.

Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. Com maior frequência essa lesão é observada em paciente com uso de ventilação não-invasiva (VNI), máscaras faciais além de tubo orotraquel (TOT), sonda nasoenteral (SNE), cateter vesical de demora (CVD) entre outros. Esse tipo de lesão deve ser categorizadas baseado no sistema de classificação de lesões por pressão acima descrito (GALETTO et al., 2019; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Fonte: NPIAP (2019)

Lesões por pressão em membranas mucosas

A lesão por pressão localizada em membranas mucosas é assim definida quando houve

uso de dispositivos médicos no local do lesionado. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2019).

Fonte: NPIAP (2019)

Risco de desenvolvimento de lesão por pressão

A avaliação da pele e dos tecidos é importante para prevenir, classificar, diagnosticar e realizar o manejo adequado da LP. A consulta de enfermagem constitui-se em um instrumento valioso e essencial para o rastreamento e monitoramento dos fatores que podem desencadear as LP. Neste contexto a avaliação da ferida pelo enfermeiro é fundamental para o planejamento do tratamento (SOUZA *et al.*, 2020). Avaliar a pele do paciente estabelece-

se como uma prática qual os enfermeiros definem como prioridade, sendo necessário realiza-la no primeiro contato com o paciente (CORREIA; SANTOS, 2019).

Foram publicadas pela NPUAP e traduzidos pela SOBEST e SOBENDE nos anos de 2016 e mais recentemente 2019, orientações das quais recomendam ações como avaliação do indivíduo com LP, o que inclui a avaliação da pele e avaliação de risco em desenvolver LP, avaliação da LP e supervisão da cicatrização, avaliação da dor, cuidados com a ferida: limpeza/avaliação e tratamento da infecção/desbridamento e utilização de curativos (NPUAP, 2016, MORAES *et al.,* 2016).

Clique no recurso a seguir e confira as recomendações da NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014:

Destaca-se que garantir avaliação completa da pele do paciente hospitalizado é parte integrante da política de rastreio da avaliação do riscode LP, implementada em todas as instituições de saúde segundo as Diretrizes da Segurança do Paciente (BRASIL, 2017).

Módulo 4: Atuação da enfermagem ao paciente com lesão por pressão

Orientações

Nesse Módulo será abordado a atuação da enfermagem no cuidado ao paciente com LP, quanto à avaliação do tecido tegumentar e instrumentos de avaliação de risco, cuidados para prevenção de LP e posicionamento e reposicionamento

Materiais de estudo

Todo o conteúdo de estudo obrigatórios está disponível no livro a seguir. Para que esta atividade obrigatória seja considerada concluída será necessário que veja todas as páginas do livro, até a última. Assim, automaticamente sua atividade de estudo será registrada como concluída!

Se tiver dúvidas de conteúdo ou problemas na navegação, faça contato pelo fórum de dúvidas que iremos lhe auxiliar.

Boa leitura!

Livro de Estudos Módulo4

Avaliação do aprendizado

Acesse o questionário a seguir para fazer a avaliação de sua aprendizagem desse Módulo.
Você terá duas oportunidades de responder ao questionário. Caso não se saia bem na primeira tentativa, retorne aos estudos dos conteúdos didáticos e quando se julgar preparado poderá responder novamente. Vale a nota maior das duas tentativas.
Mas, se você já obtiver uma boa avaliação na primeira tentativa, não precisa fazer novamente.

Questionário M4

Dicas da professora:

Escala de Braden

https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/Escala-de-Braden.pdf

Aplicação da escala de Braden como fator preventivo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva

https://www.brazilianjournals.com/index.php/BASR/article/view/13359/11220

Mudança de decúbito: prevenindo as complicações

http://www.revistaferidas.com.br/revistas/ed13/pg30.pdf

Livro de Estudos Módulo 4

Site: Ambiente Virtual de Aprendizagem - UDESC
Curso: 2022 CEO Avaliação e Registro de Lesão por Pressão
Livro: Livro de Estudos Módulo4

Índice

Avaliação do tecido tegumentar
Instrumentos de avaliação de risco
Cuidados de enfermagem para prevenção de LP
Cuidados com a pele
Posicionamento e reposicionamento do pacienteTroca de decúbito
Pacientes acamados

Método de avaliação
Técnica de reposicionamento Mobilização precoce

Avaliação do tecido tegumentar

Os estudos de Nascimento e Cruz (2021) e Moreira, Simões e Ribeiro (2020) evidenciam que há maior incidência de LP em pacientes idosos, e que isso se deve ao fato de que há um retardo no processo de vascularização com o envelhecimento da pele, associado também a diminuição da produção e da função do colágeno, deixando a pele fragilizada e dessa forma mais suscetível para as lesões.

E durante a internação hospitalar, no estudo de descrito por Sanches et al., (2018) sinalizou o que o setor de maior probabilidade de desenvolvimento de LP é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É neste setor que o paciente permanece maior tempo internado uma média descrita por Moreira, Simões e Ribeiro (2020) de 17,86 dias. Barbosa e Salomé (2018) evidenciam que na clínica médica ocorreu uma incidência de LP de 29% e na clínica cirúrgica de 16%. É no setor de UTI que está associado ao maior tempo de internação com a utilização de artefatos como o ventilador mecânico, cateter urinário, cateteres intravenosos, utilização de fralda e a infusão de drogas vasoativas, jejum alimentar e a diminuição da percepção sensorial ocasionada pelo uso de drogas medicamentosas (BARBOSA; SALOMÉ, 2018).

Em relação à condição clínica dos pacientes institucionalizados na UTI, 20% deles apresentaram uma doença de base, 31,57% duas doenças e 46,31% com três ou mais doenças, o que demonstra que no momento da internação, o paciente com histórico de

doenças prévias deverá receber cuidados imediatos para a prevenção de LP (MOREIRA; SIMÕES; RIBEIRO, 2020).

Clique nas telas a seguir para ver mais recomendações:

Além do momento da admissão, outra importante ocasião que o enfermeiro pode estar presente avaliando o tecido tegumentar é durante o banho, podendo inspecionar o corpo todo e dando prioridades para as proeminências, podendo serrealizada diariamente e reavaliada a cada 48 horas se não houver mudança do quadro clínico do paciente (CORREIA; SANTOS, 2019).

Instrumentos de avaliação de risco

A enfermagem possui papel importante na detecção e prevenção das lesões por pressão, atuando diretamente no foco do problema e evidenciando os fatores de riscos para que sejam revertidos o mais prontamente possível. Para isso, as escalas de avaliação de risco definem, por meio da pontuação obtida, a probabilidade da ocorrência da LP no paciente avaliado (NASCIMENTO *et al*., 2017; SALGADO *et al*., 2018).

Utiliza-se como base parâmetros avaliados e caracterizados como fatores de risco. As escalas preditivas, como também são chamadas as escalas de classificação de riscos, são uma das estratégias utilizadas para a prevenção de LP (NASCIMENTO *et al*., 2017). Ao aplicar as escalas preditivas, por meio da pontuação é possível identificar precocemente os pacientes com risco para desenvolver LP, e planejar o cuidado com as ações de prevenção destas. De um modo geral, as escalas avaliam a condição geral e avaliação da pele, umidade, incontinência, nutrição, mobilidade, entre outros fatores de risco (BRASIL, 2017).

As escalas com maior usabilidade são as Escala de Norton, Escala de Braden, Escala de Waterlow, Escala de Sunderland e Escala

Revista de Cubbin & Jackson. De acordo com Salgado *et al*., (2018) a escala preditiva mais utilizada entre os enfermeiros é a escala de Braden (Figura). Portugal (2018) e Sardo *et al*., (2015) corroboram comos autores e destacam que a **Escala de Braden** é mais sensível e específica, possuindo os melhores valores preditivos, o que resulta em uma avaliação com melhor eficiência.

A aplicação da escala deve ocorrer no momento da admissão do paciente. Após exame físico e aplicação da escala de Braden (Figura 11), obtém uma classificação quanto ao risco para aparecimento das lesões (BORGHARDT *et al*., 2015). A pontuação final evidencia o grau de risco de desenvolvimento, para isso seguem os valores definidos. Risco Elevado: < = 12 pontos; Risco moderado: 13 a 14 pontos; Risco Baixo: 15 e 16 pontos e Sem risco > = 17 pontos. Sendo que seu uso deve ser contínuo e sistemático durante o processo de hospitalização (ARAUJO*et al*., 2012).

A seguir, observe a classificação apresentada na Escala de Braden.

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhuma problema	-

Fonte: Portugal (2018).

Cuidados de enfermagem para prevenção de LP

A manutenção da integridade da pele nos pacientes hospitalizados tem por base o conhecimento de algumas condutas relativamente simples de cuidados de enfermagem que podem ser prestados neste período (NASCIMENTO *et al*., 2017). A assistência adequada requer a compreensão da etiologia e dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da LP e a relação com as medidas recomendadas para a prevenção e tratamento, embora, nem todas possam ser evitadas (CALIRI, 2014).

O levantamento com a identificação dos pacientes que possuem risco para LP e dos fatores que contribuem para tal são as recomendações básicas das diretrizes e consensos que reforçam a necessidade de avaliação do paciente e respeitando a singularidade de cada demanda em específico (CALIRI, 2014). É fundamental que o enfermeiro utilize seu juízo clínico para realizar essa avaliação de risco.

O paciente com risco de desenvolver lesão por pressão pode ser avaliado pelo enfermeiro utilizando cinco fatores, determinado como os "**5 is**" forma que descreve Cruz (2015) e visto na Figura a seguir. Esses riscos também estão descritos na Escala de Braden.

Figura - Fatores para a Identificação do paciente que pode desenvolver LP

Fonte: Adaptado de CRUZ, (2015).

Cuidados com a pele

A prevenção e a LP são metas que englobam a segurança do paciente, e que cabe a toda equipe multidisciplinar realizar cuidados para evitá-la. As LP são consideradas, em sua maioria, como evitáveis e ocorrem em pacientes em risco no início do processo de internação ou na admissão em unidades de longa permanência. As LP somente são consideradas inevitáveis quando foram aplicadas todas as formas de prevenção, e mesmo assim, desenvolveu a lesão (BRASIL, 2017a).

