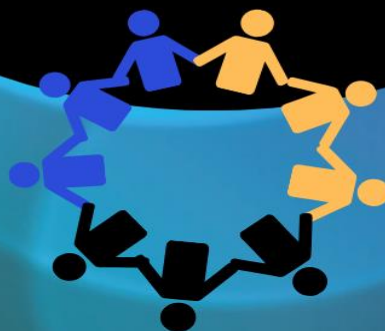


# TALP

TECNOLOGIA PARA  
AVALIAÇÃO DE LESÃO  
POR PRESSÃO

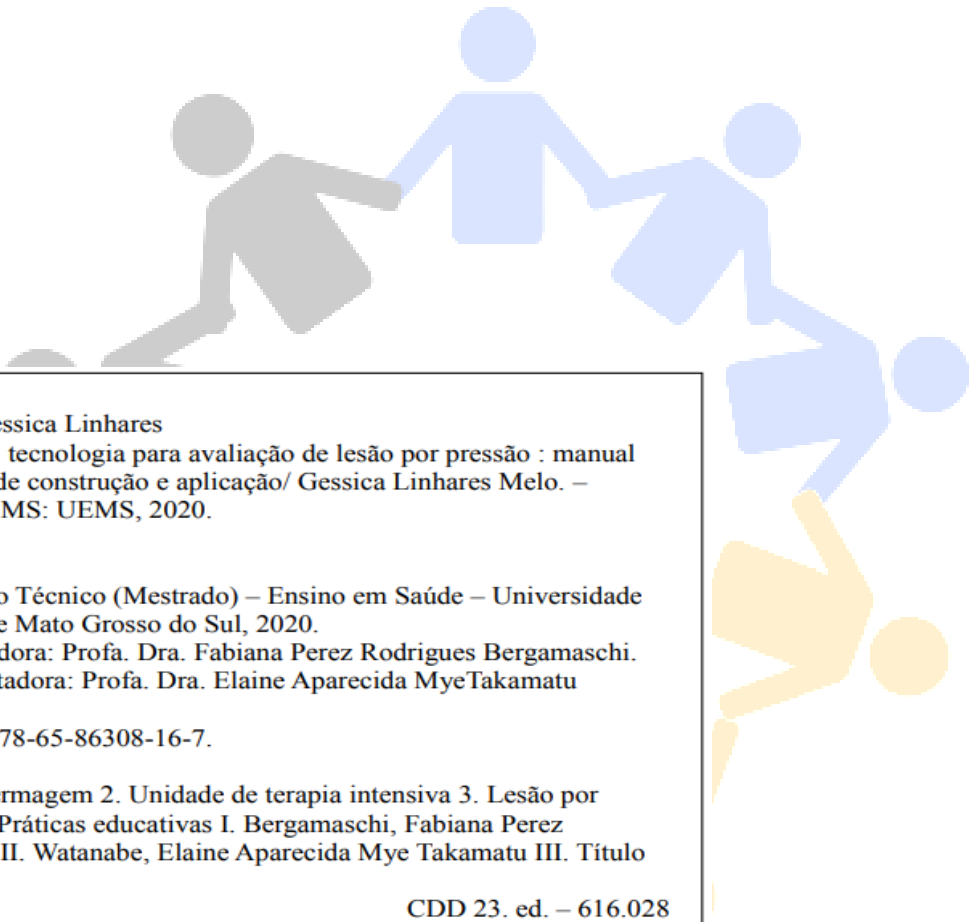


*Manual educativa de*  
**CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO**

*Gessica Linhares Melo  
Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi  
Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe*

**Dourados-MS  
2020**

**TECNOLOGIA PARA  
AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO – TALP**  
**MANUAL EDUCATIVO DE  
CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO**



M485t Melo, Gessica Linhares

TALP : tecnologia para avaliação de lesão por pressão : manual educativo de construção e aplicação/ Gessica Linhares Melo. – Dourados, MS: UEMS, 2020.  
52p.

Produto Técnico (Mestrado) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi.  
Coorientadora: Profa. Dra. Elaine Aparecida MyeTakamatu Watanabe.  
ISBN: 978-65-86308-16-7.

1. Enfermagem 2. Unidade de terapia intensiva 3. Lesão por pressão 4. Práticas educativas I. Bergamaschi, Fabiana Perez Rodrigues II. Watanabe, Elaine Aparecida Mye Takamatu III. Título

CDD 23. ed. – 616.028


GESSICA LINHARES MELO

**TALP - TECNOLOGIA PARA AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO – MANUAL  
EDUCATIVO DE CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO**

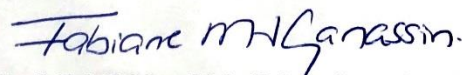
Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.


Aprovado em: 06 de julho de 2020.

**BANCA EXAMINADORA:**

  
Prof.ª. Dr.ª. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi – UEMS  
(participação à distância por videoconferência)

  
Prof.ª. Dr.ª. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe - UEMS  
(participação à distância por videoconferência)

  
Prof.ª. Dr.ª. Fabiane Melo Heinen Ganassin - UEMS  
(participação à distância por videoconferência)

  
Prof.ª. Dr.ª. Marizete Argolo Teixeira – UESB  
(participação à distância por videoconferência)

Olá, tudo bem? Chamo-me Bela, sou enfermeira e trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. No meu trabalho alguns dos cuidados que desenvolvo é a prevenção e tratamento de lesão por pressão.

Junto com os meus outros colegas enfermeiros, observei que tínhamos diversos problemas relacionados a este tema, e por este motivo desenvolvemos um processo educativo dentro do nosso ambiente de trabalho.



Realizamos várias reuniões em grupo e começamos a observar os problemas que mais estavam nos incomodando e que poderíamos resolver como equipe. Fiquei muito feliz com o que fizemos.

Estudamos juntos, compartilhamos muitos conhecimentos e vivências, e aprendemos bastante. Foi enriquecedor.

E ainda desenvolvemos uma tecnologia cuidado-educacional, que denominamos de TALP, para ajudar na rotina diária de cuidados dos nossos pacientes.

Quer conhecer a nossa tecnologia e como nós desenvolvemos? Então continue lendo este Manual Educativo.

Espero que ele possa te ajudar também no seu trabalho.

# Apresentação

Uma tecnologia cuidadoso-educacional (TCE) é um compilado de conhecimento científico que é construído com base no cotidiano de trabalho e no desenvolvimento da pesquisa dentro de uma perspectiva crítica, reflexiva, transformadora e multidimensional, que pode se apresentar em forma de processo e/ou produto (SALBERGO et al., 2017).

O uso destas TCE se faz cada vez mais necessário e mais comum em ambientes hospitalares, visto que auxiliam na mudança das práticas profissionais, e inter-relação da transformação do cuidar e educar de nós mesmos e dos outros (SALBERGO et al., 2017).

Este manual educativo trata-se de uma TCE, e o objetivo dele é apresentar o processo de construção e aplicação da TALP - Tecnologia para Avaliação da Lesão por Pressão, que foi desenvolvida com base nas discussões de enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e que prestam assistência direta a pacientes críticos com risco de desenvolver ou que já possui uma lesão por pressão (LP).

A escolha pelo manual educativo se deu por este ser considerado uma tecnologia leve-dura, que comporta a disposição de saberes estruturados com base na observação da realidade e na reflexão crítica de profissionais. E por este possibilitar subsídios para a apresentação e aplicação do conhecimento que foi desenvolvido (MERHY, 2002).

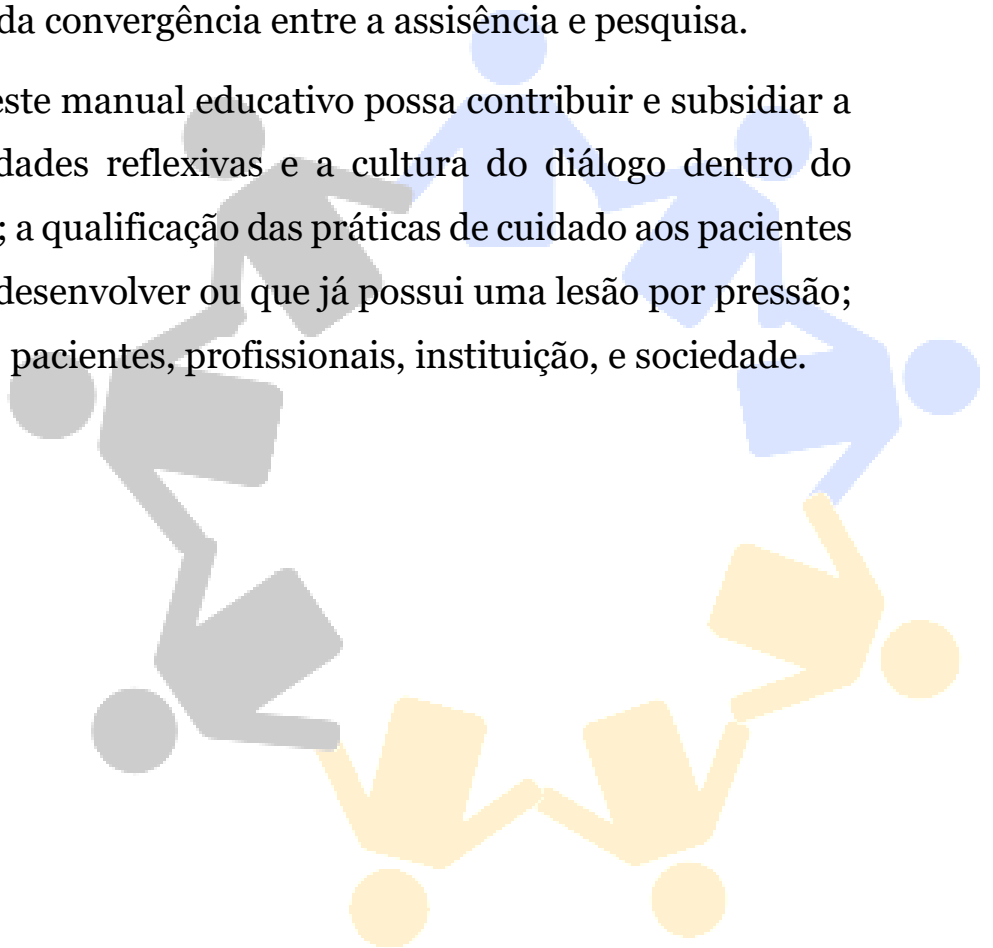
Esse manual educativo é fruto de um estudo científico desenvolvido no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, que se deu a partir da Pesquisa Convergente Assistencial, e de práticas educativas que foram fundamentadas no Arco de Magurez e nos

pressupostos teóricos e filosóficos de Paulo Freire, onde um dos objetivos foi elaborar uma tecnologia cuidativo-educacional que orientasse a prática do cuidado do paciente com LP dentro de uma UTI adulto.

