



**FACULDADE METROPOLITANA SÃO CARLOS – FAMESC**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO BACHARELADO EM**  
**ENFERMAGEM**

**ADONIAS JUVÊNCIO NOVAES**

**A SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DAS LESÕES POR**  
**PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS: UMA REVISÃO DE**  
**LITERATURA**

**Bom Jesus do Itabapoana/RJ**

**Junho 2020**

**ADONIAS JUVÊNIO NOVAES**

**A SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DAS LESÕES POR  
PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS: UMA REVISÃO DE  
LITERATURA**

Artigo apresentado como parte dos requisitos necessários para a conclusão do curso de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Professora Ma. Roberta da Silva Nascimento, e coorientação da Professora Dra. Fernanda Santos Curcio da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC.

**Bom Jesus do Itabapoana/RJ**

Junho 2020

# A SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DAS LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES ACAMADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE SYSTEMATIZATION OF PRESSURE INJURY CARE IN JUDGED PATIENTS: A LITERATURE REVIEW

NOVAES, Adonias Juvêncio<sup>1</sup>  
NASCIMENTO, Roberta da Silva<sup>2</sup>  
CURCIO, Fernanda Santos<sup>3</sup>

## RESUMO

As lesões por pressão são formadas por isquemia, resultante da compressão, cisalhamento e fricção entre a pele, tecido muscular e ossos, sobre superfícies rígidas por longos períodos. A enfermagem exerce papel primordial, atuando no cuidado e controle dos fatores de risco. O objetivo deste trabalho foi sistematizar os cuidados de enfermagem aos pacientes com lesões por pressão. A metodologia empregada foi de base qualitativa, de natureza do tipo revisão de literatura. Dado ao exposto, evidenciou-se que a implementação de intervenções/ações eficazes, através do processo de enfermagem, tem o intuito de minimizar os riscos de desenvolvimento das lesões por pressão e proporcionar uma assistência adequada, de modo a alcançar a promoção a saúde e a melhora da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Lesões por Pressão; Prevenção; Controle; Enfermagem.

## ABSTRACT

Pressure injuries are formed by ischemia, resulting from compression, shear and friction between the skin, muscle tissue and bones, on rigid surfaces for long periods. Nursing plays a key role, acting in the care and control of risk factors. The aim of this study was to systematize nursing care for patients with pressure injuries. The methodology used was of a qualitative basis, of a literature review type, based on articles and books available in electronic databases of Google Scholar and Digital Libraries, in Portuguese. Given the above, it was evidenced that the implementation of effective interventions / actions, through the nursing process, aims to minimize the risks of developing pressure injuries and provide adequate assistance, in order to achieve health and health promotion improving the quality of life.

**Keywords:** Pressure Injuries, Prevention, Control, Nursing.

---

<sup>1</sup> Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: adoniasnovaes77@gmail.com;

<sup>2</sup> Professora Orientadora: Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) (2020). Pós-graduada em Gestão Acadêmica e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC) (2016). Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (2015). Especialista em Saúde da Pessoa Idosa (UNA\_SUS/ UERJ,UFMA) (2013) ; e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nova Iguaçu(UNIG) (2009) . E-mail: robertanascimento14@gmail.com.

<sup>3</sup> Professora Coorientadora: Doutora em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (2020). Mestre em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (2016). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) (2013). E-mail: fernandasantoscurocio@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, representando cerca de 15% do peso corpóreo. Ela é composta por três camadas distintas: epiderme, derme e hipoderme. Cada camada tem sua função, e toda e qualquer perda da integridade da pele, conseqüentemente dá origem a feridas ou lesões nas estruturas cutâneas (GEOVANINI, 2014).

As lesões por pressão são formadas por isquemia, resultante da compressão, cisalhamento e fricção entre a pele, tecido muscular e as protuberâncias ósseas sobre superfícies rígidas por longos períodos de tempo, causando morte e necrose tecidual local (LUZ *et al.* 2010).

Essas lesões são ocasionadas por fatores intrínsecos e extrínsecos, que de forma individual ou combinada, aumentam ao risco de desenvolvimento das lesões por pressão. Esses fatores interferem diretamente na capacidade de resistência das estruturas cutâneas (VARGAS, 2012).

Os danos causados por estas lesões podem ser classificados e avaliados por quatro estágios diferentes, de acordo com a profundidade e os danos causados nas estruturas cutâneas (LUZ *et al.* 2010).

Tais lesões são consideradas um grande problema para o setor de saúde, tendo em vista o aumento da incidência e predomínio, morbimortalidade, como também, o aumento dos custos com medidas profiláticas e terapêuticas (DANTAS *et al.* 2013).

Essas lesões representam um grave problema social e de saúde. Portanto, a prevenção é a mais eficiente alternativa, uma vez que evita o sofrimento do paciente e dos familiares, reduzindo os gastos e o tempo de internações (RODRIGUES *et al.* 2008).