Para isso o enfermeiro deve englobar o paciente no cuidado, visto que, ele é o ponto central da preocupação. Junto com ele, sempre que possível, englobar seus familiares e cuidadores (CALIRI, 2018).

Ao prestar assistência ao paciente o enfermeiro irá avaliar e classificar o grau de risco,

de cada paciente, contudo existem cuidados universais que devem ser seguidos de acordo com Caliri (2014), BRASIL (2017a), BRASIL (2017b) e Bernardes (2020):

De acordo com Caliri (2014) a prática de massagem em áreas com hiperemia deve ser **evitada**, visto que pode causar danos teciduais pela ruptura dos capilares que já estão dilatados e pela chance de ocorrer lesão por reperfusão.

O registro e a caracterização dos riscos de LP e os fatores associados auxiliam o enfermeiro na tomada de

decisão para realizar o processo de enfermagem.

Monitorar o risco e manter a integridade da pele são componentes essenciais nos cuidados de enfermagem, pedra angular no cuidado de saúde de alta qualidade, contribuindo para a segurança do paciente

A utilização de superfícies de suporte e dispositivos complementares auxiliam na prevenção da LP, contudo, é necessário manter os demais cuidados com a pele, principalmente o reposicionamento. O uso de almofadas em forma de anel ou boia não é recomendado, pois a LP possui forma de cone invertido, dessa forma, a sua base é maior do que seu ápice, fazendo com que ao utilizar esses artefatos a pressão ficará concentrada ao redor da LP, intensificando-a (BLANES; FERREIRA, 2016).

Entretanto, recomenda-se utilizar almofadas para aliviar a pressão das proeminências, por exemplo: na panturrilha, elevando os calcâneos da superfície, eliminando a pressão. As superfícies de suporte devem auxiliar na redução da pressão tecidual, para auxiliar a evaporação da umidade, diminuindo o excesso de calor ao paciente; diminuir as forças de cisalhamento; ser de fácil manutenção; estar de acordo com os protocolos de controle de infecções, entre outros (BLANES; FERREIRA, 2016).

As escalas preditivas contribuem para a mensuração de valores que apoiam o diagnóstico e a prescrição dos cuidados de enfermagem. A Escala de Braden é um instrumento que mensura os valores e a probabilidade dos pacientes desenvolverem LP, foi publicada em 1987, nos Estados Unidos da América, e foi adaptada e validade no Brasil em 1999 (SERPA et al., 2011).

No estudo de Cruz (2015) foi possível afirmar que o risco de LP avaliado e identificado ao aplicar a Escala de Braden tem poder explicativo sobre a incidência das LP e baseado nos estudos de Soares, Machado e Bezerra (2016), Lima-Serrano *et al.,* (2018) que reforçam a importância do uso da Escala mencionada nos pacientes institucionalizados.

Posicionamento e reposicionamento do paciente

Quando o paciente possui diminuição da percepção sensorial, diminui também a capacidade de movimentar-se e de alternar a posição corporal, outras situações como depressão ou dor podem contribuir para limitar sua ação. Baseado nos pacientes paraplégicos que não possuem sensibilidade e permanecem longo período com excesso

de pressão, formigamento e dor nos membros inferiores (MMII) Reichel e Baltimore em 1985 descreveram o mecanismo de ocorrência da LP. E ainda, a necessidade de estes indivíduos serem reposicionados a cada duas horas (CALIRI, 2014).

Outro perfil de paciente que aumenta as chances de desenvolvimento de LP são os idosos, esses possuem capacidade de movimentação e tolerância dos tecidos diminuída quando

ocorre o excesso de pressão pela redução da elasticidade. Exton-Smith e Sherwin desenvolveram um estudo em 1961 e concluíram que os pacientes que possuíam diminuição dos movimentos espontâneos durante o sono, havíam maior probabilidade de evoluir para LP, a menos que intervenções profiláticas fossem adotadas (RABEH, 2001; CALIRI, 2014).

Além de paraplégicos e idosos, Gonçalves *et al*., (2020) trazem outras características de pacientes que são sinalizadas como fatores de risco para desenvolver LP, como aqueles que estão com quadro de desnutrição pois apresentam ossos mais proeminentes; com doenças crônicas como diabetes mellitus e vasculares, pela mudança da circulação sanguínea e consequentemente, na perfusão tissular; os pacientes que permanecem acamados por cirurgias de grande porte, traumas ou com deformidade ou deficiência física; e também pacientes durante o período que permanecem sedados, durante longas cirurgias, alterando a percepção sensorial.

Troca de decúbito

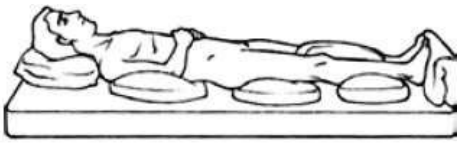
A indicação de troca de decúbito no paciente acamado e em risco de desenvolver LP derivou de pesquisas inicialmente aplicada em animais e dos estudos observacionais de paciente com lesão medular, na primeira metade do século XX, desenvolvidos pela enfermeira Doreen Norton que também desenvolveu a Escala de Norton (CALIRI, 2014).

A recomendação para o reposicionamento do paciente que possui risco para desenvolver LP a cada duas horas é reconhecido como um cuidado que proporciona alívio e diminuem as chances de apresentarem LP, a menos que contraindicado. Há pacientes que possuem restrição de reposicionamento à depender da sua condição clínica, por exemplo, paciente com suspeita de fratura de coluna cervical. Quando isso ocorre, sugere-se utilizar artefatos para prevenção, como uso de colchão específico (BERNARDES, 2020).

Em 2009 a *European Pressure Ulcer Advisory Panel e National Pressure Ulcer Advisory Panel* descreveram queo reposicionamento é necessário para reduzir o tempo da pressão exercida nas áreas de risco, que predominam as proeminências ósseas. A frequência do reposicionamento deve ser avaliada pela enfermeira no momento da avaliação do paciente (ARAÚJO; SANTOS, 2016).

Pacientes acamados

Aos pacientes acamados, posicionados no leito, recomenda-se o uso de travesseiros ou almofadas para manter as proeminências ósseas distante do contato direto um com o outro ou com a superfície de suporte, e também contribuindo para o alívio e redistribuição da pressão. Não deve ser utilizada almofada com orifício no meio, seja de ar, gel ou espuma (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014, BRASIL, 2013, GONÇALVES *et al.,* 2020).

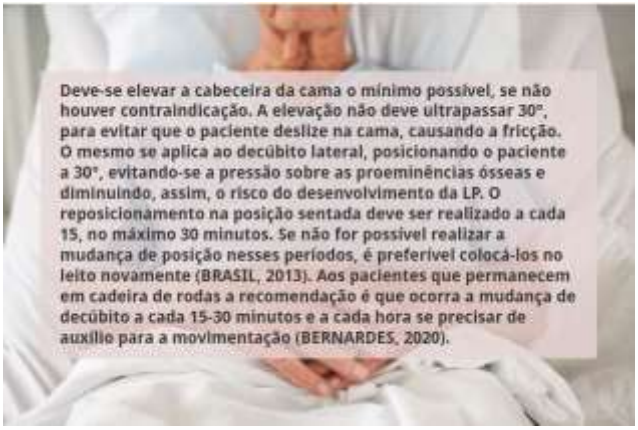


Decúbito dorsal

Decúbito lateral direito ou esquerdo

Vem sendo desenvolvidas diversas tecnologias leves e duras empregadas para a enfermagem que contribuem para reduzir o risco de desenvolvimento dessas lesões, como exemplos têm o uso de colchões de alternância de ar, coxins viscoelásticos, e protocolos de prevenção. Contudo, a literatura recomenda a mudança de decúbito como importante e com grande eficácia para prevenção de LP (ARAÚJO; SANTOS, 2016, OLKOSKI; ASSIS, 2016, NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Durante a realização do reposicionamento, deve-se evitar apoiar o paciente sobre as lesões, ou contato direto com proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. É preciso manter o alinhamento corporal, a distribuição do peso e o equilíbrio do paciente, evitando arrastá-lo. Ao realizar as mobilizações, deve-se evitar



a fricção que é quando o paciente é arrastado para movê-lo no leito ou retirá-lo do mesmo e cisalhamento que é a força quando o paciente desliza do leito, deformando e destruindo o tecido (BLANES; FERREIRA, 2016, AGOSTINO; KATZ, 2017).

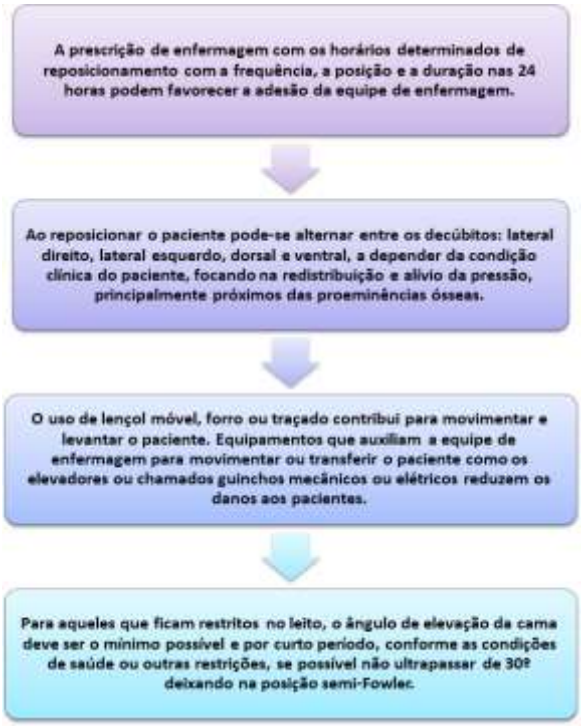
Aos pacientes que permanecem em cadeira de rodas a recomendação é que ocorra a mudança de decúbito a cada 15-30 minutos e a cada hora se precisar de auxílio para a movimentação (BERNARDES, 2020).