Assim, este manual educativo foi elaborado com base a subsidiar os enfermeiros, principalmente aqueles que trabalham em UTI adulto, a definir melhor o perfil do paciente crítico que tem risco de desenvolver LP, e apresentar estratégias de avaliação, classificação e tratamento destas feridas.

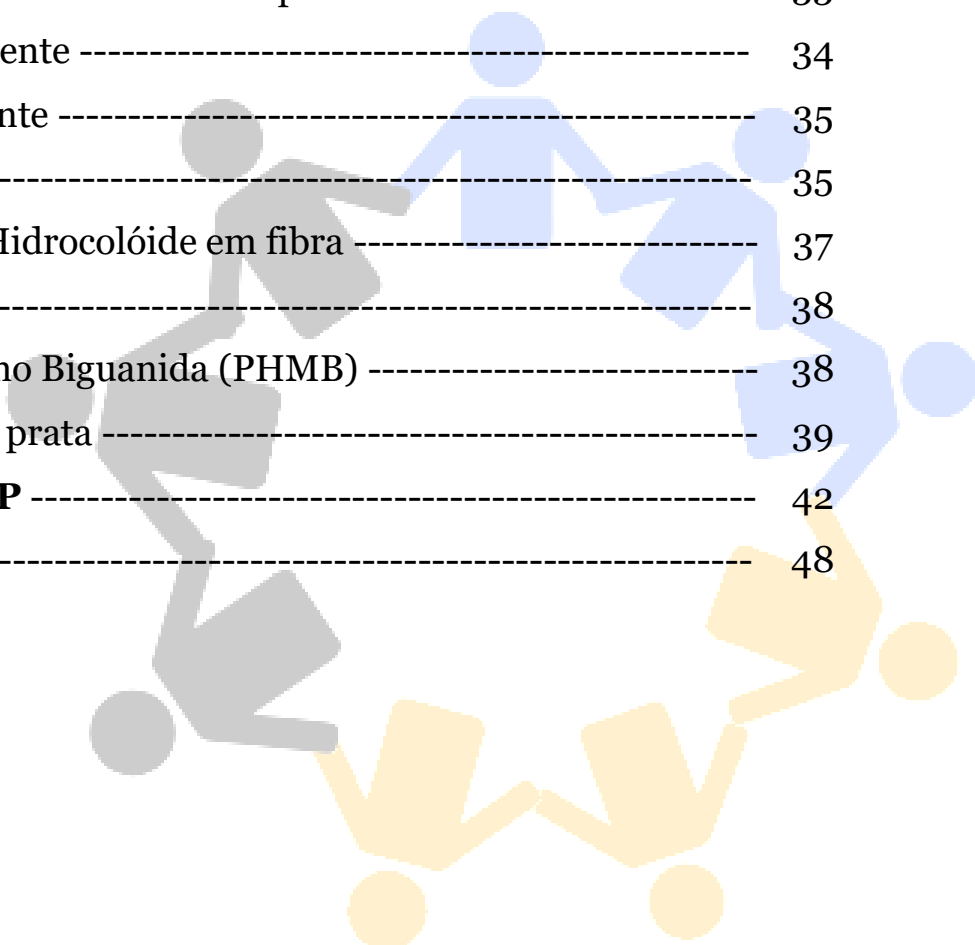
Importante salientar que o delineamento do estudo que resultou nesta TCE, a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), trata-se de um tipo de metodologia de pesquisa que busca a partir do ir e vir entre a pesquisa e a assistência, uma prática inovadora apoiada nos princípios científicos. Portanto, essa tecnologia partiu das necessidades e realidade do grupo participante, através da convergência entre a assistência e pesquisa.

Espera-se que este manual educativo possa contribuir e subsidiar a geração de oportunidades reflexivas e a cultura do diálogo dentro do ambiente de trabalho; a qualificação das práticas de cuidado aos pacientes críticos com risco de desenvolver ou que já possui uma lesão por pressão; e gerar benefícios aos pacientes, profissionais, instituição, e sociedade.



# Índice

<b>TALP - Tecnologia para Avaliação de Lesão por Pressão</b> --	9
Avaliação de risco -----	11
Cuidados de prevenção conforme o risco -----	14
Avaliação da lesão por pressão -----	20
Classificação da lesão por pressão -----	22
Manejo da ferida -----	24
Sugestões de cobertura -----	27
Ácidos Graxos Essenciais (AGE) -----	29
Alginato -----	30
Carvão Ativado -----	31
Colagenase -----	32
Espuma de poliuretano ou hidropolímero -----	33
Filme Transparente -----	34
Gaze não aderente -----	35
Hidrocoloide -----	35
Hidrofibra ou Hidrocolóide em fibra -----	37
Hidrogel -----	38
Polihexametileno Biguanida (PHMB) -----	38
Sulfadiazina de prata -----	39
<b>Aplicação da TALP</b> -----	42
<b>Referências</b> -----	48





# TALP - Tecnologia para Avaliação de Lesão por Pressão



A Tecnologia para avaliação de lesão por pressão - TALP foi denominada desta forma objetivando fácil entendimento e memorização.

É importante destacar, que esta denominação não designa a totalidade da função da TALP, pois ela contempla mais informações do que apenas a avaliação da lesão por pressão.

Quer saber mais sobre a TALP, como desenvolvemos e como podemos aplicá-la? Continue lendo o Manual Educativo.

A TALP é um algoritmo fruto de discussões desenvolvidas entre profissionais da UTI adulto de um hospital universitário, por meio das quais, identificaram aspectos importantes e necessários para o cuidado do paciente com LP. Está dividida em seis sessões: avaliação de risco; cuidados de prevenção e tratamento de LP; avaliação; classificação; manejo da ferida; e sugestão de coberturas.

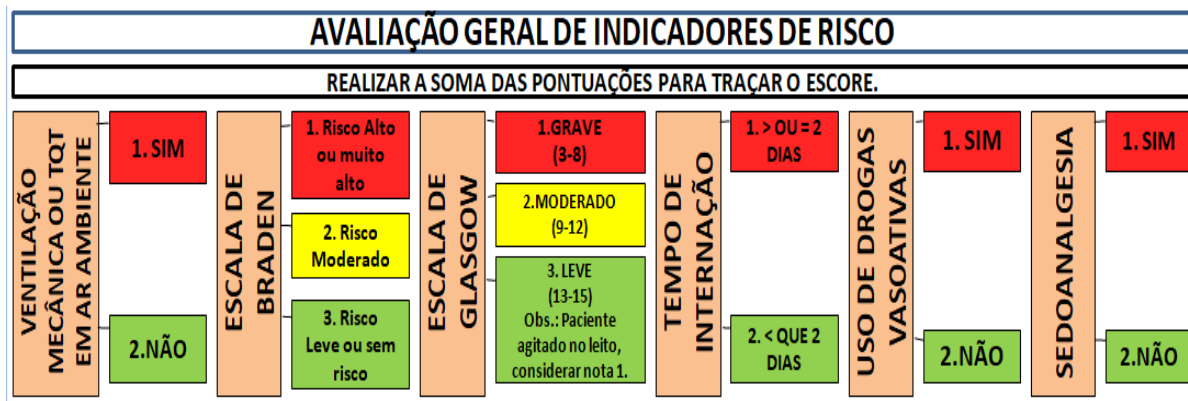
Seu desenvolvimento foi fundamentado no algoritmo de Carvalho, Salomé e Ferreira, (2017), e adaptado a partir da realidade da UTI onde ocorreu o estudo. Foi baseada também na escala de *Braden*, que avalia o risco para desenvolvimento de LP; nas escalas de *Sunderland*, *EVARUCI*, *Mod. Bienstein* e *Cubbin-Jackson* que são escalas específicas para pacientes críticos; nas ferramentas e sistemas de avaliação *TIME* (agora atualizada para *TIMERS*), *MEASURE*, *PUSH*, *RYB*; nos instrumentos *TISS 28* e *NAS* que avaliam a gravidade dos pacientes e auxiliam no dimensionamento da equipe de enfermagem, e no *Guideline* sobre a prevenção e tratamento de LP de 2014 da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, agora intitulado *National Pressure Injury Panel (NPIAP)*, em parceria com a *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)*.

O objetivo principal para a construção da TALP foi reunir em uma só TCE, escalas de mensurações já validadas e demais informações que são pertinentes para avaliação de risco e manejo do tratamento de lesão por pressão em pacientes críticos. Facilitando a assistência de enfermagem e o cuidado com esse tipo de ferida.

A TALP poderá ser utilizada em todos os pacientes internados, ou seja, os que possuem ou não LP, partindo da lógica de que todos precisam ser avaliados quanto ao risco.

## Avaliação de risco:

Para facilitar o aprendizado a TALP será apresentada por sessões, sendo a primeira sessão, a avaliação de risco para LP:



Na UTI onde ocorreu o estudo, a escala utilizada para avaliação de risco dos pacientes é a escala de *Braden*. Porém, levou-se em consideração outras informações importantes a respeito do quadro clínico do paciente e uso de dispositivos médicos, para traçar um perfil mais voltado aos pacientes de UTI.

Após análise, estudos e discussões, elencou-se como importante também avaliar o uso da ventilação mecânica, o nível de consciência dos pacientes pela escala de *Glasgow*, o tempo de internação e o uso de sedoanalgesia e drogas vasoativas.

A ventilação mecânica é considerada um fator de risco para LP, por favorecer a imobilidade no leito, e assim prejudicar a adequada perfusão e oxigenação dos tecidos, dificultando também a cicatrização de feridas já existentes; aumentar a pressão nas proeminências ósseas; e o próprio tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia também são responsáveis pelo surgimento de LP, principalmente às relacionadas ao dispositivo médico (MENDONÇA et al., 2018).