Deste modo, foram sistematizados os principais cuidados, avaliando o risco de desenvolvimento das lesões por pressão. Para isso os profissionais de saúde normalmente fazem uso da escala de Braden. Nesta escala, são descritos seis fatores necessários para a avaliação do desenvolvimento das lesões por pressão, buscando assim evitar as complicações e agravos no quadro clínico dos pacientes, buscando também, reduzir os custos com os processos de prevenção e tratamento (RODRIGUES *et al.* 2008).

O objetivo geral deste trabalho foi mostrar, através da revisão bibliográfica de livros e artigos, a sistematização dos cuidados de enfermagem aos pacientes com lesões por pressão. Desta forma têm-se ainda como objetivos específicos identificar as lesões segundo a classificação, profundidade e os danos nos tecidos; identificar os cuidados de enfermagem as lesões por pressão; destacar a implementação de planos de cuidados com vista à melhoria do quadro clínico do paciente e a qualidade de vida.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A metodologia empregada foi a pesquisa bibliográfica, de base qualitativa, de natureza descritiva do tipo revisão de literatura. Realizou-se a busca de materiais bibliográficos nas bases de dados eletrônicos do Scielo e Bibliotecas Digitais, selecionando publicações na língua portuguesa. Para tanto, analisou-se trabalhos que versavam, direta ou indiretamente, sobre os objetivos do presente artigo. Logo, foram considerados os estudos que abordaram e descreveram a sistematização dos cuidados das lesões por pressão em pacientes acamados, bem como os principais cuidados de enfermagem a serem adotados.

A coleta de artigos foi realizada no período de outubro de 2019 a julho de 2020, em base de dados eletrônicos de Bibliotecas Digitais, Scielo, onde o dentro o período demarcado para as buscas foram analisados artigos entre 2016 a 2018, tendo como descritores: Lesões por Pressão; Prevenção; Controle; Enfermagem. Após o levantamento bibliográfico realizou-se uma leitura detalhada dos artigos, retirando as principais idéias relevantes, que trata com integralidade extraíndo o objeto e estudo.

Os artigos foram selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos completos, escritos na língua portuguesa e publicados nos últimos doze anos (2006 a 2018), que descreviam a sistematização dos cuidados das lesões por pressão em pacientes acamados. Como critério de exclusão priorizou-se por excluir artigos que não estivessem disponíveis em sua totalidade, em período temporal inferior ao estabelecido, e que estivessem em língua estrangeira.

Ao decorrer a busca foram encontrados 65 artigos, sendo que somente 18 destes atendiam os critérios da pesquisa. Deste modo, após a busca foi realizado a leitura dos artigos procurando sistematizar e classificar os dados encontrados.

A verificação dos artigos encontrados foi sistematizada, contemplando: o levantamento bibliográfico; a leitura exploratória dos artigos, verificando a efetividade dos estudos encontrados; a leitura seletiva, analisando se os estudos eram adequados; a leitura interpretativa, articulando os conhecimentos abordados em todos os estudos analisados; e a elaboração do texto final sintetizando os resultados da pesquisa.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Fisiologia da Pele**

A pele, também conhecida como tecido tegumentar é o maior órgão do corpo humano e representa cerca de 15% do peso corpóreo. Ela é um órgão em constante renovação celular e possibilita a interface do corpo com o ambiente externo, além de exercer funções imprescindíveis para a manutenção da vida, com, regulação da perda de água e proteínas para o ambiente externo, termorregulação e barreira imunológica contra entrada de microorganismos (GEOVANINI, 2014).

A pele é composta por três camadas distintas: epiderme, derme, hipoderme. A epiderme é a camada mais superficial e composta por tecido epitelial, sem vasos sanguíneos e tem como principal função a proteção do organismo e a regeneração da pele. A derme é a camada intermediária, situada abaixo da epiderme. É composta por tecidos conjuntivos e possui anexos cutâneos, nervos e vasos sanguíneos que nutrem os tecidos. A hipoderme é a camada mais profunda da pele, também denominada tecido subcutâneo. É construída por tecidos conjuntivos, vasos sanguíneos e linfáticos, e nervos. Sua função é armazenar nutrientes, isolar e proteger o corpo e regular a temperatura corpórea (SANTOS, 2014).

Logo, uma pele saudável, é íntegra, elástica e sem indicio de alterações ou lesões, visto que toda e qualquer interrupção ou perda da integridade da pele dá origem a feridas ou a uma lesão nas estruturas cutâneas (GEOVANINI, 2014).

## Lesão Por Pressão

As lesões por pressão são definidas como um dano localizado nos tecidos cutâneo e subcutâneo, podendo envolver os músculos, ossos e articulações. São lesões geralmente comuns em pacientes acamados ou privados de movimentos, ocasionando a morte parcial ou total dos tecidos afetados (GOMES *et al.* 2018).