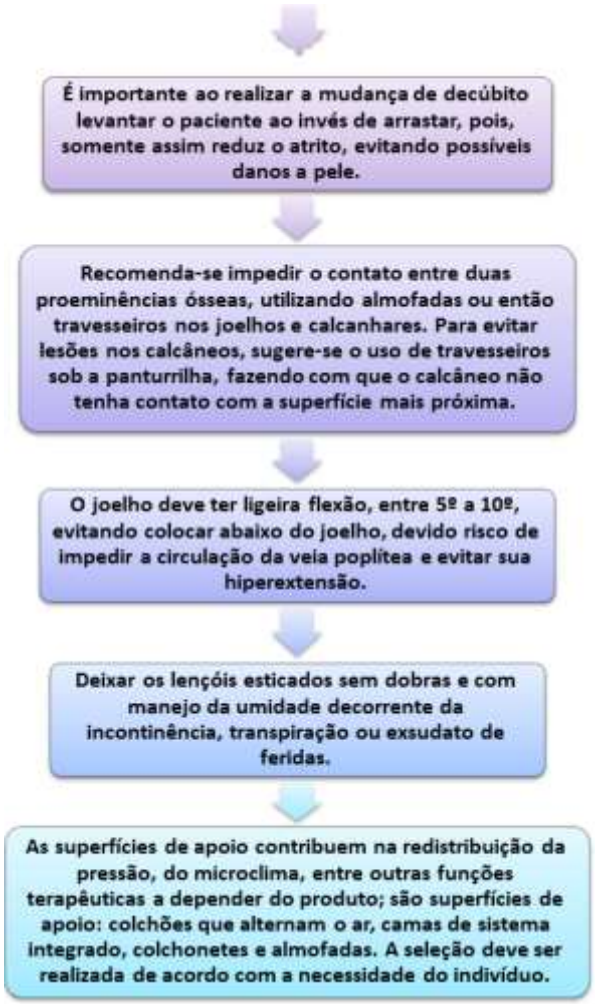
Método de avaliação

Uma maneira de avaliar que a mudança de decúbito contribuiu para o alívio e redistribuição da pressão foi desenvolvida por Maklebust e Magnan em 1994. Esse método de avaliação subjetivo utiliza a palma da mão, o profissional tenta passar a sua mão aberta, com a palma para cima, entre a superfície de suporte estática e o colchão tradicional, no local que está com chances de evoluir para LP. Se o enfermeiro sentir o sacro do paciente ou se a superfície de suporte for menor que 2,5cm, caracteriza que a pressão não está sendo redistribuída devido ao peso do corpo, comprometendo a circulação sanguínea local (MAKLEBUST; MAGNAN, 1994).

Técnica de reposicionamento

A Técnica de reposicionamento de um paciente na cama contempla alguns elementos, conforme descrevem Brasil, (2013), Bernardes, (2020) e NPUAP; EPUAP; PPPIA, (2014):





Mobilização precoce

Aos pacientes que tem condições de realizar a mudança de posição, deve fazê-la, realizando de forma progressiva e deambular assim que possível, pois dessa forma, contribui e ajuda a compensar a deterioração clínica, que ocorre quando o paciente permanece longo período em repouso no leito (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

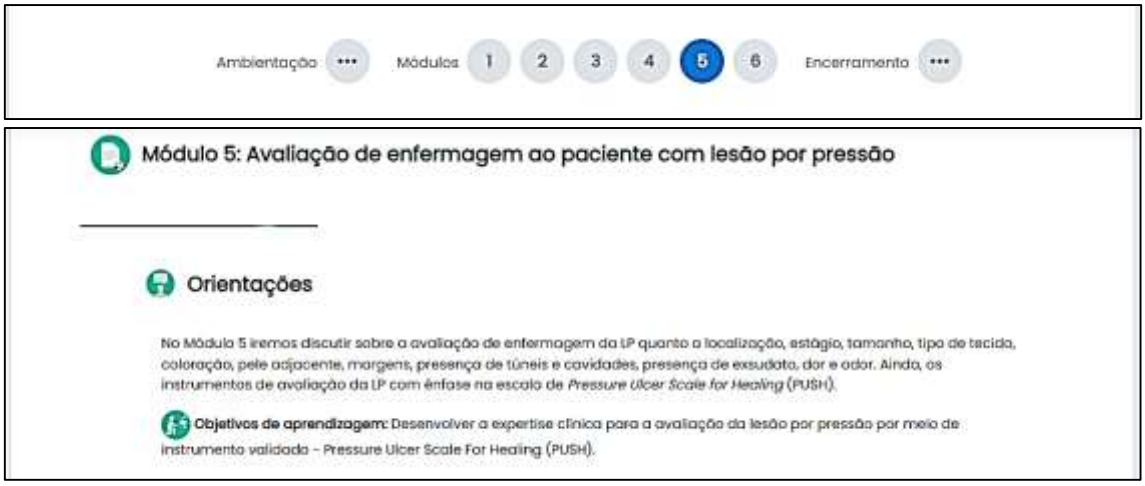
Para evitar efeitos deletérios do imobilismo, sugere-se a mobilização precoce (MP), onde o principal objetivo é realizar o movimento ao paciente diminuindo sua imobilização, podendo ser realizado de forma segura, viável e eficaz, até mesmo na fase de sedação ou coma, assim que o paciente estiver estabilizado (SANTOS; BORGES, 2020).

Marques (2017) abordou em seu estudo de revisão que o reposicionamento e a

mobilização precoce do paciente são as principais medidas empregadas pela equipe de enfermagem, contudo, perceberam-se divergências na frequência do tempo para a mudança de posição. Por outro lado, percebeu-se no estudo de Oliveira *et al.,* (2017) a preocupação dos enfermeiros em adotar cuidados que estão relacionados à MP para prevenção das lesões.

Clique nas telas a seguir para ver a recomendação de cada posição, Decúbito Dorsal e Decúbito Lateral:

Associado ao reposicionamento (apresentado no recurso), a implementação do relógio de decúbito vem como uma estratégia simples e eficiente que contribui na prevenção e o tratamento de LP, tornando assim o reposicionamento sistematizado e articulado a cada duas horas, conforme diversos protocolos institucionais (BORGHARDT *et al*., 2016).



Materiais de estudo

Todo o conteúdo de estudo obrigatórios está disponível no livro a seguir. Para que esta atividade obrigatória seja considerada concluída será necessário que veja todas as páginas do livro, até a última. Assim, automaticamente sua atividade de estudo será registrada como concluída!

Se tiver dúvidas de conteúdo ou problemas na navegação, faça contato pelo fórum de dúvidas que iremos lhe auxiliar.

Boa leitura!

Livro de Estudos Módulo 5

Dicas da professora:

Guia para prevenção de úlcera por pressão ou escara

http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascronicas/images/images/manual_guia_prevencao_pressao_ou_escara.pdf

PLANIMETRIA COMO MÉTODO PARA MENSURAÇÃO DE FERIDAS.

https://cdn.publisher.gnl.link/reme.org.br/pdf/v10n4a18.pdf

EBERHARDT, T. D. *et al* **Mensuração de feridas**: revisão da literatura. Ciência & Saúde, v.8, n.2, p.79-84, 2015.

NPUAP **pressure injury stages**. 2016.

https://npiap.com/page/resources

NPUAP. ***National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Scale for Healing*** (PUSH). PUSH Tool,

https://www.sralab.org/sites/default/files/2017-06/push3.pdf

Livro de Estudos Módulo 5

Site: Ambiente Virtual de Aprendizagem - UDESC
Curso: 2022 CEO Avaliação e Registro de Lesão por Pressão
Livro: Livro de Estudos Módulo 5

Índice

Avaliação da Lesão por Pressão
Avaliação completa
Progresso da cicatrização
Registros
Avaliação
Método invasivo
Algumas técnicas
Outras técnicas
Na prática clínica
Margens da lesão Exsudato
Exsudato
Dor e Odor
Instrumentos de Avaliação da LP
Tabela NPUAP

Classificação das Lesões por pressão segundo NPUAP

Avaliação da Lesão por Pressão

A avaliação dermatológica consiste em buscar informações através da anamnese e exame físico, sendo aplicados os métodos propedêuticos da inspeção e palpação (compressão e digito pressão são exemplos). Focar no estado nutricional, dor, avaliação de risco de desenvolver novas lesões, na qualidade de vida, capacidade funcional, capacidade de adesão aos planos de prevenção e de tratamento que serão propostos pelo enfermeiro avaliador. (MATOS *et al*., 2020).

Após evidenciar o local da lesão por pressão e classificá-la é necessário avaliar as suas propriedades e características. Para isso a medição da área lesionada e sua profundidade é de extrema importância, pois são necessários esses parâmetros para acompanhar a evolução da LP (BERNARDES, 2020).

Avaliação completa

A avaliação completa do indivíduo deve ser a prioridade, pois dessa forma consegue dados mais adequados para o desenvolvimento do plano de cuidados e cicatrização das feridas (BRASIL, 2017). A documentação e a avaliação das feridas ainda possui caráter muito subjetivo, pois são direcionadas pela percepção individual do conhecimento e raciocínio prático de cada enfermeiro, e visando minimizar essas divergências e subjetividades alguns instrumentos vêm sendo estudados (BARBORA; AMARAL e ELIZARDO, 2016).

Uma avaliação completa ao paciente com LP deve conter vários itens: valores e objetivos de cuidados do paciente, histórico de saúde e social, exame físico que inclua fatores que podem atrapalhar o processo de cicatrização, avaliação vascular, no caso de lesões de exterminadas, exames laboratoriais e radiografias; Avaliação nutricional; Dor associada a LP e se há riscos de desenvolver nova LP; Utilização e desenvolvimento de manobras de alívio e de redistribuição da pressão; Capacidade de aderir ao tratamento proposto e conhecimento e crenças do paciente perante a ferida que possui (BERNARDES, 2020).