Desta forma, o item “**Ventilação Mecânica**” na TALP foi avaliado em duas notas, onde a nota 1 considera o paciente em uso, e a nota 2 avalia

o paciente sem uso. É importante destacar que, no caso de paciente com uso de cânula de traqueostomia, mesmo não estando acoplado ao ventilador mecânico, foi considerado como nota 1, devido a presença do dispositivo médico, que é um fator que predispõe o risco de desenvolver LP.

Já a Escala de *Braden*, é a tecnologia preditora de risco para o desenvolvimento de LP mais utilizada e citada em estudos, embora não tenha sido desenvolvida especificamente para pacientes de UTI, demonstrou ter maior sensibilidade e especificidade do que outras escalas, como as de Norton, Gosnell e Waterlow (SALES; WATERS, 2019).

Esta escala foi desenvolvida por Bergstrom e *Braden* em 1987, a partir da fisiopatologia e fatores de risco da LP, e validada para o português por Paranhos e Santos em 1999. Avalia seis fatores de risco (subescalas): percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, e fricção e cisalhamento. O escore varia de 6 a 23 pontos, onde o escore de 19 a 23 pontos evidencia um paciente sem risco para o desenvolvimento de LP; o escore de 15 a 18 pontos evidencia baixo risco; o escore de 13 a 14 pontos evidencia risco moderado; o escore de 10 a 12 evidencia risco elevado; e o escore de 6 a 9 evidencia risco muito elevado (SALES; WATERS, 2019).

Neste sentido, na TALP foi levado em consideração a importância da “**Escala de Braden**”, e esta aparece como um item que deve ser avaliado, sendo subdividida em três notas, onde a nota 1 destaca o paciente com risco elevado e muito elevado para desenvolver LP ( $\leq 12$  pontos); a nota 2 destaca o paciente com risco moderado para desenvolver LP (13 a 14 pontos); e a nota 3 destaca o paciente com risco leve e também os pacientes considerados sem risco para desenvolver LP ( $\geq 15$  pontos).

A alteração no nível de consciência é outro fator relevante na avaliação para o risco de LP, pois pode determinar tanto a diminuição da percepção sensorial, consequentemente fazendo com que o paciente

dependa de mobilização no leito, como também predispõe a ocorrência de fricção e cisalhamento, caso o paciente esteja confuso e agitado no leito (FERNANDES; CALIRI, 2008).

Os escores baixos na Escala de *Glasgow* revelam alterações significativas no nível de consciência de um paciente, o que resulta na alteração da percepção sensorial e dificulta ou impede que o paciente verbalize o desconforto ou a dor. Demonstram também a dependência de cuidados em relação às necessidades humanas básicas, como movimentação, alimentação, higienização, fatores que também são considerados imprescindíveis para a prevenção do surgimento de uma LP (FERNANDES; CALIRI, 2008).

Nesse sentido, o item “**Escala de *Glasgow***” foi dividido em três pontuações, onde na nota 1 o paciente está com risco grave para desenvolver LP (*Glasgow*: 3-8), na nota 2 o paciente está com risco moderado (*Glasgow*: 9-12), e na nota 3 o paciente está com risco leve (*Glasgow*: 14-15), neste último é importante também realizar a avaliação do nível de agitação do paciente no leito, levando em consideração que um paciente com *Glasgow* de 14 a 15 poderá estar com a força motora preservada, podendo fazer fricção e cisalhamento no leito.

Com relação ao “**Tempo de internação**”, não foi encontrado em estudos, um número específico de dias que aumentam a incidência e os riscos para LP, variando entre uma média de 2 a 18 dias. No entanto, muitos estudos esclarecem que quanto maior o tempo de internação em UTI, associado à mobilidade e ao nível de consciência dos pacientes, maior é o risco para de LP. (RATLIFF; RODEHEAVER, 1999; SCHOONHOVEN, 2002; SERPA et al., 2011; ALDERDEN et al., 2011; SALES; WATERS, 2019).

Desta maneira, foi considerado na TALP, o número mínimo de dias que foi encontrado nos estudos revisados, que foram de 2 dias. Portanto os pacientes com 2 dias ou mais de internação na UTI devem receber nota

1, por serem considerados com risco mais elevado; e os pacientes com o tempo menor que 2 dias devem receber nota 2, por serem considerados de menor risco.

Estudos também evidenciam que o uso de drogas vasoativas e sedoanalgesia também são fatores diretamente relacionados ao desenvolvimento de LP em pacientes de UTI, isso porque diminuem a perfusão tecidual e o nível de consciência respectivamente, podendo causar sérios danos teciduais aos pacientes, caso não seja realizado as medidas preventivas (CAMPANILI et al., 2015; SEWCHUK; PADULA; OSBORNE, 2008). Por este motivo, foram considerados estes dois itens na TALP, onde no item “**Uso de Drogas Vasoativas**” a nota 1 equivale ao paciente que está fazendo uso de drogas vasoativas, e a nota 2 quando não estiver fazendo uso de drogas vasoativas. Já no item “**Uso de sedoanalgesia**” a nota 1 equivale ao paciente que está fazendo uso de sedoanalgesia, e a nota 2 quando não estiver fazendo uso.

### **Cuidados de prevenção conforme o risco:**

O surgimento de uma lesão por pressão pode ocorrer em um curto intervalo de tempo, se a pressão de intensidade contra a pele for elevada, por isso ressalta-se a importância de estratégias de prevenção e de identificação dos pacientes suscetíveis para a redução dos indicadores.

Segundo Lima e Guerra (2011), a diminuição da incidência e prevalência de LP reduziria os custos com curativos e antibióticos, as equipes de enfermagem estariam vinculadas com outros cuidados, não referentes aos cuidados com feridas e ainda haveria melhoria da qualidade de vida do paciente.

Destaca-se que a *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* em parceria com a *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* e a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)* contribuíram para a elaboração de uma *Guideline* sobre a prevenção e o tratamento de LP em 2014, que tem como objetivo, recomendar práticas baseadas em evidências científicas de forma organizada para os profissionais de saúde e os doentes, na determinação de cuidados de saúde adequados a situações clínicas específicas.

No Brasil, o protocolo de segurança do paciente também apresenta diversas medidas para a prevenção das LP, como a inspeção diária da pele em busca de pontos hiperemiados; o manejo da umidade; a higienização, hidratação e otimização da nutrição da pele; e a utilização de escalas de risco de lesão por pressão, como a Escala de Norton, a Escala de *Braden* no caso dos adultos, e a Escala de *Braden Q* para crianças (BRASIL, 2013).

Um cuidado de prevenção fundamental destacado por todos os protocolos relacionado à LP é a mudança de decúbito. E esta constitui um saber primordial para os enfermeiros que prescrevem os cuidados de enfermagem, a consciência da sua importância e dos seus efeitos benéficos aos pacientes.

A equipe de enfermagem é peça primordial na garantia e melhoria da assistência prestada, principalmente nas UTIs, onde na maioria das vezes, os pacientes são totalmente dependentes de seus cuidados e intervenções terapêuticas, resultando em grandes períodos de cuidados à beira do leito. Diante disto, é primordial o conhecimento técnico, científico e prático, por parte do enfermeiro, para avaliar as condições clínicas de cada paciente, realizar a prescrição de enfermagem e

implementar a mudança de decúbito, baseando-se sempre na avaliação dos riscos e benefícios (GONÇALVES, 2011).

Segundo Soares et al. (2016), as pessoas saudáveis durante o sono, quando sentem dor ou desconforto devido à pressão prolongada, movimentam-se em busca de alívio, mesmo quando em sono profundo. Schell e Puntillo (2005), ainda acrescentam que a grande maioria das pessoas que não apresentam problemas de saúde mudam de posição a cada 11,6 minutos enquanto dormem.

O objetivo do reposicionamento dos pacientes de risco a cada duas horas é redistribuir a pressão local e, portanto, manter a circulação nas áreas do corpo com maior risco de surgimento de LP, alternando ou aliviando as áreas de pressão sobre os tecidos suscetíveis.

A utilização de travesseiros e coxins são efetivos para auxiliar a redistribuição da pressão, quando utilizados de forma apropriada. Outro cuidado importante é o uso de relógios sinalizadores para a mudança de decúbito, os quais orientam a equipe quanto ao tempo e a posição que o paciente deverá ser posto, se decúbito lateral direito ou esquerdo ou na posição dorsal, levando em consideração também os cuidados para impedir a fricção e o cisalhamento da pele, já que nestes pacientes, a pele rompe-se facilmente (BRASIL, 2013).

Portanto, a mudança de decúbito é um cuidado essencial, que tem como objetivos, suavizar a pressão local e a força de cisalhamento, visto que, a manipulação no leito e o reposicionamento do paciente, diminuem os pontos de pressão, melhorando as isquemias, além de proporcionar conforto, reduzir a fadiga, prevenir a síndrome do desuso e melhorar o padrão respiratório do paciente, evitando as complicações pulmonares. E nos casos onde o paciente encontra-se em ventilação mecânica, a mobilização adequada é fundamental, pois melhora a drenagem das



secreções das vias aéreas inferiores e facilita o desmame do ventilador (MORTON et al., 2007; POTTER; PERRY, 2004; MOZACHI, 2006).

Outro fator essencial a ser observado para a prevenção das LP é a nutrição destes pacientes de risco. A ingestão apropriada de nutrientes é importante para uma boa evolução no processo de cicatrização destes tipos de feridas, que geralmente acontecem, persistem e são mais complicadas em pacientes subnutridos ou desnutridos. Pois a desnutrição protéico-calórica além de outros fatores, sobretudo os estados carenciais em vitaminas e minerais, modificam a regeneração dos tecidos, o processo inflamatório e a imunidade dos indivíduos, tornando-os mais vulneráveis a doenças e ao desenvolvimento destas (JENSEN; NYSTUL; SCACHETTI, 2014).

A avaliação do estado nutricional é uma das estratégias de prevenção e cuidado da LP. Uma dieta rica em vitaminas (A, C e E), proteínas e minerais (zinco, cobre e ferro) melhoram a cicatrização e diminuem o sofrimento e a permanência do paciente no ambiente hospitalar (TEIXEIRA et al., 2011).