A lesão tende a se desenvolver quando o tecido cutâneo sofre pressão e compressão entre as saliências ósseas e superfícies externas e rígidas por prolongados períodos de tempo. Geralmente o aparecimento das lesões por pressão ocorre a partir de dois determinantes etiológicos críticos, que são a intensidade e a duração da pressão. Existem ainda os fatores extrínsecos e intrínsecos para o desenvolvimento das lesões (FREITAS *et al.* 2011)

Os fatores intrínsecos estão relacionados ao estado físico e nutricional do paciente, como a idade, a mobilidade, perda de sensibilidade e força muscular, incontinência fecal e urinária assim como doenças crônicas como diabetes e doenças cardiovasculares. Já os fatores extrínsecos são ocasionados por cisalhamento, fricção e pressão. (VARGAS, 2012).

Essas lesões geralmente ocorrem com maior frequência nas regiões sacrococígea, trocantareana, isquiática e espinha ilíaca; joelhos; tornozelos; calcâneo, cotovelos; espinha dorsal; região occipital e orelhas (DE MATTIA *et al.* 2010).

As lesões por pressão são classificadas por quatro estágios diferentes, de acordo com a profundidade e comprometimento da pele, tecidos subcutâneos, músculos e ossos. Além dos danos ao tecido cutâneo, tais lesões podem ainda agravar o estado clínico dos pacientes, podendo ocorrer infecções, devido à entrada de microorganismos na pele lesionada, e conseqüentemente, o desenvolvimento de infecções generalizadas. Por isso, as lesões por pressão são consideradas um considerável problema no setor de saúde, tendo em vista o aumento na incidência e predomínio no número de casos e os altos custos com medidas profiláticas e terapêuticas, sendo também importante causa de morbimortalidade (DANTAS *et al.* 2013).

Neste sentido, Geovanini (2014), enfatiza que as lesões por pressão caracterizam um grande desafio para a equipe de Enfermagem e também para a

equipe multiprofissional, necessitando que ambas as partes tenham conhecimentos específicos, sensibilidade e sentido de observação quanto à prevenção e os cuidados com a manutenção da integridade da pele dos pacientes suscetíveis ao desenvolvimento destas lesões.

### **Cuidados e Prevenção das Lesões Por Pressão**

As lesões por pressão representam um grave problema social e de saúde. Portanto, a prevenção é a mais eficiente alternativa, uma vez que evita o sofrimento do paciente e dos familiares, reduzindo os gastos e o tempo de internações (RODRIGUES *et al.* 2008).

A prevenção assim como os cuidados de enfermagem, deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, iniciando primeiramente com a identificação dos pacientes com risco de desenvolver as lesões, principalmente em pacientes com limitações de movimento e restritos ao leito. A inspeção da integridade da pele deve ser feita diariamente, visando o alívio da pressão em locais de proeminências ósseas, cuidados com higiene do paciente e do leito, mudança constante de decúbito corporal e uso de emolientes para hidratação, e alimentação rica em vitaminas e proteínas aos primeiros sinais de lesões por pressão, conforme a idade e a condição clínica de cada paciente (GEOVANINI, 2014).

Os cuidados de enfermagem aos pacientes com lesões necessitam ainda de conhecimento específico, habilidade técnica, atuação interdisciplinar, adoção de protocolo, inter-relação entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde, e atuação ativa dos portadores dessa lesão e seus familiares de modo geral (TAVARES; FERREIRA, 2018).

Segundo Geovanini (2014), o cuidado as lesões por pressão exigem ações e cuidados constantes. As ações da equipe de enfermagem devem ser elaboradas de acordo com as necessidades e problemas identificados em cada paciente, de forma individual e integral, utilizando-se escalas de predição de risco, como a Escala de Braden.

A Escala de Braden é um instrumento preditivo usado para avaliar os riscos de desenvolvimento das lesões por pressão. Esta escala equivale a um método na prática clínica de sistematização dos cuidados de enfermagem, visto que por meio

dela é possível avaliar e diagnosticar o risco, individualmente em cada paciente e deste modo implementar ações de enfermagem de forma preventiva, obtendo uma melhor resolatividade nas ações de cuidados de enfermagem. Na Escala de Braden são descritos e avaliados seis fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão: 1- Percepção sensorial: que avalia a capacidade de reação do paciente mediante o desconforto causado pela pressão; 2- Umidade: avalia o nível de umidade no qual a pele é exposta; 3- Atividade: avalia o grau de atividade física; 4- Mobilidade: avalia a capacidade que o paciente tem de mudar ou controlar a posição do corpo; 5- Nutrição: avalia o estado nutricional do paciente, quanto a ingestão de nutrientes; 6- Fricção e Cisalhamento: avalia o grau de contato entre a pele e as superfícies, de acordo com a mobilidade do paciente (RODRIGUES *et al.* 2008).