A primeira avaliação completa da pele deve ocorrer em um prazo máximo de oito horas após a entrada do paciente no ambiente hospitalar, com ênfase nas proeminências ósseas, incluindo o sacro, as tuberosidades isquiáticas, os grandes trocânteres e os calcâneos e reavaliar a cada mudança de decúbito que for realizada no paciente (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014).

Progresso da cicatrização

Recomenda-se um período de duas semanas para comparar o progresso da cicatrização, embora se faça necessária a avaliação focada ao menos uma vez por semana. A LP poderá mudar rapidamente seu estado, e essas mudanças devem ser avaliadas e identificadas baseada na sua dimensão (comprimento, largura e profundidade), nos tipos de tecidos que configuram o leito da ferida, aumento ou diminuição do exsudato, sinais de infecção ou outras alterações (BERNARDES, 2020).

Na avaliação semanal o enfermeiro tem a possibilidade de avaliar a LP de forma regular, observando o plano de cuidados e ajustando conforme as necessidades, sempre documentando em prontuário (BERNARDES, 2020).

A observação das condições da pele deve ocorrer em toda avaliação e sua frequência deve estar ligada com a gravidade do paciente e contexto clínico, logo, se houver uma piora do quadro do paciente este deverá ser avaliado mais constantemente (BERNARDES, 2020). Foi identificado que lesões de estágio 1 são as mais difíceis de serem identificadas em indivíduos de pele escura, uma vez que as áreas de rubor ou hiperemia não são percebidas visivelmente (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019).

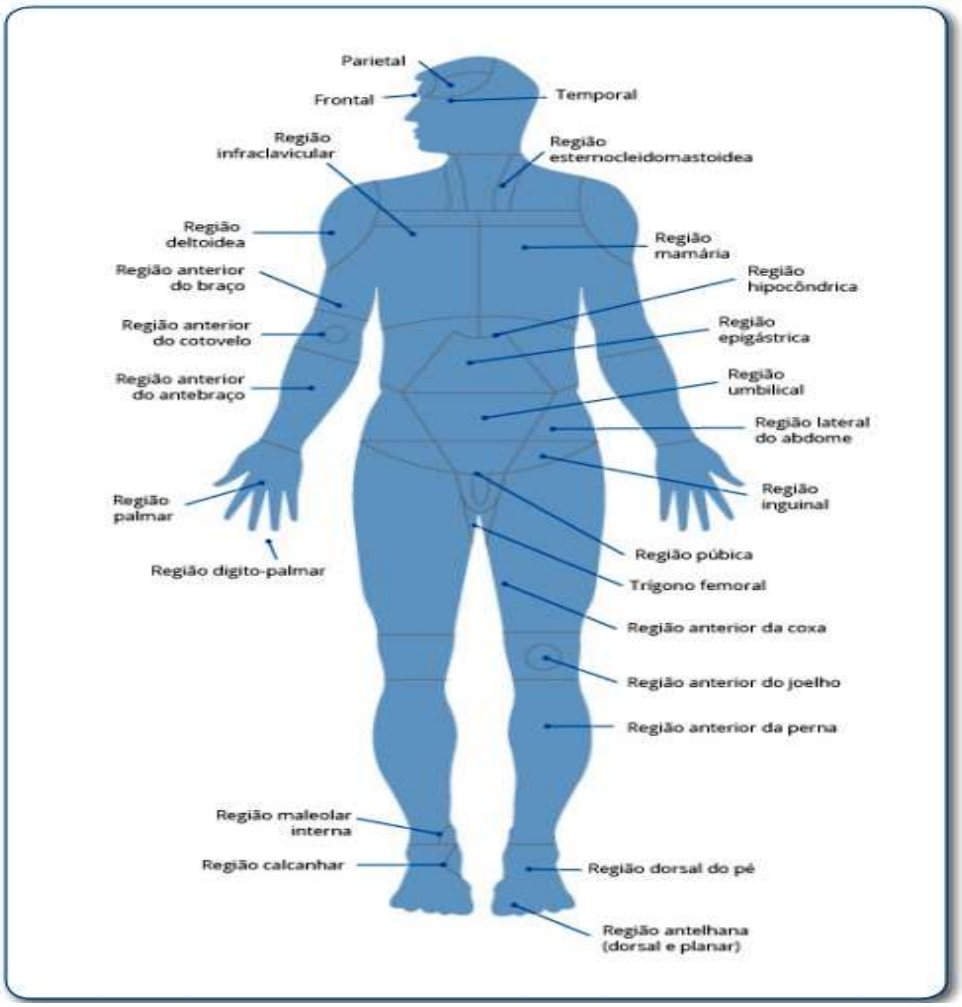
Registros

Ao identificar a integridade da pele prejudicada é importante definir com clareza qual a etiologia, para que dessa forma, possa ter utilizado o tratamento adequado. Ao confirmar uma lesão por pressão o enfermeiro irá aplicar seu conhecimento para descrevê-la da melhor maneira possível efetivando o registro no prontuário do paciente. A falta dos registros dificulta a realização de estudos retrospectivos de incidência e prevalência, e assim da avaliação da qualidade da assistência aos pacientes (BERNARDES, 2020).

Deve-se avaliar e discorrer sobre o localização anatômica, classifica-la de acordo com o Sistema Internacional de Classificação das Lesões por Pressão publicado por EPUAP, NPIAP e PPPIA (2019), tamanho (comprimento, largura e profundidade), tipo(s) de tecido, cor, pele ao redor da lesão, margens da ferida, presença de túneis e cavidades, presença e aspecto do exsudato, odor e dor.

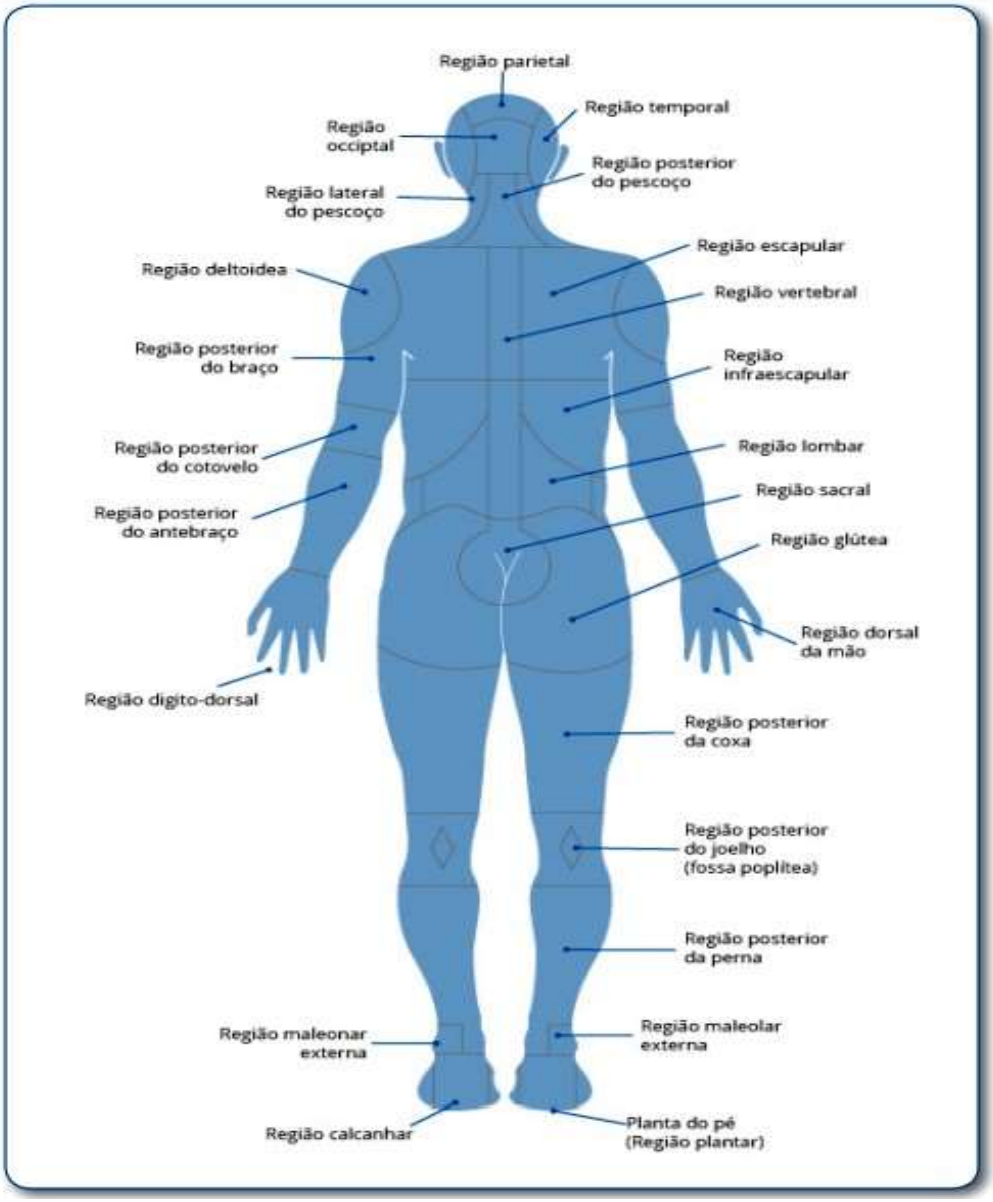
Para uma melhor elucidação dos pontos anatômico, optou-se por seguir a terminologia anatômica utilizada por Guimarães (2016), a qual apresenta a localização anatômica com visão anterior e posterior do corpo humano para referenciar e facilitar o registro correto das alterações dermatológicas encontradas, conforme demonstram as figuras a seguir.

Figura: Localização anatômica: visão anterior do corpo humano



Fonte: Guimarães, (20160.