O controle da umidade é outro fator importante para evitar a exposição excessiva da pele ao meio úmido. E o cuidado baseia-se na determinação da causa como suor, urina, fezes, e exsudato de feridas. Quando a incontinência acontece, a pele deve ser higienizada suavemente logo após a eliminação. O surgimento de irritação na pele relacionada à umidade exige uma atenção especial de preferência multiprofissional, para o diagnóstico diferencial de dermatite (JENSEN; NYSTUL; SCACHETTI, 2014).

Outros cuidados primordiais para promover e proteger a integridade da pele estão relacionados à preservação da saúde desta, a realização da sua inspeção diária, a adesão de práticas de higiene

adequada, o manejo da incontinência e o controle da umidade, a utilização de cremes de barreira e ou hidratantes corporais, evitando sempre a massagem em áreas avermelhadas e em proeminências ósseas devido à fragilidade dos vasos ali contidos (JENSEN; NYSTUL; SCACHETTI, 2014).

Portanto, a TALP sugere alguns cuidados considerados como essenciais para a prevenção de LP conforme o risco e às especificidades de cada paciente:

<p><b>ALTO RISCO (ESCORE: 6 - 9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação diária da necessidade de sedoanalgesia, aporte ventilatório, uso de drogas vasoativas (DVA), presença de infecção e otimização de antibioticoterapia juntamente com a equipe multidisciplinar;</li> <li>• Sempre que necessário realizar o desmame das DVA, sedoanalgesia e do aporte ventilatório;</li> <li>• Inspeccionar a pele em áreas de proeminências ósseas e em áreas com dispositivo médico 2x ao dia, ou preferencialmente a cada mudança de decúbito;</li> <li>• Reavaliar diariamente o risco de surgimento de LP;</li> <li>• Realizar prescrição de cuidados específicos para prevenir e/ou tratar LP;</li> <li>• Realizar manejo da umidade, hidratar a pele (2x/dia) e minimizar pressão com coxins conforme prescrição de enfermagem;</li> <li>• Não posicionar o paciente lateralizado em 90°, devido aumento de pressão na região trocantérica;</li> <li>• Seguir orientação de reposicionamento conforme sugestão do relógio de mudança de decúbito beira-leito;</li> <li>• Não posicionar o indivíduo sobre uma LP existente;</li> <li>• Não elevar a cabeceira do leito acima de 30°, exceto em casos contraindicados, devido condição clínica.</li> </ul>	<p><b>MÉDIO RISCO (ESCORE: 10 – 12)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados;</li> <li>• Incentivar a movimentação no leito sempre que possível, se não houver contraindicação;</li> <li>• Orientar e estimular os pacientes ou familiares, o procedimento de alívio da pressão, ou outras manobras de alívio, conforme capacidade do paciente.</li> <li>• Reduzir o tempo no qual o paciente permanece sentado, para no máximo uma hora por período, devido ao elevada pressão nas regiões isquiáticas na posição sentada.</li> </ul>	<p><b>BAIXO RISCO (ESCORE: 13 - 14)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto e médio risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados;</li> <li>• Quando o indivíduo estiver sentado na cadeira providenciar apoios aos braços e pés, com o objetivo de minimizar a pressão e evitar deslizamento do paciente na cadeira.</li> </ul>
---	--	---

**CASO O PACIENTE JÁ TENHA LP CONTINUE O ALGORÍTIMO**

**Alto Risco (escore 6 – 9)**

- Realizar avaliação diária da necessidade de sedoanalgesia, aporte ventilatório, uso de drogas vasoativas (DVA), presença de infecção e otimização de antibioticoterapia juntamente com a equipe multidisciplinar;
- Sempre que necessário realizar o desmame das DVA, sedoanalgesia e do aporte ventilatório;
- Atentar-se para o estado nutricional do paciente e sempre que necessário solicitar a reavaliação nutricional com o nutricionista da instituição;

- Inspeccionar a pele em áreas de proeminências ósseas e em áreas com dispositivo médico 2x ao dia, ou preferencialmente a cada mudança de decúbito;
- Reavaliar diariamente o risco de surgimento de LP;
- Realizar prescrição de cuidados específicos para prevenir e/ou tratar LP;
- Realizar manejo da umidade, hidratar a pele (2x/dia) e minimizar pressão com coxins conforme prescrição de enfermagem;
- Não posicionar o paciente lateralizado em 90°, devido aumento de pressão na região trocantérica;
- Seguir orientação de reposicionamento conforme sugestão do relógio de mudança de decúbito beira-leito;
- Não posicionar o indivíduo sobre uma LP existente;
- Não elevar a cabeceira do leito acima de 30°, exceto em casos contraindicados, devido condição clínica.

### **Médio Risco (escore: 10 – 12)**

- Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados;
- Incentivar a movimentação no leito sempre que possível, se não houver contraindicação;
- Orientar e estimular os pacientes ou familiares, o procedimento de alívio da pressão, ou outras manobras de alívio, conforme capacidade do paciente.
- Reduzir o tempo no qual o paciente permanece sentado, para no máximo uma hora por período, devido a elevada pressão nas regiões isquiáticas na posição sentada.

### **Baixo Risco (escore: 13 - 14)**

- Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto e médio risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados;
- Quando o indivíduo estiver sentado na cadeira providenciar apoios aos braços e pés, com o objetivo de minimizar a pressão e evitar deslizamento do paciente na cadeira.

É importante salientar que os cuidados que foram selecionados para nortear a prescrição de enfermagem e a sua implementação, não se findam apenas ao que foi apresentado, podendo o enfermeiro ter liberdade na sua prescrição.

### **Avaliação da lesão por pressão:**

As superfícies cutâneas são habitadas por uma variedade de bactérias, e quando esta é acometida por uma lesão, as bactérias podem passar a residir, a multiplicar-se e a causar danos na superfície da ferida, surgindo assim um processo de infecção, causando danos ao organismo (NPUAP; EPUAP, 2014).

A infecção local de uma ferida pode ser constatada através dos seguintes sinais: odor fétido, dor intensa, aumento de tamanho, tecido de granulação frágil, rubor no tecido perilesional, aumento da secreção e do tecido necrosado, piora no aspecto da lesão e ausência de sinais de melhora da ferida após duas semanas. Não havendo um tratamento adequado da ferida, esta infecção pode expandir e transformar-se em celulite, fascíte, osteomielite ou sepse (NPUAP; EPUAP, 2014).

Os sinais suspeitos de sepse são: alterações nos sinais vitais, mal-estar, anorexia, linfonodomegalia, confusão e delírios, principalmente em

idosos (NPUAP; EPUAP, 2014). Nestes casos é importante um acompanhamento médico rigoroso, e o uso de antibióticos sistêmicos.

Para se determinar a carga microbiana da ferida, o método considerado padrão-ouro pela NPUAP, é a biopsia, pois esta avalia a quantidade de autores infecciosos de uma lesão.

Outro método confiável é o método de Levine ou swab, e para a sua coleta é necessário realizar a limpeza da ferida com solução fisiológica, e só após realizar a coleta com o swab apenas no tecido de granulação. Considera-se uma lesão infectada, quando a cultura for igual ou acima de  $10^5$  CFU/g de carga bacteriana e/ou presença de estreptococos beta hemolíticos.

E por fim, muitos fatores sistêmicos também são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões, e se estes forem evitados, por consequente, o organismo do indivíduo poderá melhorar o processo de infecção. Por este motivo é importante melhorar o estado nutricional, manter o controle glicêmico, melhorar o fluxo sanguíneo, e se possível reduzir o uso de remédios e terapias imunodepressoras. Além de estabelecer os cuidados adequados com as feridas já estabelecidas (NPUAP; EPUAP, 2014).

O manejo adequado de pacientes com LP inicia-se por uma adequada avaliação do paciente e da ferida propriamente dita. Portanto, após a avaliação de risco dos pacientes, a TALP sugere a avaliação da LP.

Este item foi fundamentado nos instrumentos TIME, MEASURE, PUSH e RYB, e no algoritmo de Carvalho, Salomé e Ferreira, (2017), que são tecnologias que fornecem subsídios para uma avaliação e tratamento estruturado de feridas.

Portanto foram elencados os seguintes itens para avaliação das LP:

AVALIAÇÃO										
GERAL	LOCALIZAÇÃO DA LP	AUSENTE	BORDAS	EPITELIZADA	TIPO DE TECIDO	EPIDERME ÍNTEGRA	QUANTIDADE DE EXUDATO	AUSENTE	TIPO DE EXUDATO	SEROSO
	MENSAURAÇÃO: COMPRIMENTO X LARGURA = Xcm2 OBS: VERIFICAR PRESENÇA DE TÚNEIS E CASO SEJA POSSÍVEL MENSURAR A PROFUNDIDADE COM UMA SERINGA.	CALOR		MACERADA		FLECTEMA		POUCA		SAGUINOLENTO
	FORMATO DA LP: •IRREGULAR; •LINEAR; •REDONDA OU OVAL; •CAVITÁRIA; •PROFUNDA.	HIPEREMIA		ISQUÊMICA		GRANULAÇÃO		MÉDIA		PURULENTO
		EDEMA	HIPEREMIADA	EPITELIZAÇÃO		ESFACELO		FIBRINOSO		SEROSANGUINOLENTO
		DOR	EPIBOLIA	ESCARA		ESCARA		SEROPURULENTO		PIOSANGUINOLENTO
			SALIENTE	NECROSE		NECROSE				
			DESCOLAMENTO	SUBCUTÂNEO		MÚSCULO E TENDÕES				
			HIPERQUERATOSE	MÚSCULO E TENDÕES		ÓSSOS				
				ÓSSOS						

## Classificação da lesão por pressão:

Para o estadiamento foi utilizada a classificação da NPUAP adaptada para o Brasil pela Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST, 2016 conforme a imagem abaixo:

CLASSIFICAÇÃO							
<b>ESTÁGIO 1</b> Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura.	<b>ESTÁGIO 2</b> Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha clara, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida.	<b>ESTÁGIO 3</b> Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epibole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.	<b>ESTÁGIO 4</b> Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epibole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente	<b>NÃO CLASSIFICÁVEL</b> Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), LP em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente.	<b>TISSULAR PROFUNDA</b> Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.	<b>RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO</b> Esse termo descreve a etiologia da lesão. A LP geralmente apresenta a forma do dispositivo e deve ser categorizada usando o sistema de classificação de LP.	<b>LP EM MEMBRANAS MUCOSAS</b> Essa LP é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não são categorizadas.