Deste modo, Souza, Santos e Silva (2006), destaca que dos seis fatores, os cinco primeiros são pontuados numa subescala de 1( menos favorável) a 4 (mais favorável); o sexto fator é pontuado de 1 a 3. A soma total destes valores varia de 6 a 23, e ao final da avaliação do paciente pelo enfermeiro, a pontuação total avaliada indica que: Abaixo de 11 = Risco Elevado, 12-14= Risco Moderado, 15-16 = Risco Mínimo. Portanto, quanto menor é a pontuação, mais elevado é o risco do paciente desenvolver lesões por pressão.

Neste sentido, Rodrigues *et al.* (2008), ressalta que além da utilização de uma escala de predição como forma de avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão, deve-se também utilizar um plano de cuidados com objetivo de diminuir agravos no quadro clínico dos pacientes. Dentre as ações contidas no plano de cuidados podemos destacar: 1. Avaliar o cliente com risco de desenvolvimento de lesões por pressão diariamente, dando atenção às proeminências ósseas; 2. Posicionar corretamente o paciente no leito; 3. Manter a pele limpa, utilizando água morna e sabão, evitando força e fricção; 4. Reduzir agentes externos causadores de lesões por pressão, como umidade, exposição ao frio; 5. Hidratar a pele, evitando massagear as proeminências ósseas; 6. Diminuir o contato da pele com a umidade por incontinência urinária e fecal; 7. Evitar cisalhamento e fricção provocados pela má utilização do lençol e posicionamento do paciente; 8. Atentar para a ingestão nutricional adequada, quando necessário; 9. Elaborar escala de mudança de decúbito com intervalos de 2/2h ou de acordo com a necessidade; 10. Proteger as regiões trocantareana, sacra e calcânea; 11. Manter a cabeceira elevada ate 30º de

acordo com as condições clínicas do paciente; 12. Diminuir a tensão tecidual; 13. Evitar o uso de almofadas em forma de anel na região sacra.

Cabe ressaltar que, a enfermagem, através do Processo de Enfermagem, desempenha um papel primordial na prevenção das lesões por pressão, atuando no controle dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao paciente. As intervenções quanto ao cuidado com a pele; nutrição; redução de umidade; redução de fricção e cisalhamento; avaliação contínua da pressão e estimular a movimentação, ajudam consideravelmente a prevenir a incidência das lesões por pressão, possibilitando reverter ou controlar as mais profundas. Porém, quando as medidas preventivas e de cuidados não obtêm resultados suficientes/ positivos, deve ocorrer então a implementação do tratamento as lesões. As formas de tratamento incluem: tratamento de nível sistêmico, com objetivo de melhorar o estado nutricional e a redução de infecções; tratamento conservador, realizado no início do aparecimento das lesões; e o tratamento local, que inclui limpeza cirúrgica, curativos e coberturas (VARGAS, 2012).

### **Processo de Enfermagem na Assistência ao Paciente**

A assistência à saúde individual e coletiva, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, buscando a implementação de ações que promovam a saúde dos indivíduos, a fim de evitar agravos clínicos. Durante o processo de assistência multiprofissional, a atenção a saúde deve compreender as necessidades do paciente como um todo. Cabe ao enfermeiro, profissional da Enfermagem, planejar a assistência em conjunto com a equipe multiprofissional, com base nas necessidades e nos problemas identificados no paciente (GEOVANINI, 2014).

O enfermeiro tem papel imprescindível no cuidado, na implementação de ações preventivas e na solicitação de intervenções quando estas são necessárias, contribuindo para a recuperação do paciente. Para tanto, as ações e a prática de Enfermagem, que buscam uma assistência adequada, devem seguir parâmetros e princípios científicos, que vão além das teorias, e deste modo alcance o Processo de Enfermagem (GEOVANINI, 2014).

O Processo de Enfermagem é um método usado para sistematizar as ações de cuidados ao paciente, a família e a comunidade, aplicando os conhecimentos

técnicos e científicos na tomada de decisões/ações no intuito de proporcionar uma assistência adequada (LUCENA *et al.* 2011).

Dessa forma, Herdman e Kamitsuru (2015) destacam que o processo de enfermagem possui pontos fundamentais, que incluem: Coleta de Dados, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Estabelecimento de Resultados, Intervenção e Avaliação.

A *Coleta de Dados/ Investigação* consiste em coletar informações (anamnese), através do histórico de vida do paciente (família, grupo, comunidade) e do exame físico, buscando identificar os pontos positivos e os riscos/problemas que podem ser prevenidos ou tratados. Por intermédio do registro adequado da coleta de dados, podem se tornar evidentes questões como a perda da integridade da pele, dor, desconforto, solidão, dentre outros fatores que servirão como referência para o enfermeiro dar início ao processo de Diagnóstico de Enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Portanto, a coleta de dados é a etapa principal para um diagnóstico adequado, pois quando a coleta é ineficiente, o enfermeiro perde o foco nas etapas seguintes do processo de enfermagem, e a assistência não terá intervenções/ações ou resultados eficientes/adequados (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O *Diagnóstico de Enfermagem*, por sua vez, consiste em, com base no exame clínico em relação às condições de saúde, estado de risco, processos de vida ou fragilidade de um paciente, família ou comunidade; descrever intervenções de acordo com os problemas avaliados, de modo a alcançar a promoção a saúde e melhora da qualidade de vida (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O diagnóstico das lesões por pressão, segundo Oliveira e Constante (2018), é realizado sem grandes dificuldades, por intermédio da avaliação física e minuciosa do paciente. Além disso, são considerados as práticas visuais, com base no aspecto e localização, que permitem também a classificação das lesões de acordo com os estágios e assim elaborar estratégias fundamentais para implementar o plano de cuidados, o tratamento e a prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento das lesões.