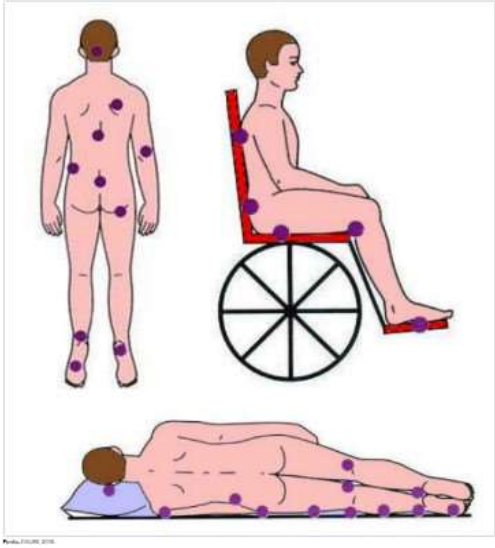
Figura: Localização anatômica - visão posterior do corpo humano



Fonte: Guimarães, (2016).

Avaliação

Para iniciar nossa reflexão é importante relembrar os locais de pressão



associados com as proeminências ósseas, analisando a figura aseguir:

Fonte: Caliri (2018, p. 14).

Após definição dos pontos anatômicos, procede a descrição da lesão na sua integralidade, para assim realizar um registro fidedigno da avaliação realizada pelo enfermeiro.

Neste E-book, para a avaliação da LP optou-se em analisar e descrever a LP de fora para dentro, devido às particularidades que possam existir no leito da lesão, iniciando pela observação dos tecidos circunvizinhos, tamanho da lesão, tipo de tecido, coloração, margens da lesão (bordas), presença de túneis e cavidades, aspecto do exsudato, odor e dor.

A avaliação da pele ao redor da lesão ou pele circunvizinha deve ocorrer, pois quando essa área não está saudável, retardará o processo cicatricial, mesmo em lesões que o

leito da ferida esteja com tecido de granulação. Nesta área, deve ser avaliado se há presença de maceração, inflamação, hidratação, nutrição, calosidade ou hiperqueratose, endurecimento e sua coloração como descrito no Quadro a seguir (IRION, 2012).

Característica da pele ao redor da lesão:

Fonte: Adaptado de Irion (2012).

Método invasivo

Eberhardt *et al.,* (2015) realizaram uma revisão de literatura e concluíram com a análise dos estudos que a mensuração das feridas pode ser realizada por método invasivo, tal como o decalque ou traçado de acetato ou com a medida através da régua de papel descartável, e ainda, por método não invasivo com as fotografias digitais.

Dessa forma, faz-se necessário um acompanhamento utilizando técnicas de aferição registradas, para avaliar se as condutas prescritas no processo de enfermagem e realizadas estão surtindo efeitos e auxiliando no processo de cicatrização. Os métodos que serão descritos a seguir auxiliam na mensuração do tamanho da ferida, e ainda na profundidade, área, comprimento, largura e volume (BARBORA; AMARAL; ELIZARDO, 2016).

O paciente deve permanecer em um decúbito que não altere o tamanho da lesão, recomenda-se uma posição neutra, que não gerem medições maiores ou menores. A técnica de medição manual da ferida é a que produz menos superestimação de medidas. (FERNANDES, 2020; CARVALHO *et al*., 2006).

Na presença de duas ou mais feridas, separadas por pele íntegra de até 2 cm deve-se considerar como ferida única, bem como durante o processo de cicatrização quando ocorre a formação de ilha de epitelização, que divide a ferida em várias. Deve-se considerar na horizontal a medida de maior ferida e na vertical calcular a área considerando apenas uma ferida.

Algumas técnicas

Técnica de mensuração Linear

Medir o comprimento (cefalopodálico) e a maior largura (horizontal) perpendicular, com uma régua graduada em cm.

Para obtenção da medida total da ferida, deve-se multiplicar o comprimento pela largura, quando a ferida for plana

Técnica de mensuração da área lesada pela planimetria (Barbora, Amaral e Elizardo, 2016)

Colocar a parte interna do acetato sobre a ferida. Realizar o contorno da lesão com

caneta permanente.

Traçar uma linha, com uma régua descartável, na maior extensão vertical no sentindo dos pés a cabeça, definindo o comprimento, e a maior extensão horizontal, definindo a largura, formando um ângulo de 90º entre as linhas.

Registrar as medidas das linhas em cm, para acompanhamento. Multiplicar uma medida pela outra para se obter a área em cm².

Técnica de medida tridimensional

Restrito a feridas com profundidade e forma regulares;

Obtém as variáveis comprimento e largura e profundidade e calcula a área total com a fórmula a seguir: Comprimento x largura x profundidade = volume (cm³).

Ao analisar a profundidade da ferida deve-se manter os mesmos cuidados com as variações das medidas anteriores, optando uma posição neutra e padronizar a mesma. É aconselhável associar essas técnicas com fotografia, pois este método contribui no acompanhamento dos aspectos da ferida durante o tratamento (PORTUGAL, 2018).

Técnica de mensuração da profundidade da ferida

A medida pode ser realizada inserindo, de forma cuidadosa, um swab ou cotonete estéril, umedecido com soro fisiológico ou água para injeção estéril, até um ponto de resistência mais profundo da lesão.

Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda.

Medir com uma régua o valor em cm e registrar para comparação posterior.

Outras Técnicas

O registro da localização de uma cavidade, túnel ou solapamento deve utilizar a figura do relógio, no qual a posição de 12 horas (da lesão) fica do sentido da cabeça do paciente e a posição de 6 horas no sentido dos pés (NIX, 2012 apud FERNANDES, 2020).

Técnica de mensuração de uma cavidade na ferida

Introduzir uma cotonete na ferida;

Fazer a varredura da área no sentido horário;

Identificar o ponto de maior descolamento tecidual (direção em horas);

Marcar no instrumento o ponto mais próximo da borda;

Medir na régua em cm;

Registrar no prontuário o tamanho (cm) e direção (H) da medida realizada para acompanhamento. Por exemplo: 2cm em direção a 3 horas conforme Figura 18.

Figura: Técnica de mensuração de uma cavidade na lesão

Fonte: Hess (2002).

Após, inicia-se o processo de avaliação do aspecto da lesão que poderá estar com tecido de epitelização, granulação, desvitalizado ou necrose de acordo com a NPUAP (2014) seguem as definições:

- **Epitelização:**
- **Granulação:**

- **Desvitalização:**
- **Necrose:**

Na prática clínica

Na prática clínica, pode-se expor a quantidade de tecido viável ou inviável por meio de valores percentuais, descrevendo a porcentagem de cada tipo de tecido, tecido de granulação e tecido necrótico de acordo com a visualização da área, por exemplo: 60% da área da ferida com tecido de granulação e 40% de tecido necrótico (BARBORA; AMARAL; ELIZARDO, 2016).

Durante a fase de inflamação da LP observa-se a formação de comunidades microbianas complexas formadas por bactérias e fungos, comuns em feridas crônicas, que sintetizam e secretam uma matriz protetora definida como biofilme. Esse material se fixa firmemente ao leito da ferida o que contribui para o aumento da produção de proteases, principalmente, metaloproteinases, que degradam a matriz extracelular e também os fatores que auxiliariam na promoção da cicatrização (SANGALETI; ZARPELLON, 2021).

Associado com o aspecto do tecido da lesão pode-se avaliar a coloração do leito da ferida. Irion (2012) definiu em três cores: vermelha, amarela e preta; para auxiliar na descrição do leito da lesão, que está exemplificada no infográfico a seguir:

Infográfico: Descrição das cores da ferida

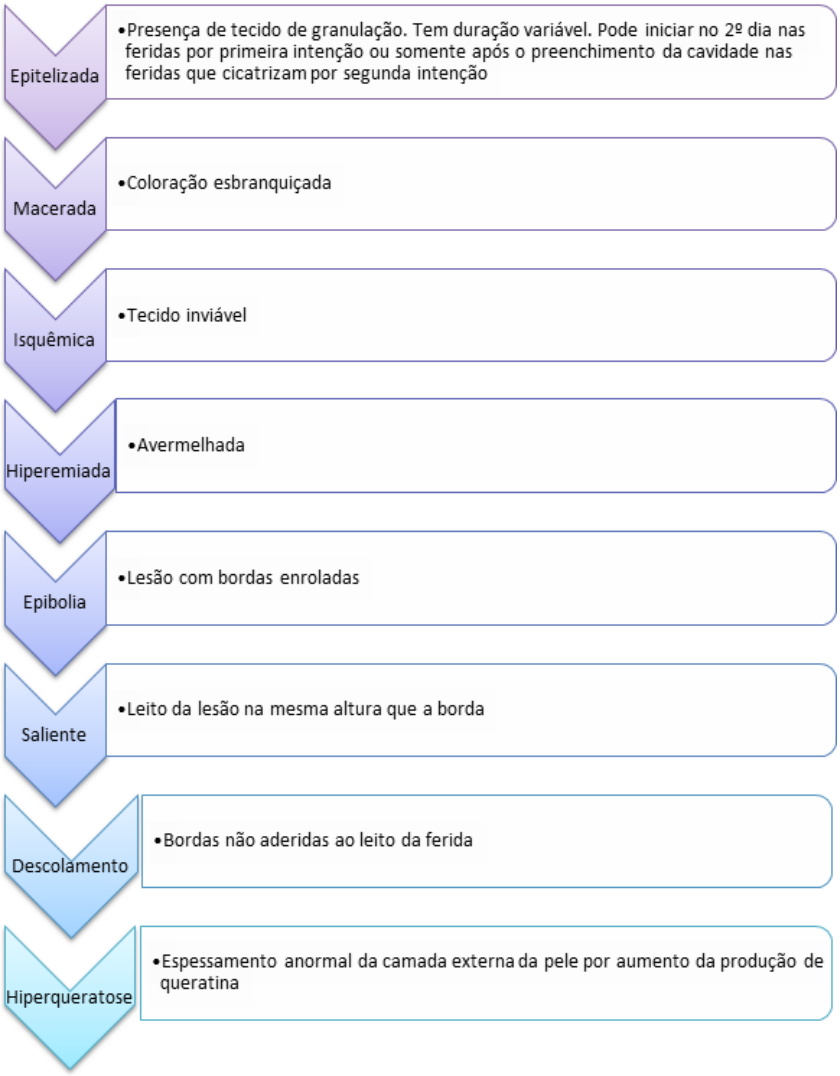
Fonte: Adaptado de Irion (2012).