- **Lesão por pressão estágio 1:** A pele permanece intacta e apresenta área de eritema localizado que não embranquece. A presença de hiperemia que embranquece ou a diminuição da sensibilidade, temperatura ou endurecimento da área podem preceder as mudanças visuais. Nos indivíduos com pele escura, a identificação de uma lesão neste estágio pode ser de difícil detecção. E as mudanças de coloração

púrpura ou acastanhada não são inclusas nesta categoria, mas sim na classe de lesão tissular profunda.

- **Lesão por pressão estágio 2:** Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável ou pode apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. Os tecidos de granulação, esfacelo e escara não estão presentes e tecidos mais internos não são visíveis.

- **Lesão por pressão estágio 3:** Perda da pele em sua espessura total. A gordura é visível e, geralmente o tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Pode existir esfacelo e/ou escara. A profundidade da lesão varia dependendo da localização anatômica; áreas com grande volume de tecido adiposo podem desenvolver lesões profundas. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

- **Lesão por pressão estágio 4:** Há uma perda total da espessura da pele e perda tissular, havendo exposição de fáscias, músculos, tendões, ligamentos, cartilagens ou ossos. Geralmente há aparecimento de esfacelo e/ou escaras, epíbole e túneis, e a profundidade varia conforme a localização anatômica.

- **Lesão por pressão não classificável:** Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Há perda da pele em sua espessura total e a lesão não pode ser classificada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Se removido o esfacelo ou escara, a LP em estágio 3 ou estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deverá ser removida.

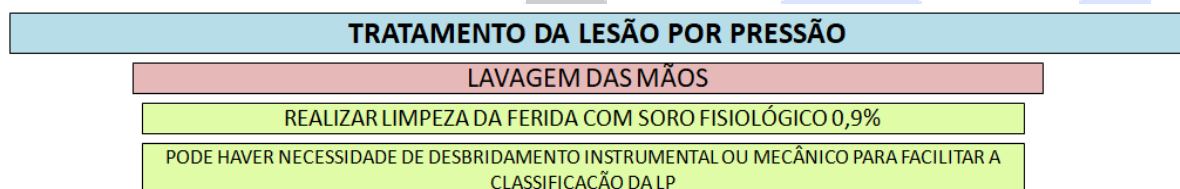
- **Lesão por pressão tissular profunda:** Há uma descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. A pele poderá estar intacta ou não, com uma separação

epidérmica que mostra lesão com leito escurecido, ou bolha com exsudato sanguinolento. A ferida poderá evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou se reparar sem perda de tecidos.

- **Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico:** A LP relacionada ao dispositivo médico deriva-se do uso de dispositivos médicos, designados para diagnóstico e terapias. Essa nomenclatura descreve a causa da lesão, que geralmente exibe a forma do dispositivo e sua classificação está relacionada com a quantidade de perda de tecido visível como qualquer outra LP.

- **Lesão por pressão em membranas mucosas:** Geralmente causadas por dispositivos médicos, que lesionaram as membranas e mucosas. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

## Manejo da ferida:



Para um tratamento efetivo de uma LP, é importante que o enfermeiro conheça as dimensões anatômicas e fisiológicas da pele, a etiologia da ferida para realizar um diagnóstico diferencial, as condições físicas e sistêmicas do paciente, a localização, classificação e característica da ferida e a evolução do processo de cicatrização. Esta compreensão é fundamental para o cuidado e para a escolha das coberturas mais indicadas para cada tipo de lesão (NPUAP; EPUAP, 2014).

O manejo da ferida propriamente dita começa primeiramente com a lavagem das mãos, e após com a limpeza do leito da ferida, que poderá ser com soro fisiológico 0.9%, considerando o uso de uma técnica



asséptica, para remoção de resíduos e melhor visualização da ferida. Em caso de lesões colonizadas por bactérias ou infectadas, é considerado o uso de agentes surfactantes e/ou antimicrobianos. É importante evitar uma pressão forte durante a aplicação da solução de limpeza, para não causar danos aos tecidos e não introduzir agentes infecciosos no leito da ferida. A pele envolta da ferida também deverá ser limpa, obedecendo sempre à ordem do local menos contaminado para o mais contaminado. Após, armazenar a solução em local adequado ou descartar a fim de evitar contaminação cruzada (NPUAP; EPUAP, 2014).

É importante destacar que no ambiente hospitalar deverá ser utilizada a técnica asséptica. No caso de lesões crônicas e de dimensões menores, a técnica asséptica sem toque poderá ser utilizada (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2011).

O próximo passo é a avaliação da necessidade de desbridamento de tecidos inviáveis ou qualquer corpo estranho do leito da lesão, com o objetivo de reduzir os microorganismos que prejudicam o processo de cicatrização (HARRIS, 2009). É fundamental ter em mente que a ferida com tecido desvitalizado não cicatriza, por isso a importância do desbridamento.

Caso haja necessidade de realizar o desbridamento é importante que o enfermeiro realize uma avaliação cautelosa do paciente, das características da lesão por pressão, do controle da dor, da irrigação dos tecidos e do risco de hemorragias (Afonso et al., 2014). É interessante desenvolver uma estratégia de cuidado que verifique a necessidade e o tipo mais adequado de desbridamento, mediante as condições do paciente, da ferida, do ambiente, do tipo de tratamento e do conhecimento e prática do profissional (IRION, 2012).

São quatro os tipos de desbridamento que poderão ser executados pelo enfermeiro segundo o anexo da Resolução do COFEN nº. 567/2018

são eles: mecânico, autolítico, enzimático ou químico e instrumental conservador.

O desbridamento mecânico é definido pela remoção de tecidos desvitalizados por meio do atrito com uma pinça ou gaze, através de jatos com solução fisiológica, ou qualquer outro equipamento que remova o tecido inviável. A remoção da gaze aderida no leito da ferida, com remoção de tecido, é considerado um desbridamento mecânico, mas é importante cuidado durante sua remoção, pois este não é seletivo, podendo prejudicar tecidos viáveis (NPUAP/EPUAP, 2014; COREN-SP, 2009).

O desbridamento autolítico é um método de seleção dos tecidos viáveis e não viáveis, feito por meio de coberturas como hidrogel, filmes transparentes e hidrocolóide que retém a umidade, mantém a hidratação e a temperatura ideal dos tecidos para que este processo de autodegradação aconteça. Este tipo de desbridamento é mais seletivo e indolor e tem um processo lento, por esta razão seu uso em feridas que tenham tecido de necrose é contraindicado (AFONSO et al., 2014).

O desbridamento enzimático ou químico é o processo de separação entre o tecido viável e o tecido desvitalizado, através da degradação da fibrina, colágeno e da elastina, por meio da utilização de enzimas, como por exemplo, a collagenase e papaína (AFONSO et al., 2014).

O desbridamento instrumental conservador é a retirada dos tecidos desvitalizados utilizando uma lâmina de bisturi, tesoura ou pinça estéreis. Este método pode ser realizado de forma associada com o desbridamento autolítico ou enzimático. É importante que o enfermeiro tenha cautela durante o procedimento para evitar trauma de tecidos viáveis e sangramentos. Nos casos em que os pacientes fazem uso de anticoagulantes, este método não é recomendado pelo risco de hemorragia (COREN/RJ, 2013; AFONSO et al., 2014).

Já o desbridamento instrumental cirúrgico é um procedimento que deverá ser realizado por um cirurgião, sob anestesia e com artigos esterilizados. É indicado em LP com presença de grande quantidade de tecido necrosado, cavitações e tunelizações, onde é necessária a remoção total do tecido necrosado. Este método é contraindicado para pacientes que fazem uso de anticoagulantes, pelo risco de sangramento, e em membros isquêmicos devido à inviabilidade de cicatrização, e deve ser feito com precaução em pacientes diabéticos, com neuropatias, com infecções, e imunodeprimidos (COREN/RJ, 2013; AFONSO et al., 2014).

Os tecidos desvitalizados com confirmação ou não de presença de biofilme ou colônias de bactérias, devem ser removidos. A suspeita da presença de biofilme no leito da ferida dificulta a melhora da ferida, mesmo com os curativos e uso de antimicrobianos. É indicado iniciar pelo desbridamento mecânico, enzimático, autolítico ou biológico, antes de partir para a drenagem ou remoção cirúrgica de um tecido desvitalizado, exceto em necessidade urgente de remoção do tecido necrosado ou drenagem de secreção da ferida (NPUAP; EPUAP, 2014).