No *Planejamento/Intervenções*, após o enfermeiro identificar os diagnósticos, ele deve então priorizar a elaboração dos cuidados, ou seja, o plano de cuidados, direcionando ações/soluções para os problemas identificados e buscar a redução do

agravamento do estado clínico do paciente e a minimização do risco de novas ocorrências (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Na *Avaliação*, última fase do Processo de Enfermagem, estabelece-se o pilar para a seleção de ações/intervenções de enfermagem, para que se alcance os resultados esperados, ou se serão necessárias novas intervenções que possam atender as necessidades do estado de saúde do paciente. Nota-se nesta fase, que o Processo de Enfermagem é um processo gradual, pois o enfermeiro vai e volta entre as etapas de coleta de dados e o diagnóstico. Desta forma, à medida que o paciente tem sua condição de saúde investigada, a eficiência da implementação das intervenções e o progresso nos resultados, são avaliados e reavaliados de forma contínua, buscando-se assim melhorias frequentes e o aperfeiçoamento da assistência prestada no decorrer do Processo de Enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Logo, Alves *et al.* (2008), ressalta que o enfermeiro tem papel imprescindível e primordial quanto aos cuidados a pacientes com lesões por pressão, ou com risco de desenvolvê-las. Para isso a equipe de enfermagem deve ao longo de todo Processo de Enfermagem, identificar, minimizar e/ou sanar os fatores intrínsecos e extrínsecos que elevam o risco de desenvolver lesões por pressão.

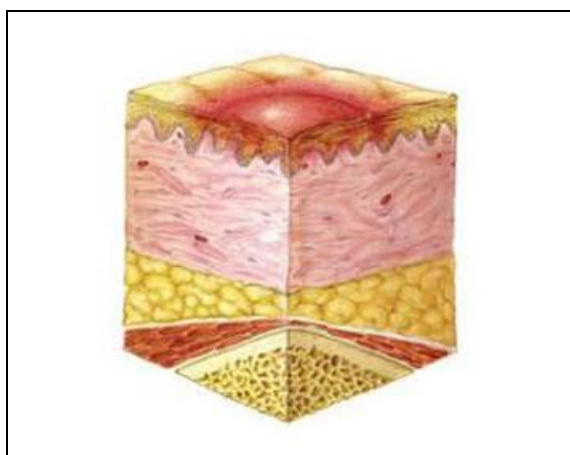
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base nas referências bibliográficas analisadas, nota-se que as lesões por pressão são consideradas um grave problema de saúde, principalmente em pessoas idosas e pacientes com doenças crônico-degenerativas (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Observa-se que os fatores de risco que levam ao desenvolvimento das lesões por pressão estão associados a fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente, podendo ocorrer de forma individual ou combinada. Esses fatores interferem diretamente na integridade e capacidade de resistência da pele, ocasionando o surgimento de feridas e lesões (VARGAS, 2012).

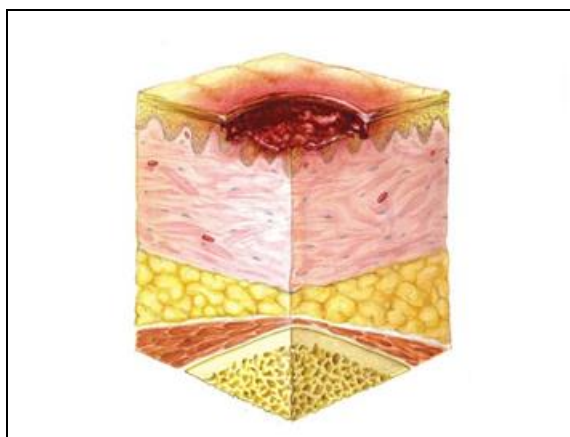
Ressalta-se que os danos causados por estas lesões podem ser classificados e avaliados por quatro estágios diferentes, de acordo com a profundidade e os danos causados nas estruturas cutâneas (LUZ *et al.* 2010).

No Estágio I, como pode ser observado na Figura 1, ocorre o comprometimento da epiderme, a pele mantém-se intacta, mas apresentando eritema ou alteração da coloração da pele e sinais de lesões que se cicatrizam espontaneamente quando ocorre o alívio da pressão.