Margens da lesão

Quanto às margens da lesão devem ser analisadas quanto a hidratação, sinais de lesão e aderência da margem ao leito da ferida, podem também estar não aderidas ao leito ou desniveladas devido formação de túneis, margens solapadas, o que inibe a perfusão e impede a migração epitelial.

As margens fornecem informações acerca da epitelização, cronicidade e etiologia da ferida, demonstra a migração celular, pois ela ocorre a partir da margem, em direção ao centro da lesão. As margens podem ser definidas conforme descrição no quadro 3 (RABEH; GONÇALVES,2013, NPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019).

Características da margem da Lesão por Pressão



Fonte: Banco de dados dos autores, (2022).

Exsudato

A presença e o aspecto do exsudato também permitem inferir se a assistência clínica e a terapia tópica administrada estão atingindo a real necessidade da LP. O exsudato é um líquido rico em proteínas e células, ele é um dos elementos fisiológicos do processo de cicatrização. Durante a fase inflamatória, ocorre o aumento da permeabilidade vascular e com isso ocorre o extravasamento do meio intracelular para o extracelular, para a manutenção do leito úmido (RABEH; GONÇALVES, 2012).

O exsudato auxilia na migração celular, devido seus fatores de crescimento, além do debridamento e limita o crescimento bacteriano. Contudo, o excesso bem como a

ausência na lesão pode ser prejudicial. A inflamação na LP demonstra que há permanência de um fator de injúria no leito da ferida ou nos tecidos adjacentes à lesão ou, ainda, há presença do biofilme. A inflamação deve ser interrompida eliminando o seu fator causal, para evitar a exsudação abundante (SANGALETI; ZARPELLON, 2021).

A descrição da quantidade de exsudato é subjetiva. Para identificar a quantidade de exsudato presente na LP, sugere-se a quantificação conforme descreve Brasil (2002):

Exsudato em pequena quantidade: Gaze ou curativo pouco úmido (<25%);

Moderada quantidade: gaze ou curativo úmido (>25% a >75%);

Grande quantidade: curativo muito sujo, com extravasamento de exsudato para o exterior ou mais que 75% da ferida coberta.

Pode-se avaliar o exsudato pela cor, odor e quantidade, considerando as características descritas no recurso a seguir: Clique para ver as características de exsudato:

- Sanguinolento
- Serosanguinolento
- Seroso
- Seropurulento
- Purulento/pus

Fonte: Adaptado de Bates-Jensen *et al.,* (2012) apud Rabeh e Gonçalves (2012).

Dor e Odor

A presença de odor em feridas crônicas não significa que a lesão está infectada, uma vez que a lesão pode estar associada com colonização microbiana. Para definir tal situação é necessário eliminar outros sintomas de infecção (AGOSTINO; KATZ, 2017). O odor foi classificado por Portugal (2018) em ausente, discreto e acentuado.

Associado com o contexto geral da LP do paciente é fundamental a avaliação do quadro de dor. As LP são dolorosas e a dor ocorre durante operíodo de repouso, como também durante o procedimento na LP, podendo ser de origem aguda, crônica ou neuropática. Faz-se necessário avaliar a dor antes e após a realização do curativo, e posteriormente documentá-la em prontuário (FERNANDES, 2020). Aquino e colaboradores em sua pesquisa verificaram em apenas dois prontuários (1,3%) a presença do registro de dor mencionado.

A dor relacionada com a LP em adultos deve ser avaliada por meio de escala válida, fidedigna e adequada à capacidade cognitiva do paciente. Os fatores que aumentam a frequência e/ou intensidade da dor devem ser identificados para adequaro plano de cuidados com vistas a melhorar a prescrição de cuidados de enfermagem para essa finalidade (FERNANDES, 2020). A dor pode ser minimizada, mantendo o leito da ferida úmido com um curativo/cobertura não-aderente, evitando traumas durane a remoção. Além disso, evitar o decúbito que o paciente possui a LP colabora com o controle (NPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Como a dor é um sintoma subjetivo, faz-se importante que o próprio paciente sinalize a intensidade do que sente, de sua dor, para isso, há diferentes instrumentos de mensuração, no entanto, a *Visual Analogue Scale* (VAS) (Figura 19) também conhecida como Escala Visual Analógica (EVA) é um instrumento para auxiliar na aferição da intensidade da dor e também para avaliar a eficácia do tratamento para tal complicação (VONS *et al.*, 2014). A literatura evidencia que a EVA é caracterizada por uma linha de 10cm na qual, nos extremos, há informação de "ausência de dor" e do lado contrário "dor insuportável", dessa forma apresenta facilidade de aplicá-la (MARTINEZ, GRASSI,MARQUES, 2011).

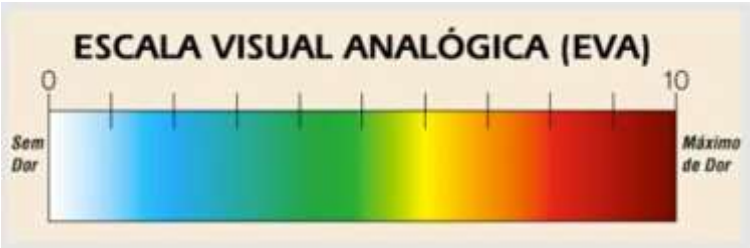


Figura: Escala Visual Analógica

Fonte: Laurino, (2017).

Associado a EVA e também para avaliar a dor do paciente para definição de conduta e registro em prontuário, pode-se utilizar a classificação apresentada na pirâmide a seguir:

Infográfico: Descrição do controle de dor

Fonte: Adaptado de Portugal, (2018).

Instrumentos de Avaliação da LP

A ***Pressure Ulcer Scale for Healing*** (PUSH) é uma escala que foi originalmente moldada para auxiliar na avaliação da cicatrização de LP e atualmente também é usada para avaliação do processo de cicatrização de outras feridas crônicas. É uma ferramenta de fácil utilização e objetiva, sendo um instrumento promissor (ALVES; MALAQUIAS; BACHION, 2018).

A PUSH foi desenvolvida pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) afim de rastrear a cura das LP nos estágios de II a IV, mas que pode ser utilizada até completa cicatrização e é uma ferramenta que consiste em três parâmetros: comprimento vezes largura, quantidade de exsudato (nenhum, leve, moderado e pesado) e tipo de tecido (tecido necrótico, esfacelo, tecido de granulação, tecido epitelial e fechado). Cada parâmetro é pontuado e a soma dos três produz uma pontuação total do estado da ferida. A observação das mudanças da pontuação indica se a cicatrização da ferida está acontecendo (STOTTOS *et al*., 2001).

Uma ferramenta para medir a cicatrização deve refletir com precisão a realidade. A ferramenta deve ser consistente com o resultado, ou seja, sua pontuação aumenta em feridas que se deterioram e diminui em feridas que cicatrizam. A ferramenta deve ser sensível à mudança, ou seja, o observadorpode ver a progressão da cura ao longo do tempo, além de demonstrar validade quando testada em diferentes populações. Para ser clinicamente útil, deve ser simples usar. A Escala de PUSH demonstra essas características e fornece uma maneira precisa, simples e clinicamente útil de mediro progresso em direção à cicatrização de feridas. Avaliação das características da LP da área de superfície, quantidade de exsudato e a aparência da superfície fornecerão ao profissional uma indicação de cicatrização LP ao longo do tempo. À medida que as pontuações diminuem, a cura está ocorrendo (STOTTOS *et al*., 2001).

PUSH é um instrumento que avalia a cicatrização de feridas mais frequentemente utilizado e referenciado. Uma pesquisa com usuários da ferramenta PUSH nos EUA descobriu que 79 de 103 entrevistados relataram que a ferramenta PUSH é um instrumento rápido e fácil de usar para avaliar acondição da ferida. Além disso, a ferramenta PUSH tem sido usada por médicos, enfermeiros e outrosprofissionais de saúde aliados para fins clínicos e de pesquisa em uma variedade de ambientes, incluindo lares de idosos, reabilitação e ambientes críticos. A ferramenta PUSH parece ser mais facilmente incorporada à prática clínica de rotina do que muitos outros instrumentos de avaliação de feridas porque tem menos itens, leva menos tempo e esforço

para ser concluída e não requer treinamento intensivo do usuário (EDMOND *et al.,* 2016).

Um estudo de Günes (2009), procurou avaliar prospectivamente o uso da ferramenta PUSH e apontou que, embora a ferramenta PUSH seja prática, fácil de usar e geralmente sensível a mudanças, algumas alterações melhorariam a sua utilização, como por exemplo uma subescala contendo tamanho/profundidade da ferida. Neste estudo, a escala PUSH diferenciou com precisão os resultados de cicatrização de úlceras por pressão. A ferramenta PUSH versão 3.0 pode ser usada para fornecer ao clínico informações que mostrariam se a ferida apresentou evolução positiva.

Tabela NPUAP

A seguir, na Tabela 1 apresenta-se a ferramenta desenvolvida pelo NPUAP, bem como as instruções para sua utilização, adaptadas ao português.

Instruções de uso da PUSH:

Observar e medir a úlcera por pressão. Categorize a úlcera em relação à área de superfície, exsudato e tipo de tecido da ferida. Registre uma subpontuação para cada uma dessas características. Some as subpontuações para obter a pontuação total. Uma comparação das pontuações totais medidas ao longo do tempo fornece uma indicação da melhora ou deterioração na cicatrização de úlceras de pressão.