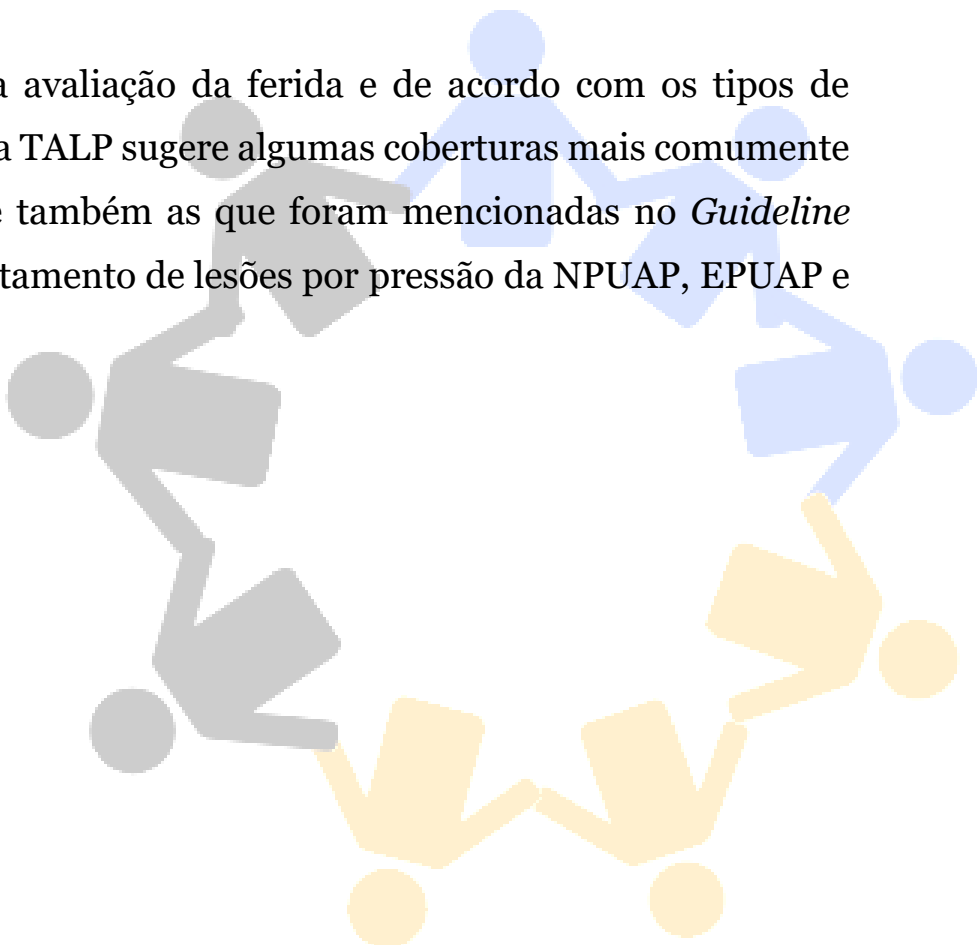
### **Sugestões de cobertura:**

As coberturas são empregadas no tratamento de feridas com o objetivo de proteger o seu leito de microorganismos e de agressões externas, manter a umidade e preservar os tecidos viáveis, melhorando o processo de cicatrização. E sua escolha depende de fatores particulares do indivíduo como idade, condição nutricional, mobilidade, doenças relacionadas, uso de imunossupressores, drogas vasoativas ou medicamentos contínuos; e fatores externos como localização e característica da ferida (BORGES et al., 2008).

Além destas particularidades as coberturas devem ocluir a ferida preservando sua umidade, temperatura, e impossibilitando a entrada de microorganismos, além de amenizar a dor, estabelecer a hemostasia, proporcionar conforto e preencher o espaço morto (FRANCO; GONÇALVES, 2007).

Com relação aos cuidados ao utilizar uma cobertura, é importante sempre proteger a pele adjacente com cremes de barreira; avaliar a evolução da LP a cada troca de curativo e observar se o curativo indicado está tendo efetividade; a cada troca de curativo, realizar uma limpeza no leito da ferida e pele ao redor, que garanta a retirada de qualquer fragmento residual do curativo anterior; no caso de coberturas reutilizáveis, observar a presença de sujidades como fezes, caso presente, deveram ser substituídas; e sempre obedecer as orientações do fabricante (NPUAP, 2014).

Por fim, após a avaliação da ferida e de acordo com os tipos de tecidos encontrados, a TALP sugere algumas coberturas mais comumente utilizadas no Brasil e também as que foram mencionadas no *Guideline* sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão da NPUAP, EPUAP e PPPIA de 2014:





## Ácidos Graxos Essenciais (AGE)

São derivados de óleos vegetais, constituídos de ácidos graxos essenciais (AGE) como a vitamina A, E, lecitina de soja, ácido linoléico, ácido cáprico e ácido caprílico, que não são produzidos no organismo e que desempenham a função de angiogênese e quimiotaxia, conservam a umidade e proporcionam nutrição.

A eficácia dos AGE na prevenção e tratamento de feridas é questionável, devido a falta de evidências científicas contundentes sobre a ação, sendo necessária a realização de ensaios clínicos randomizados controlados em humanos para comprovar o seu possível benefício. Entretanto, cabe destacar que não significa que essa substância não tenha eficácia na prática clínica, sendo amplamente utilizado no Brasil (FERREIRA et al., 2012;).

Para utilizá-los, deve-se limpar o leito da ferida com solução fisiológica a 0,9%, remover tecidos desvitalizados e sujidades, aplicar o AGE diretamente na lesão ou embeber a gaze e aplicá-la. Ocluir com cobertura esterilizada e fixar. As trocas do curativo devem ser realizadas a cada 24 horas ou quando houver extravasamento ou sujidade (FERREIRA et al., 2012).

### **Alginato**

É um polissacarídeo composto de fibras de cálcio proveniente de algas marinhas da espécie *Laminaria*. Está disponível em placas ou fita. É moldável, sendo facilmente acomodado na lesão (IRION, 2012). Seu mecanismo de ação se apresenta pela troca de íons de cálcio do alginato com os íons de sódio do exsudato, que formam um gel não aderente e solúvel, provocando hemostasia e desbridamento nos tecidos, e a trama das fibras do alginato age absorvendo o líquido e retendo microorganismos (SASERON, 2014; DUMVILLE et al., 2015).

Possui elevado poder de absorção e promove o crescimento de tecido de granulação, por este motivo é indicado para feridas abertas, profundas e exsudativas. Quando houver processo infeccioso associado, o alginato utilizado deverá conter prata. (FRANCO; GONÇALVES, 2008; IRION, 2012).

É contraindicado em lesões superficiais, pouco exsudativas e queimaduras, devido sua alta capacidade de absorção, até 20 vezes o seu peso, podendo provocar desidratação da ferida (FRANCO; GONÇALVES, 2008; IRION, 2012).

Para utilizá-lo, deve-se realizar a limpeza da ferida com solução fisiológica 0,9% e gaze estéril, remover a exsudação e os tecidos desvitalizados, umedecer a fibra de alginato também com soro fisiológico

a 0,9% e depositar no interior da ferida. É importante evitar que o alginato transponha a borda da lesão. Após cobrir com uma cobertura secundária estéril. A troca varia de acordo com o tipo de ferida, se infectada em 24 horas, se limpa com sangramento intenso, trocar em 48 horas e se houver exsudação importante, trocar assim que saturar. Considerar aumentar o tempo de troca do alginato, caso ainda esteja seco no momento agendado da troca. A cobertura secundária deve ser trocada sempre que saturar (FRANCO; GONÇALVES, 2008; NPUAP; EPUAP, 2014; OLIVEIRA, 2018).

### **Carvão Ativado**

Cobertura estéril composto por um tecido de carvão ativado com a superfície impregnada com nitrato de prata a 0,15%, que tem a função antimicrobiana de amplo espectro, principalmente em bactérias gram-negativas. Requer cobertura secundária devido sua baixa aderência (FRANCO; GONÇALVES, 2008; OLIVEIRA, 2018).

O carvão ativado age absorvendo o exsudato e ajuda na eliminação do mau odor. O tecido de carvão ativado armazena as sujidades e as bactérias em suas fibras, promovendo uma limpeza no leito da ferida. Com a ação bactericida da prata extermina as bactérias, tornando o meio propício para o crescimento do tecido de granulação e favorecimento da cicatrização (FRANCO; GONÇALVES, 2008; OLIVEIRA, 2018).

O custo é elevado, há risco de desidratação dos tecidos e não pode ser recortado, pois poderá haver liberação de carvão ativado e este agir como um corpo estranho. É contraindicado em lesões pouco exsudativas e com presença de crostas, devido risco de aderência, podendo provocar dor e sangramento durante a remoção (FRANCO; GONÇALVES, 2008; OLIVEIRA, 2018).

Para utilizá-los, deve-se realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% e gaze estéril, removendo exsudato e se possível tecido desvitalizado. Após aplicar a cobertura de carvão ativado sobre a lesão e ocluir com uma cobertura secundária estéril. A troca deve ser realizada inicialmente de 24 a 48 horas, dependendo da quantidade de exsudato, e após em até 7 dias (FRANCO; GONÇALVES, 2008; OLIVEIRA, 2018).

## **Colagenase**

A colagenase é uma pomada medicamentosa resultante de um composto proteolítico enzimático obtido através da cultura do *Clostridium histolyticum*, que após a sua purificação cromatográfica, apresenta-se constituído por peptídeos, das quais o produto principal é a colagenase. A ação principal da colagenase é o desbridamento seletivo de tecidos desvitalizados, principalmente do colágeno nativo nas regiões helicoidais, que é responsável por 75% do peso seco do tecido cutâneo, resultando assim em um processo de limpeza enzimática das lesões. Esta ação pode ser concluída no período de 1 a 14 dias, sendo que na maioria das vezes já é evidenciada nos primeiros seis dias de tratamento. Outra finalidade da colagenase é contribuir para o desenvolvimento do tecido de granulação e consecutivamente a formação do tecido de epitelização (BAJAY HM; JORGE; DANTAS, 2005).

Para utilizá-la primeiramente é necessário limpar o leito da ferida com solução fisiológica a 0,9%, remover tecidos desvitalizados e sujidades, não secando totalmente, pois a enzima tem a ação enzimática aumentada no meio úmido, após aplicar uma fina camada (cerca de 2mm) de colagenase uniformemente. Nas crostas, para um melhor efeito, recomenda-se realizar escarificação antes da aplicação da pomada, e após cobrir a lesão com gaze umedecida com solução fisiológica 0,9%. A



cobertura deve ser trocada a cada 24 horas e a ação pode ser potencializada se for realizada a aplicação duas vezes ao dia. A cada troca deve ser retirado todo o tecido necrosado desprendido e evitar utilizar detergentes, sabões, soluções antissépticas, tirotricina, gramicidina e tetraciclina concomitantemente com a colagenase, pois estes produtos inativam a sua ação (MANDELBAU; SANTIS; MANDELBAUM, 2003; FRANCO; GONÇALVES, 2008; OLIVEIRA, 2018).

### **Espuma de poliuretano ou hidropolímero**

Espuma composta geralmente por três camadas, sendo uma central de espuma de poliuretano ou hidropolímero hidrocélular, e duas outras camadas não aderentes que reduzem a agressão aos tecidos. Sua principal ação é o controle da umidade através da absorção moderada de exsudato e retenção com expansão delicada. É indicado para prevenção LP e tratamento de feridas superficiais e não infectadas (YAMADA et al., 2014; NPUAP; EPUAP, 2014).

Para utilizá-la é necessário primeiramente realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% e após aplicar a espuma diretamente no leito da ferida, não havendo necessidade de cobertura secundária. Caso a espuma não possua bordas adesivas, deverá ser fixada com filme transparente ou adesivo microporoso hipoalergênico (YAMADA et al., 2014; NPUAP; EPUAP, 2014).