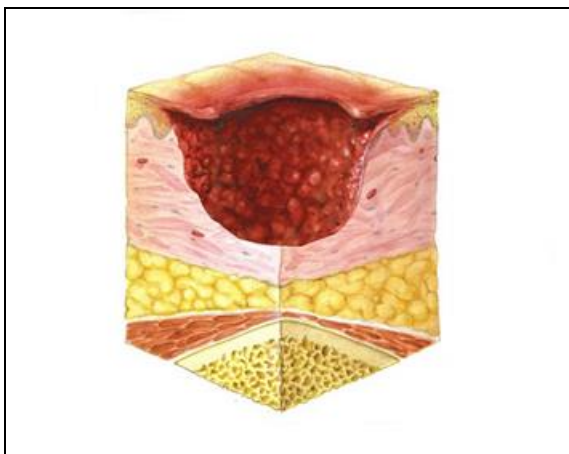
**Figura 1: Pele com Lesão Por Pressão em Estágio I**  
(Fonte: ALLIANCE, 2014)

No Estágio II, ocorre a perda parcial da integridade da pele (epiderme, derme ou ambas), tornando possível observar o aparecimento de bolhas intactas ou rompidas (LUZ *et al.* 2010). Este estágio é ilustrado na Figura 2:



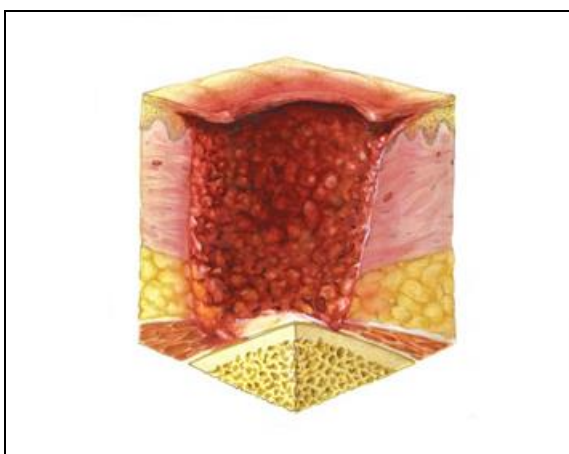
**Figura 2: Pele com Lesão Por Pressão em Estágio II**  
(Fonte: ALLIANCE, 2014)

No Estágio III, representado na Figura 3, a lesão causa o comprometimento da integridade da pele, apresenta uma depressão profunda e necrose do tecido subcutâneo e adiposo, contudo, sem exposição dos músculos e dos ossos (LUZ *et al.* 2010).



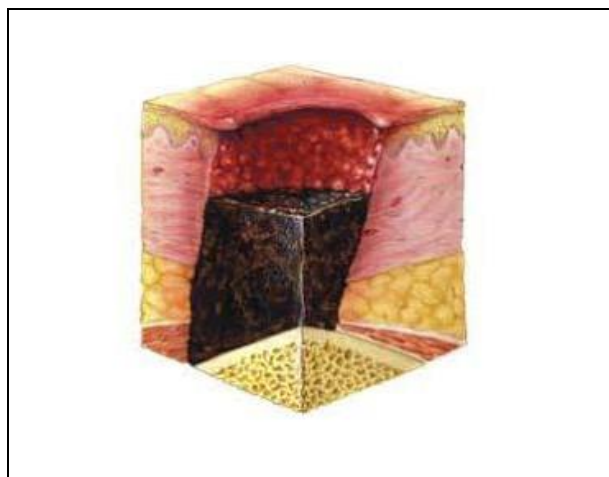
**Figura 3: Pele com Lesão Por Pressão em Estágio III**  
(Fonte: ALLIANCE, 2014)

No estágio IV ocorre à perda completa da integridade da pele, com danificações e necrose intensa tecidular, tornando visíveis os músculos, tendões e ossos (LUZ *et al.* 2010). Este estágio é ilustrado na Figura 4:



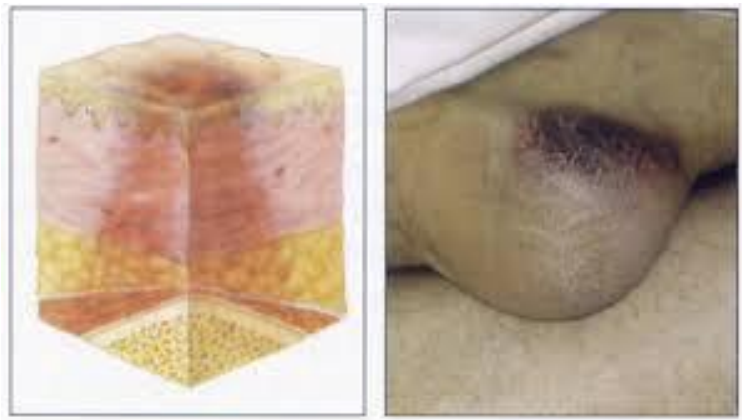
**Figura 4: Pele com Lesão Por Pressão em Estágio IV**  
(Fonte: ALLIANCE, 2014).