Largura X Comprimento Em cm²	0 0	1 <0.3	2 0.3-0.6	3 0.7-1.0	4 1.1-2.0	5 2.1-3.0	Subpontuação
		6 3.1-4.0	7 4.1-8.0	8 8.1-12.0	9 12.1-24.0	10 >24	
Quantidade de Exsudato	0 Nenhum	1 Leve	2 Moderado	3 Pesado			Subpontuação
Tipo de Tecido	0 Fechado	1 Tecido Epitelial	2 Tecido de Granulação	3 Esfacelo	4 Tecido Necrótico		Subpontuação
							Pontuação total

Figura: Uso da Tabela PUSH

Fonte: Adaptado de NPUAP 1998, PUSH (Versão 3.0: 9/15/98, *National Pressure Ulcer Advisory Panel*).

- **Largura X comprimento:**
- **Quantidade de exsudato:**
- **Tipo de tecido:**
- **Tecido necrótico:**
- **Tecido de granulação:**
- **Tecido epitelial:**
- **Fechado/recapeado:**

Como os parâmetros medidos pela ferramenta PUSH não são apenas específicos da etiologia, o instrumento deveria teoricamente ser aplicável não apenas a úlceras por pressão, mas também a outros tipos de feridas onde os três parâmetros são mensuráveis. Até o momento, a ferramenta PUSH foi validada e mostrou ser responsiva para monitorar o progresso da cicatrização de feridas por pressão, úlceras diabéticas e venosas. No entanto, a capacidade de resposta da ferramenta PUSH em feridas agudas permanece desconhecida (EDMOND *et al*., 2016).

Classificação das Lesões por pressão segundo NPUAP

Recomenda-se classificar o estágio que a LP encontra-se no momento da avaliação. Dentre os diferentes sistemas de classificação, optou-sepelo sistema de classificação,

mundialmente mais utilizado, denominado pelo NPUAP atualizado em 2016 que apresenta as definições descritas no quadro a seguir:

Lesão por pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
Tissular Profunda	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Definições adicionais:

Relacionadas a dispositivos médicos

- 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.

Em membranas mucosas

- Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Fonte: NPUAP (2016).

Ambientação ••• Módulos 1 2 3 4 5 6 Encerramento •••

Módulo 6: Registros da avaliação de lesão por pressão em prontuário

Orientações

No Módulo 6 apresentaremos os registros em prontuários relacionados com o contexto que envolve os cuidados de enfermagem ao paciente com LP e/ou riscos para desenvolver o agravo.

Objetivos de aprendizagem: Habilitar para o registro da avaliação da lesão por pressão, bem como, dos cuidados implementados.

Materiais de estudo

Insira aqui todos os textos, vídeos, áudios, links e demais materiais de estudo necessários para a realização da atividade avaliativa proposta para o tópico. Para tal, clique no botão "Adicionar uma atividade ou recurso" no final da seção e, depois, selecione o tipo de recurso desejado.

Recomendamos que todos os materiais que não forem diretamente utilizados para a realização ou a resolução da atividade avaliativa sejam disponibilizados nas Dicas do Professor.

Livro de Estudos Módulo 6

Avaliação do aprendizado

Acesse o questionário a seguir para fazer a avaliação de sua aprendizagem desse Módulo.
Você terá duas oportunidades de responder ao questionário. Caso não se saia bem na primeira tentativa, retorna aos estudos dos conteúdos didáticos e quando se julgar preparado poderá responder novamente. Vale a nota maior das duas tentativas. Mas, se você já obtiver uma boa avaliação na primeira tentativa, não precisa fazer novamente.

Questionário M6

Dicas da professora:

Resolução COFEN nº 567 de 07 de fevereiro de 2018.

http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html

Pós teste – Teste de Conhecimento sobre Lesão por Pressão de Caliri e Pieper

Responder a este questionário é pré-requisito para acessar o tópico de encerramento.

Livro de Estudos Módulo 6

Site: Ambiente Virtual de Aprendizagem - UDESC
Curso: 2022 CEO Avaliação e Registro de Lesão por Pressão
Livro: Livro de Estudos Módulo 6

Índice

Legislação
Cinco Etapas
Registro da avaliação de Lesão Por Pressão
A Resolução
COFEN
Registros prontuário
Registro dos Reposicionamentos
Legislação

A enfermagem como profissão foi oficializada pelo Decreto nº 94.406/1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. A enfermagem iniciou em meados do século XIX, uma transição para sua autonomia, trazendo a compreensão do cuidado, isto é, a atenção passou a ser voltada para o bem-estar e a recuperação do paciente baseado no conhecimento científico (BENEDET *et al*., 2016).

Em 2009 o COFEN lança a Resolução COFEN – 358/2009 que trata sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), trazendo dessa forma a obrigatoriedade da aplicação dessas atividades em ambientes públicos e privados em que acontece o cuidado de enfermagem. Vale destacar que nessa legislação tem-se claro a definição de SAE e PE (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possui em sua estrutura científica o objetivo de planejar, organizar e sistematizar os cuidados prestados ao indivíduo, além disso, serve como estímulo profissional na direção de um processo reflexivo acerca dos determinantes que compõe o processo de saúde-doença. Contribuindo de tal forma nas intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do

indivíduo e os que o cercam, família e comunidade, com vistas na melhoria da qualidade da assistência prestada (COFEN, 2009).

A SAE define a organização do trabalho profissional, contemplando o método, recursos humanos e instrumentos, é o que torna possível a operacionalização do processo de Enfermagem. Já o PE é o instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação dos cuidados realizado na prática profissional (COFEN, 2009).

Cinco Etapas

No artigo 2º da Resolução 358/2009 descreve-se as cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes do PE, conforme segue:

- **Primeira Etapa: Coleta**
- **Segunda Etapa: Diagnóstico**
- **Terceira Etapa: Planejamento**
- **Quarta Etapa: Implementação**
- **Quinta Etapa: Avaliação**

Observe no Infográfico a seguir como o processo de enfermagem é u m ciclo contínuo e com etapas interrelacionadas:

Infográfico: Apresentação das Etapas do Processo de Enfermagem

Ao abordar os aspectos legais sobre a responsabilidade do enfermeiro perante paciente com feridas destaca-se a Resolução emitida pelo COFEN nº 567 de 07 de fevereiro de 2018 que descreve o enfermeiro como responsável em avaliar, prescrever e executar curativos aos pacientes que estão sob seus cuidados, conferindo autonomia para tal procedimento (COFEN, 2018).

A referida resolução descreve as competências do enfermeiro e também dos demais integrantes da equipe de enfermagem, das quais pode-se destacar:

INDICAÇÃO DE LEITURA

Recomenda-se, leitura complementar da Resolução COFEN nº 567 de 07 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html

Com vistas à segurança do paciente, do profissional e do serviço de saúde, os cuidados dispensados aos pacientes que possuem feridas exigem conhecimentos de base científica e capacidade de optar por decisões imediatas. Motivo pelo qual muitas atividades são privativas do Enfermeiro (BRASIL, 2017).

Destaca-se que ao realizar os cuidados de enfermagem a pacientes com feridas,

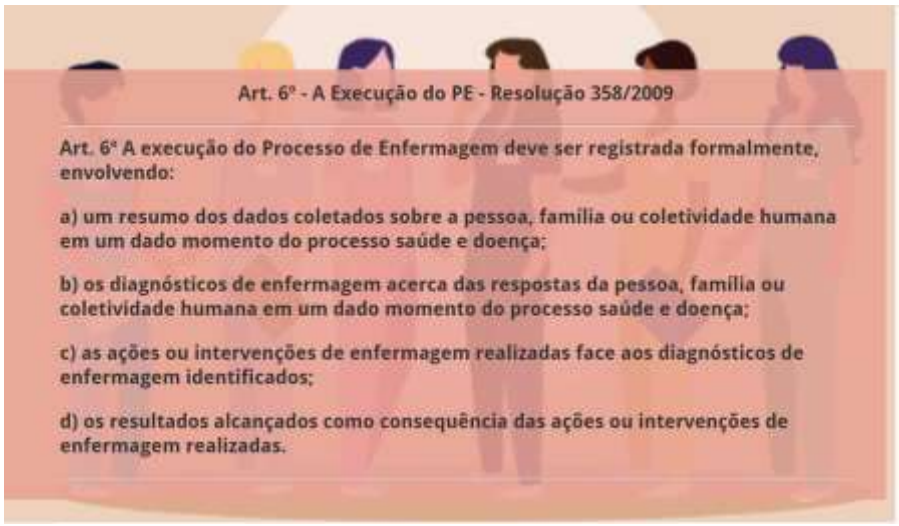
estes devem ser pautados na SAE e, no desenvolvimento do PE, a equipe de enfermagem deve realizar os cuidados prescritos pelo enfermeiro, respeitando as competências técnicas, científicas e grau de habilitação.

Registro da avaliação de Lesão Por Pressão

Após avaliar a lesão por pressão é necessário realizar o correto registro no prontuário do paciente que deve conter as intervenções realizadas, os resultados obtidos e a situação do paciente. A falta de registro ou realizado de maneira incorreta prejudica o seguimento do cuidado que foi efetuado em suas diversas etapas, o planejamento assistencial da equipe multiprofissional e a segurança do paciente. E para reforçar essa conduta, destaca-se que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem, conforme descrito na Resolução do COFEN nº 429 de 11 de junho de 2012 que dispõe sobre o registro em meios apropriados as informações dos cuidados prestados ao indivíduo, somente assim assegura a continuidade e qualidade da assistência prestada e a Resolução do COFEN 358/2009, que passou a considerar obrigatória a documentação da realização do processo de enfermagem em todos os ambientes nos quais o cuidado é prestado (COFEN, 2009; COFEN, 2012; BERGAMASCO *et al*., 2020; NASCIMENTO *et al*., 2017).

A Resolução COFEN

A Resolução COFEN – 358/2009 elucida como deve ocorrer o registro do processo de Enfermagem, bem como de todas as atividades prestadas ao cliente durante sua assistência (COFEN, 2009):



Fonte: COFEN, (2009).