A troca deverá ser realizada até no máximo em 7 dias quando utilizado na prevenção. E em feridas instaladas com pouca ou moderada exsudação, observar a saturação externa, podendo o tempo de troca ser em média a cada 48 horas (YAMADA et al., 2014; NPUAP; EPUAP, 2014).

## Filme Transparente

É uma fina cobertura estéril e transparente, composta de uma película de poliuretano envolvida por um adesivo hipoalérgico. É classificada como uma cobertura semioclusiva. Não possui característica absorvente, mas é permeável a gases e ao vapor d'água, e semipermeável a líquidos, bactérias e sujidades. Permite visualização constante da ferida, é facilmente moldável em áreas de contornos e em proeminências ósseas, atua como agente protetor contra fricção e cisalhamento na pele íntegra e em lesões de estágio 1, e podem ser utilizados como segunda cobertura, sobre os pensos absorventes (INCA, 2009; OLIVEIRA, 2018).

É indicado em lesões superficiais, com pouca espessura e exsudação, também em inserções de cateteres, Dermatite Associada à Incontinência - DAI, queimaduras de 1º e 2º grau, feridas operatórias com pouco ou nenhum exsudato (INCA, 2009; OLIVEIRA, 2018).

Suas desvantagens encontram-se pela sua não aderência em superfícies úmidas e não absorvem exsudato, devido a isso é contraindicado sua aplicação diretamente em lesões úmidas e exsudativas (IRION, 2012).

Para utilizar, deve-se primeiramente recortar o filme transparente no tamanho que exceda no mínimo 2 cm a margem da lesão ou recortar de acordo com o tamanho da área da pele que irá ser protegida. Após, com a técnica asséptica, deve ser realizado a limpeza da pele e/ou da lesão com soro fisiológico a 0,9%, secar bem e aplicar o filme de forma que não fique dobras. Caso necessário, poderá ser ocluído com uma cobertura secundária, por exemplo, quando aplicado na região sacral de um paciente com diarreia que é fundamental a proteção do filme. Poderá permanecer por até 7 dias, mas retirar antes em caso de deslocamento do filme, sinais de infecção, dermatite ou perda da transparência. Durante a remoção é

importante tracionar o filme cuidadosamente no sentido tangencial à ferida e em paralelo com a pele, para evitar lesões (IRION, 2012; SEAMAN, 2015).

A NPUAP e a EPUAP (2014) recomendam considerar o uso do filme transparente para desbridamento autolítico em indivíduos imunocompetentes; como segunda cobertura em lesões tratadas com alginatos, hidrocoloides ou outros curativos de permanência prolongada no leito da ferida; e contraindica o uso do filme como cobertura de desbridantes enzimáticos, géis e pomadas.

### **Gaze não aderente**

Tela de acetato de celulose ou compressa de gaze de não tecido, impregnada com AGE, petrolato ou vaselina estéril. Possui ação de manutenção do meio úmido, evitando adesão no leito da ferida e destruição dos novos vasos e tecidos (YAMADA et al., 2014).

Para utilizar é necessário primeiramente realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% e aplicar a gaze não aderente diretamente no leito da ferida, podendo associá-la a alguma outra pomada. Após ocluir com cobertura secundária. Seu uso é contraindicado em feridas infectadas, e a troca varia conforme a saturação e orientação do fabricante (YAMADA et al., 2014).

### **Hidrocoloide**

São apresentados na forma de placa, creme, gel e grânulos. O hidrocoloide em placa é uma cobertura derivada da celulose que possui uma área autoadesiva que é formada de partículas hidrofílicas, e uma área externa não aderente composta por uma película semipermeável de

poliuretano, que promove um bloqueio de proteção contra bactérias e outros agentes contaminantes (INCA, 2009; OLIVEIRA, 2018).

Seu mecanismo de ação acontece quando as partículas de celulose absorvem o líquido e aumentam de tamanho, retendo a umidade e permitindo a autólise. Este processo estimula a angiogênese, o crescimento de fibroblastos, a formação de tecido de granulação e preserva as terminações nervosas, além de manter o pH ácido, impedindo o crescimento de bactérias. Serve também como barreira para traumas, contaminação bacteriana e é isolante térmico (INCA, 2009).

É indicado para a prevenção e tratamento de lesões abertas não infectadas, com exsudação leve. Seus benefícios se justificam por ser uma cobertura anatomicamente moldável de fácil aplicação, com boa aparência, reter odores, possuir barreira efetiva contra microorganismos, ser lavável, à prova d'água, e não necessita de segunda cobertura (INCA, 2009; SANTOS, et al., 2017).

Suas desvantagens é o alto custo, a impossibilidade de visualização da ferida, o risco de maceração da pele, as suas bordas podem dobrar e provocar novas lesões, e a hipersensibilidade em algumas pessoas (INCA, 2009; SANTOS, et al., 2017).

É contraindicado em lesões infectadas, com colônia de bactérias, com tecidos desvitalizados e necrosados, e em presença de músculos, ossos ou tendões (INCA, 2009; SANTOS, et al., 2017).

Para utilizá-lo, com a técnica asséptica, deve-se realizar a limpeza da ferida ou da pele com soro fisiológico a 0,9%, secar, cortar o hidrocoloide de modo que exceda pelo menos 2cm a 3cm da borda da lesão, remover o papel protetor, aplicar a placa de hidrocoloide, pressionar as extremidades e massagear de forma que ela fique esticada e perfeitamente aderida. Após datar o dia da aplicação. Se houver

necessidade, aplicar fita adesiva nas bordas para reforçar a aderência. Sua inspeção deverá ser diária e a troca deve ser realizada a cada 7 dias ou sempre que a cobertura descolar ou quando houver vazamento do gel (INCA, 2009).

Irion (2012) destaca que os hidrocolóides em creme, grânulos, ou placas quando cortadas em forma de espiral, podem ser utilizados no preenchimento de lesões profundas e no tratamento de feridas com grande quantidade de exsudato, necessitando de uma cobertura secundária para manutenção do curativo.

### **Hidrofibra ou Hidrocolóide em fibra**

As coberturas de hidrofibra são compostas por carboximetilcelulose que é um polímero hidrossolúvel e absorvente, e quando associada com a prata, possui ação bactericida. Em contato com o exsudato da lesão, forma um gel macio que favorece o desbridamento autolítico e mantém o meio úmido, contribuindo também para as trocas sem traumas. São indicadas para LP nos estágios 2 e 3 com exsudato moderado (YAMADA et al., 2014).

Para utilizar, com a técnica asséptica deve-se realizar a limpeza da ferida com soro fisiológico a 0,9%, recortar cerca de 2 cm maior do que as bordas, aplicar a hidrofibra diretamente no leito da lesão, e moldá-la no formato da ferida. Após ocluir com cobertura secundária. A troca pode ser realizada no máximo em 7 dias, ou antes, caso o curativo esteja saturado (MANDELBAUM; SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

## **Hidrogel**

Disponível na forma de gel transparente (amorfo), placa ou lâmina. São compostos de água, propileno glicol e carboximetilcelulose e promove o desbridamento autolítico; hidrata as crostas e tecidos desvitalizados, favorece sua ruptura e remoção; estimula a liberação do exsudato, e na forma de lâmina também o absorve; proporciona um ambiente ideal para a cicatrização; reduz a dor; mantém a umidade no leito da ferida; protege vasos, nervos e ligamentos; é indicado no tratamento de feridas ressecadas, e seu gel é facilmente aplicado em cavidades. Como desvantagens estão o seu alto custo e risco de maceração de bordas (FRANCO; GONÇALVES, 2007; IRION, 2012; OLIVEIRA, 2018).

Considerar a utilização do hidrogel em lesões pouco exsudativas e profundas, dolorosas, não infectadas e com presença de tecido de granulação (NPUAP; EPUAP, 2014).

Para utilizá-los, deve-se limpar o leito da ferida com solução fisiológica a 0,9%, remover tecidos desvitalizados e sujidades, aplicar o hidrogel sobre a lesão, após ocluir com gaze estéril não aderente e se necessário, atadura, hidrocólóide ou filme transparente. A troca pode ser realizada de 1 a 3 dias, devendo ser substituída em casos de extravasamento de exsudato (FRANCO; GONÇALVES, 2007; OLIVEIRA, 2018).

## **Polihexametileno Biguanida (PHMB)**

O PHMB é um produto composto por água purificada, hidróxido de sódio, 0,1% de betaína, 0,1% de polihexanida e apresentado nas formas de solução antisséptica de irrigação de feridas, hidrogéis ou espumas impregnadas com PHMB. Possui ação antimicrobiana de largo espectro,

sendo indicado para auxiliar no tratamento de feridas colonizadas ou infectadas por bactérias gram positivas e gram negativas formadoras de placas e biofilme, não sendo prejudicial para os tecidos (EBERLEIN; ASSADIAN, 2010).

Na apresentação de solução antisséptica de irrigação de ferida é necessário embeber a gaze estéril e aplicá-la diretamente leito da ferida, permitindo que fique agindo dentre 10 a 15 minutos, após esse período a gaze deve ser removida. Para melhor resultado, o PHMB poderá ser aplicado novamente diretamente no leito da ferida e após proceder com a cobertura indicada, caso necessário. Não é compatível com substâncias oleosas. Recomenda-se a troca diária quando utilizado sem outras coberturas, ou quando necessário, de acordo com a saturação do curativo, não podendo ultrapassar 72 horas (RIBEIRO, 2017).

Na apresentação em gel deve ser realizada uma limpeza inicial com solução fisiológica 0,9% e após aplicar o hidrogel com PHMB diretamente sobre a ferida e cobrir com curativo secundário de escolha. O tempo de troca varia de acordo com o fabricante do produto, mas em geral a cada 24 horas, ou quando houver saturação (RIBEIRO, 2017).

### **Sulfadiazina de prata**

É um medicamento tópico composto por nitrato de prata e sulfadiazina, que tem ação antimicrobiana e é apresentado nas formas de creme branco, inodoro e hidrossolúvel. Tem ação efetiva em feridas infectadas, por possuir ação contra vários microorganismos, por exemplo: *E coli*, *Enterobacter*, *Klebsiela sp*, *P. aeruginosa*. Sua aplicação é indolor e é amplamente utilizada em queimaduras e LP infectadas (RAGONHA, et al., 2005).