Nos casos em que o tecido necrótico prejudica ou impossibilita a identificação da extensão e profundidade dos danos no tecido cutâneo, sendo a principal característica a perda total da espessura do tecido, a lesão deve ser classificada como Lesão Por Pressão Não Classificável (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2016). Este estágio é ilustrado na Figura 5:



**Figura 5: Lesão Por Pressão Não Classificável**  
(Fonte: ALLIANCE, 2014).

As lesões também podem ser classificadas como, Lesão Por Pressão Tissular Profunda. Neste tipo de lesão, é característico a pele se apresentar intacta ou não, descolorada (a descoloração apresentar-se de forma diferente em pessoas com tonalidade de pele mais escura), com áreas vermelha, marrom ou púrpura, com flitena contendo sangue, devido aos danos nos tecidos moles subjacentes. Pode apresentar ainda áreas rodeadas por tecido doloroso, firme, mole, úmido, com temperatura mais quente ou mais fria (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2016). Este estágio é ilustrado na Figura 6:



**Figura 6: Lesão Por Pressão Tissular Profunda**  
(Fonte: ALLIANCE, 2014).

Outras definições adicionais quanto a classificação das lesões por pressão englobam: - Lesão Por Pressão Relacionada a Dispositivo Medico, caracterizada pelo uso prolongado de dispositivos criados e aplicados para fins de diagnostico e terapêutico. A lesão causada pelos dispositivos, normalmente apresentam o padrão e formato de dispositivo e devem ser classificadas de acordo com o sistema de classificação das lesões; Lesão Por Pressão Em Membranas Mucosas, é um tipo de lesão encontrado em regiões cobertas por mucosas, quando existe o histórico de uso de dispositivos médicos. Em virtude da anatomia do tecido, essas lesões não podem ser classificadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2016).

Deste modo, o diagnostico das lesões é realizado através da observação e como base nos estágios de classificação das lesões. É através do diagnostico que os profissionais de enfermagem avaliam e adotam medidas a serem aplicadas no processo de cuidados das lesões (LUZ *et al.* 2010).

Estudos apontam que a prevenção e a detecção precoce do desenvolvimento das lesões são uma forma eficaz de evitar o sofrimento do paciente e da família, assim como reduzir o tempo de internação e os gastos com tratamento (RODRIGUES *et al.* 2008).

Neste sentido, Júnior B.S.S. *et al.*(2017), afirma que existem diferentes maneiras de se sistematizar a assistência de enfermagem aos pacientes com lesões por pressão, dentre elas estão o plano cuidados, os protocolos e o processo de enfermagem. As medidas preventivas para o desenvolvimento das lesões requerem

uma equipe de enfermagem capacitada, necessitando ainda que o enfermeiro tenha cuidados específicos e habilidades para que o cuidado de enfermagem alcance resultados positivos para a saúde dos pacientes.

Ressalta-se que a utilização de uma escala preditiva como a Escala de Braden, representa uma sistematização na assistência de enfermagem, uma vez que de forma contínua e adequada ela permite avaliar e diagnosticar cada paciente, de forma individualizada e adequada. Logo, obtêm-se respostas satisfatórias quanto ao tratamento das lesões por pressão, assim como uma restauração mais rápida e eficaz das lesões. Na assistência de enfermagem, o uso de uma escala de avaliação de risco, auxilia na identificação dos aspectos que resultam no desenvolvimento das lesões por pressão e no processo de implementação de cuidados e medidas preventivas que visam uma melhor assistência a saúde e no estado clínico do paciente (TAVARES; FERREIRA, 2018). Logo, de modo geral, observa-se que a elaboração e implantação dos planos de cuidados, assim como a avaliação do grau de risco são métodos eficazes no tratamento e como forma de evitar complicações no estado clínico dos pacientes acometidos por estas lesões (RODRIGUES *et al.* 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que as lesões por pressão, são lesões teciduais causadas por pressão, fricção ou cisalhamento entre tecido muscular e superfícies rígidas, desenvolvendo, áreas de necrose tecidular no local. Essas lesões representam um grave problema social e de saúde.

A incidência dessas lesões tem tido prevalência elevada em todo mundo, inclusive quanto ao aumento nos casos de morbidade e mortalidade, decorrente de complicações no estado clínico do paciente, como, o aumento na perda da integridade da pele, e infecções que se generalizam devido à entrada de microorganismos.

Ressalta-se que a prevenção, assim como os cuidados de enfermagem é a mais eficiente forma de reduzir o sofrimento causado por essas lesões. Para tanto, a prevenção e a assistência de enfermagem ao paciente portador de lesões por

pressão ou com risco de desenvolvê-las, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional a fim de evitar agravos no quadro clínico do paciente.