A maneira como é realizada a documentação de enfermagem também está prevista na legislação e deve ser seguida para que possua validade legal. A Resolução COFEN nº 545/2017 revoga a antiga Resolução nº 196/1996 e traz a forma de anotação e o uso obrigatório do número de inscrição nos documentos registrados por profissionais da enfermagem, além da Resolução nº 429/2012, como já citada, aborda sobre o registro de enfermagem e a Resolução COFEN nº 514/2016 dispõe sobre a aprovação do guia de recomendações para os registros realizados pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente, orientando o que é necessário e quais são os conteúdos mínimos para elaborar anotações e evolução de enfermagem (COFEN, 2016; COFEN, 2017).

Registros prontuário

Observa-se no dia a dia que a falha nos registros das atividades e nos gastos realizados dificultam a continuidade da assistência, fato descrito por Mendonça *et al*., (2018) que em seu estudo evidenciou essa fragilidade e destacou ainda que o cuidado somente tem garantia que foi prestado quando ocorre o registro, visto que esse é o respaldo da equipe de enfermagem.

Nota-se que os estudos trazem a importância que o prontuário possui como descrevem Duarte e outros (2019) abordam que o prontuário é um instrumento de trabalho valioso, que permite o diálogo entre as equipes que atendem o paciente, com possibilidades de traçar metas e avaliar a evolução clínica do paciente já que o registro clínico é o principal meio de transmissão de informações sobre o paciente. Além disso, a comunicação escrita demonstrada por meio dos registros em prontuário fortalece os cuidados necessários para com a segurança do paciente (Aquino *et al*., 2018).

No estudo de Nascimento e outros (2017), evidenciou-se a necessidade de registro da existência de LP, da integridade da pele e do risco de desenvolvimento de LP no momento da admissão do paciente na unidade. Assim, a ausência de registro não só enfraquece as pesquisas dessa temática, como desqualifica principalmente a assistência. No Brasil, o prontuário é um importante instrumento para ser consultado em diversas ocasiões como, por exemplo, em questões que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais, da qualidade do cuidado prestado ao indivíduo e englobando em um contexto geral a segurança do paciente.

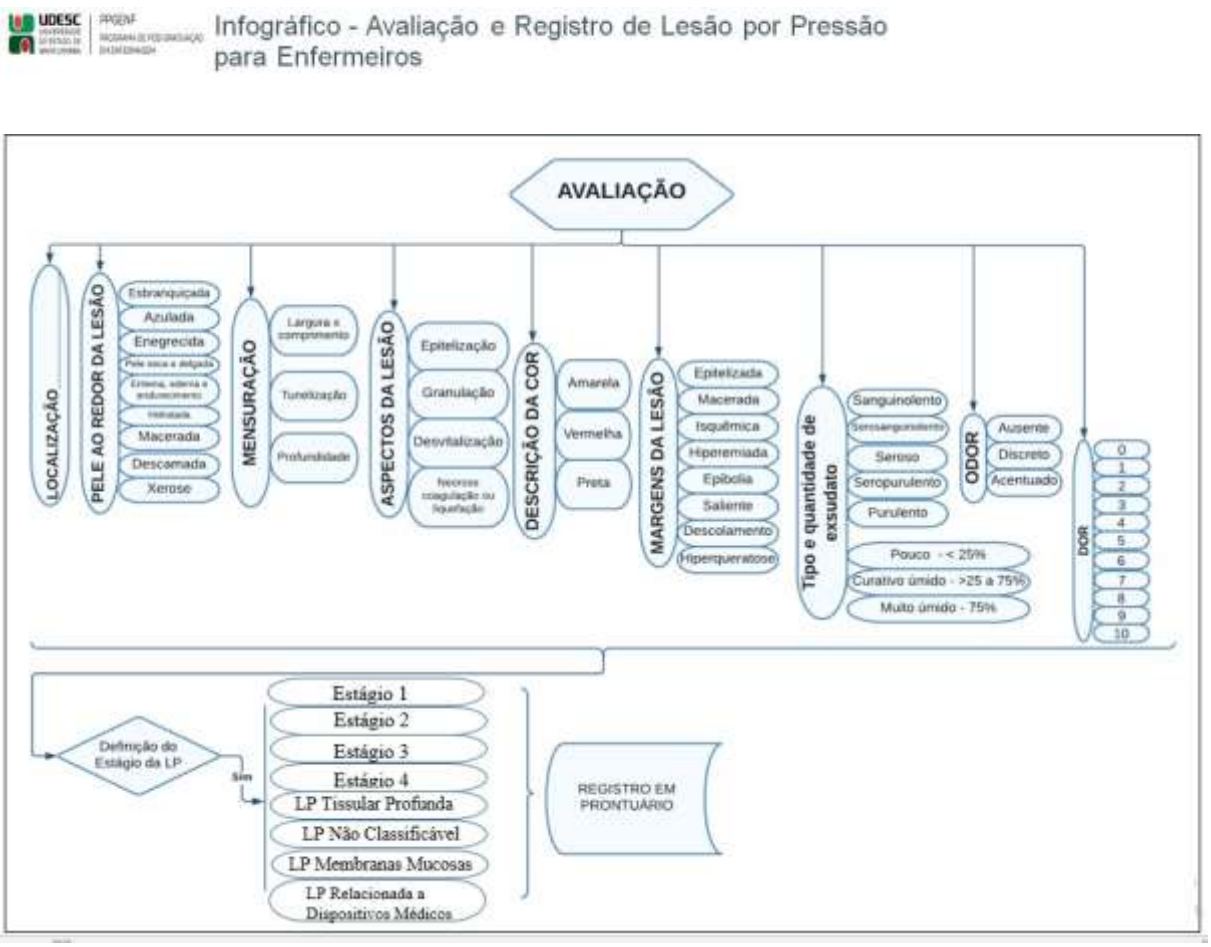
É necessário destacar que os registros de enfermagem não devem ser encarados como um cumprimento de norma burocrática. É fundamental que se tenha noção de sua real importância e das possíveis implicações (aumentos dos custos e tempo de internação – buscar referência) decorrentes do não preenchimento correto deste prontuário (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Anotação com qualidade engloba aspectos como registros legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos; é apenas permitido escrever

com caneta esferográfica, não se deve usar lápis ou corretivo, bem como evitar rasuras, linhas em branco ou espaços; ao final deve constar identificação do profissional que realizou os registros (COFEN, 2016).

Quanto ao registro da conduta frente as lesões por pressão, destaca-se que este deve contemplar todos os elementos que foram analisados na avaliação da LP, a saber:

Infográfico: Avaliação e Registro da Lesão por Pressão



Clique AQUI para baixar o infográfico.

O registro das informações obtidas, no intuito de garantir a continuidade do cuidado de enfermagem é essencial para posteriormente avaliar se os resultados

foram obtidos. Macedo e colaboradores (2021) identificaram que após o cuidado prestado ao paciente com LP os prontuários continham algum tipo de informação que justificassem a escolha do tratamento. Por sua vez, Aquino *et al*., (2018) demonstrou que dos 151 prontuários avaliados, 121 pacientes tinham curativos, contudo, destes 121, apenas 40,5% continham anotações, observou-se baixo índice de registros referente ao local da lesão, tipo de curativo e características das feridas.

Estudos internacionais também demonstram a discrepância entre os registros documentados pela enfermagem e os eventos adversos notificados via sistema geral de controle, o que demanda maior atenção para ajustes dos dados (González-Samartin *et al.,* 2018).

Realizar o registro sistemático da avaliação e das condutas utilizadas constitui-se no elemento fundamental para assegurar a assistência de enfermagem de qualidade, além disso, contribui para uma enfermagem mais científica (AQUINO *et al*., 2018; MACEDO *et al*., 2021).

Registro dos Reposicionamentos

As LP são complicações passíveis de prevenção, e por esse motivo, o desenvolvimento de LP nas instituições de saúde vem sendo interpretado como um importante fator de indicação da qualidade do serviço prestado. Ao observar os indicadores de qualidade podem-se dizer quais são os gargalos da instituição. O reposicionamento é considerado um cuidado de enfermagem relativamente simples e que não implica em aumento dos gastos hospitalares (GONÇALVES *et al*., 2020).

De acordo com Moraes (2017), após realizar a análise dos registros de enfermagem referentes ao reposicionamento na UTI, identificou-se que há predominância dos

registros da posição do paciente no leito ou a forma que ele foi encontrado, contudo, não é especificado no registro a posição adotada, fato esse de fundamental importância para respaldo dos cuidados de prevenção.

Conforme o que tange a Norma ISO-18104-2016 (p. 23), ao realizar o registro de enfermagem "pode conter ações que ocorreram no passado, que estejam atualmente em andamento, que foram interrompidas antes de sua conclusão, que estão planejadas para o futuro, etc." O registro adequado da posição que o paciente foi encontrado, juntamente com a descrição do verbo relacionado à ação de reposicionamento e da posição adotada permite a avaliação da efetividade das ações preventivas para LP previamente adotadas e a continuidade conforme descrito no processo assistência de enfermagem (MORAES, 2017).

Em seu estudo Aquino e colaboradores (2018) evidenciaram que em relação à descrição dos cuidados prestados, as informações sobre mudança de decúbito foram mencionadas em apenas 6,6% dos prontuários avaliados, isso denota, uma lacuna importante e traz a tona fragilidade de registros.

É importante citar que a prevenção da LP é um dos itens do programa de segurança do paciente, logo, este é mais um dos motivos que devesse notificar e registrar para possíveis análises da assistência prestada e direcionamento de práticas preventivas, contudo, isso só ocorre se houver o registro adequado, bem como sua notificação do sistema de notificações da instituição de saúde (NASCIMENTO *et al.,* 2017).

Nesse sentido, a realização dos registros de enfermagem é constituída pela sistematização dos cuidados prescritos e executado pela equipe durante seu período de atividade laboral (COFEN, 2016).

Ambientação ••• Módulos 1 2 3 4 5 6 Encerramento •••

Parabéns, você concluiu o curso!!!

Pedimos a gentileza de responder o questionário a seguir, para deixar suas impressões sobre o curso.

Muito Obrigada!!!

Questionário de satisfação do curso