É importante destacar que, o enfermeiro, através do Processo de Enfermagem, tem papel imprescindível na assistência aos portadores de lesões por pressão, visto que, através da coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento/intervenções e avaliação, é possível elaborar o plano de cuidados, direcionando ações e soluções para os problemas identificados no paciente.

Sendo assim, a eficiência na implantação eficaz do plano de cuidados e das intervenções, e o progresso nos resultados, devem ocorrer de forma contínua, pois o, Processo de Enfermagem é um processo gradual, onde o enfermeiro vai e volta nas etapas de coleta de dados e diagnóstico, buscando melhorias e soluções frequentes. Desta forma, ao longo de todo processo de enfermagem, o enfermeiro e a equipe de enfermagem, buscam identificar, minimizar e evitar os fatores intrínsecos e extrínsecos que aumentam o risco de desenvolvimento das lesões por pressão, permitindo o aperfeiçoamento na assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

ALLIANCE, Pan Pacific Pressure Injury et al. **Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida**. 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/25749>. Acesso em: 11 jun. 2020.

ALVES, Angela Rodrigues *et al.* A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. *In: Rev Inst Ciênc Saúde*, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008. Disponível em: [https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04\\_out\\_dez/V26\\_N4\\_p397-402.pdf](https://www3.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf). Acesso em: 11 jun. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil**. São Paulo: SOBEST, 2016. Disponível em: [http://www.sobest.org.br/textod/35#topo\\_pagina](http://www.sobest.org.br/textod/35#topo_pagina). Acesso em: 22 de junho de 2020.

DANTAS, Anna Lívia de Medeiros *et al.* Complicações das úlceras por pressão em pacientes graves: estudo descritivo-exploratório. *In: Revista Brasileira de Enfermagem Online*, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3794/html>. Acesso em: 29 out. 2019.

DE MATTIA, Ana Lúcia et al. **Úlcera por Pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção**. Saúde Coletiva, v. 7, n. 46, p. 296-299, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84215678003.pdf>. Acesso em: 30 de julho de 2020.

FREITAS, Maria Célia de et al. **Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a19v32n1.pdf>. Acesso em: 30 de julho de 2020.

GEOVANINI, Telma. **Tratado de feridas e curativos**: Enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014.

GOMES, Regina Kelly Guimarães et al. **Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de Enfermagem**. Revista Expressão Católica Saúde, v. 3, n. 1, p. 71-77, 2018. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/2164/pdf>. Acesso em 30 julho de 2020.

HERDMAN, Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015–2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

JÚNIOR, B. S. S. et al. **Análise das ações preventivas de úlceras por pressão por meio da Escala de Braden**. Rev. Estima [Internet], v. 15, n. 1, p. 336-346, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_Elza\\_Mendonca/publication/314145233\\_Analise\\_das\\_Acoes\\_Preventivas\\_de\\_Ulceras\\_por\\_Pressao\\_por\\_Meio\\_da\\_Escala\\_de\\_Braden/links/58f15929aca27289c2128e73/Analise-das-Acoes-Preventivas-de-Ulceras-por-Pressao-por-Meio-da-Escala-de-Braden.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ana_Elza_Mendonca/publication/314145233_Analise_das_Acoes_Preventivas_de_Ulceras_por_Pressao_por_Meio_da_Escala_de_Braden/links/58f15929aca27289c2128e73/Analise-das-Acoes-Preventivas-de-Ulceras-por-Pressao-por-Meio-da-Escala-de-Braden.pdf). Acesso em: 30 de julho de 2020.

LUCENA, Amália de Fátima *et al.* Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *In: Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 523-530, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_11.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf). Acesso em: 08 jun. 2020.

LUZ, Sheila Rampazzo *et al.* Úlceras de pressão. *In: Geriatria & gerontologia*, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2010-1.pdf#page=41>. Acesso em: 29 out. 2019

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires; JORGE, Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *In: Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 1, p. 223-228, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100029&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100029&script=sci_arttext). Acesso em: 13 nov. 2019.

RODRIGUES, Michele Mendes *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. *In: Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 566-575, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648981013.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Anatomia e fisiologia humana**. 2. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUSA, Cristina Albuquerque de; SANTOS, Iraci dos; SILVA, Lolita Dopico da. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 3, p. 279-284, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300006>. Acesso em: 6 jun. 2020.

TAVARES, Rafaela Pereira; FERREIRA, Karla Daniela. Curso de enfermagem assistência de enfermagem ao portador de lesão por pressão. *In: SIMPÓSIO DE TCC E 6 SEMINÁRIO DE IC DA FACULDADE ICESP*, 13., 2018, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: ICESP, 2018. p. 1996-2004. Disponível em: [http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais\\_simposio/arquivos\\_up/documentos/artigos/5113e41b72a585aec6bb8feb7a5bcba7.pdf](http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/5113e41b72a585aec6bb8feb7a5bcba7.pdf). Acesso em: 26 nov. 2019.

VARGAS, Mara Rosane *et al.* Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. *In: Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 2, p. 339-346, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/5238>. Acesso em: 06 mai. 2020.