Para utilizá-la é necessário primeiramente realizar uma limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9% e após deve ser aplicada uma camada de

aproximadamente 3-5mm, de forma asséptica sobre a lesão, e em seguida cobrir com gaze estéril úmida. A troca é realizada a cada 12 horas ou 24 horas a depender do fabricante, podendo haver maior frequência caso haja saturação do curativo (MANDELBAUM; SANTIS; MANDELBAUM, 2003; OLIVEIRA, 2018).





# TECNOLOGIA PARA AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO - TALP

## AVALIAÇÃO GERAL DE INDICADORES DE RISCO

### REALIZAR A TOMA DAS PONTUAÇÕES PARA TRACAR O ESCORE

VENTILAÇÃO MECÂNICA OU TOT EM AMBIENTE	1. SIM	ESCALA DE BRADEN	1. Risco muito alto	ESCALA DE GLASGOW	1. AVANÇADA (13-14)	TEMPO DE INTERNAÇÃO	1. < 48 HIAS	USO DE DROGAS VASODILATAS	1. SIM	SEDONAVALGÉSIA	1. SIM
	2. NÃO		2. Risco Moderado		2. INTER (15-16)		2. > 48 HIAS		2. NÃO		2. NÃO

#### ALTO RISCO (ESCORE: 6 - 9)

- Realizar avaliação diária de necessidade de sedonaalgésia, aporte ventilatório, uso de drogas vasoativas (DVA), presença de infecção e administração de antibioticoterapia juntamente com a equipe multidisciplinar.
- Sempre que necessário realizar o desmame das DVA, sedonaalgésia e do aporte ventilatório.
- Atentar-se para o estado nutricional do paciente e sempre que necessário solicitar a avaliação nutricional com a nutricionista da instituição.
- Inspecionar a pele em áreas de proximidade ósseas e em áreas com dispositivos médicos 2x ao dia, ou preferencialmente a cada mudança de decúbito.
- Reavaliar diariamente o risco de surgimento de LP.
- Realizar prescrição de cuidados específicos para prevenir ou tratar LP.
- Realizar limpeza de unidade, habitar a pele (2x/dia) e minimizar o risco com cursos conforme prescrição de enfermagem.
- NÃO posicionar o paciente lateralizado em 90°, devido aumento de pressão na região transcraniana.
- Seguir orientação de reposicionamento conforme sugestão do registro de mudança de decúbito (ver tabela).
- NÃO posicionar o indivíduo sobre uma LP existente.
- NÃO elevar a cabeça do leito acima de 30°, exceto em casos contraindicados, devido condição clínica.

#### MÉDIO RISCO (ESCORE: 10 - 12)

- Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados.
- Incentivar a movimentação no leito sempre que possível, se não houver contraindicação.
- Orientar e estimular os pacientes ou familiares, o procedimento de alívio da pressão, ou outras manobras de alívio, conforme capacidade do paciente.
- Reduzir o tempo no qual o paciente permanece sentado, para no máximo uma hora por período, devido ao elevada pressão nas regiões isquáticas na posição sentada.

#### BAIXO RISCO (ESCORE: 13 - 14)

- Realizar cuidados sugeridos aos pacientes de alto e médio risco, caso o paciente se encaixe em algum dos critérios apresentados.
- Quando o indivíduo estiver sentado na cadeira preferencialmente apoiar ao braço e pé, com o objetivo de minimizar a pressão e evitar deslocamento do paciente na cadeira.

## CASO O PACIENTE JÁ TENHA LP CONTINUE O ALGORÍTIMO

### AVALIAÇÃO

ESCALA DE LOCALIZAÇÃO DA LP	GRAU DE LESÃO	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS	SÍMPTOMAS

### CLASSIFICAÇÃO

<b>ESTÁGIO 1</b> Pele íntegra com área localizada de eritema que não empalidece e que pode parecer diferente em pele de cor escura.	<b>ESTÁGIO 2</b> Pele da pele em sua espessura com escurecimento de eritema. O topo da ferida é visível de cor vermelha úmida, com ou sem tecido amarelado.	<b>ESTÁGIO 3</b> Pele da pele em sua espessura com ou sem a presença de tecido de granulação e/ou tecido amarelado.	<b>ESTÁGIO 4</b> Pele da pele em sua espessura com ou sem a presença de tecido de granulação e/ou tecido amarelado.	<b>NÃO CLASSIFICÁVEL</b> Ferida de pele em sua espessura com ou sem a presença de tecido de granulação e/ou tecido amarelado.	<b>TISSULAR PROFUNDA</b> Ferida que penetra em sua espessura com ou sem a presença de tecido de granulação e/ou tecido amarelado.	<b>RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO</b> Ferida relacionada a dispositivo médico.	<b>LEEM MEMBRANAS BRANCOAS</b> Ferida com membranas brancas.
--	--	--	--	--	--	---	---

## TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

### LAVAGEM DAS MÃOS

REALIZAR LIMPEZA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%

PODE HAVER NECESSIDADE DE DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL OU MECÂNICO PARA FACILITAR A CLASSIFICAÇÃO DA LP

### SUGESTÃO DE COBERTURA A SER UTILIZADA



**TRICIAS:** AGE: Diária - de 12 horas a 24 horas. Deve ter aplicação de cobertura secundária (AGE selado).

**ALGINATO DE CÁLCIO:** Feridas infectadas: no máximo a cada 24 horas; Feridas limpas sem sangramento: a cada 48 horas ou quando saturadas. Dependendo do fabricante pode permanecer até 07 Dias/3 Dias.

**CARVÃO ATIVADO:** O tempo máximo de permanência é de 7 dias, sendo que, para remover o carvão basta levantá-lo a partir de um dos cantos. No caso, as tiras deverão ser feitas a cada 24 ou 48 horas.

**COLÁGENASE:** A cada 24 horas.

**FILME TRANSP. SEMIPERMEÁVEL:** em áreas de pressão manter por até 7 dias.

**HIDROCOLOIDE EM PLACA:** quando houver extravasamento de gel, se a placa descolar, ou no máximo em 7 dias.

**HIDROFIBRA COM CARBOMETILCELULOSE SÓDICA E PRATA IÔNICA:** Usar quando houver saturação do produto cobrindo a placa fcs com aspecto de gel ou extravasamento de exudato, não ultrapassando 7 dias após a aplicação.

**HIDROGEL:** Em feridas infectadas - no máximo a cada 24 horas. Recomb - no máximo a cada 72 horas.

**PAPAÍNA:** No máximo a cada 24 horas ou de acordo com a saturação do curativo secundário, quando na formulação em gel.

**PHENOL:** Recomendado se trata de área que não pode ser utilizada sem outras coberturas. No máximo pode ser trocado em até 72 horas.

**SULADAZINA DE PRATA A 1% ASSOCIADA AO NITRATO DE CÉRIO:** Recomendado se a ferida a cada 12 horas ou a cada 24 horas a depender do fabricante, podendo haver maior frequência caso haja saturação do curativo.

## Aplicação da TALP:

A TALP poderá ser utilizada diariamente e em todos os pacientes internados na UTI. Para a sua aplicação é importante que o enfermeiro siga todas as sessões em ordem cronológica como está apresentado na tecnologia.

Anteriormente a aplicação propriamente dita, é importante que o enfermeiro realize o exame físico completo e avaliação da pele do paciente, e só após inicia-se a aplicação da TALP.



Na primeira sessão, o enfermeiro deve pontuar cada subitem (Ventilação Mecânica - Escala de *Braden* - Escala de *Glasgow* - Tempo de Internação - Uso de Drogas Vasoativas - Uso de sedoanalgesia)

Cada item possui uma pontuação, que ao final é computada e traçado um escore, onde:

- O escore de 6 a 9 identifica um paciente com alto risco para desenvolver LP - cor vermelha;
- O escore de 10 a 12 identifica o paciente com médio risco para desenvolver LP - cor amarela;

- E o escore de 13 a 14 identifica o paciente com baixo risco para desenvolver LP - cor verde.

### **Exemplo:**

“M.S.S., sexo feminino, 42 anos, previamente hígida, obesa, foi internada com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e pneumonia aspirativa. Evolui no 5º dia de internação na UTI adulto, monitorizada por multiparâmetros, posicionada em decúbito dorsal, fazendo uso de coxins para descompressão de proeminências ósseas, cabeceira elevada à 30º, grave, *Glasgow* 3T, RASS -5, em uso de sedoanalgesia (midazolam - 10ml/h e fentanil - 2ml/h), hemodinâmica sustentada por droga vasoativa (noradrenalina padrão - 10ml/h – há 3 dias), normocárdica, normotensa, em uso de ventilação mecânica, via tubo endotraqueal nº7,5, na modalidade ventilação controlada a volume (VCV), sincrônica, em uso de sonda nasointestinal com dietoterapia em curso a 45ml/h, com pausa apenas durante a redução do nível da cabeceira durante as mudanças de decúbito, em uso de sonda vesical de demora, com baixo débito urinário, evacuação líquida presente em média 2 vezes ao dia, MMSS e II edemaciados (++) , perfusão periférica preservada, tempo de enchimento capilar >`3 segundos, e ausência de lesão por pressão, porém com risco elevado para desenvolver (Escala de *Braden*: 11 pontos).”

### **Avaliação com a TALP:**

**Ventilação Mecânica:** Sim – Nota:1

**Escala de *Braden*:** Risco elevado – Nota 1

**Escala de *Glasgow*:** 3T – Nota 1

**Tempo de Internação:** 5 dias – Nota 1

**Uso de drogas vasoativas:** Sim – Nota 1

**Uso de sedoanalgesia:** Sim – Nota 1

**Escore final: 6 pontos – Alto Risco**

Traçado o perfil do paciente, os cuidados devem ser prescritos pelo enfermeiro responsável no sistema eletrônico da instituição, para serem implementados por toda a equipe que presta cuidados diretos aos pacientes.

Além desta avaliação, o paciente deverá ser identificado beira-leito com o seu respectivo risco ou com a cor que o representa (vermelho, amarelo ou verde), para que a equipe multidisciplinar da UTI tenha uma fácil visualização do risco de cada paciente.

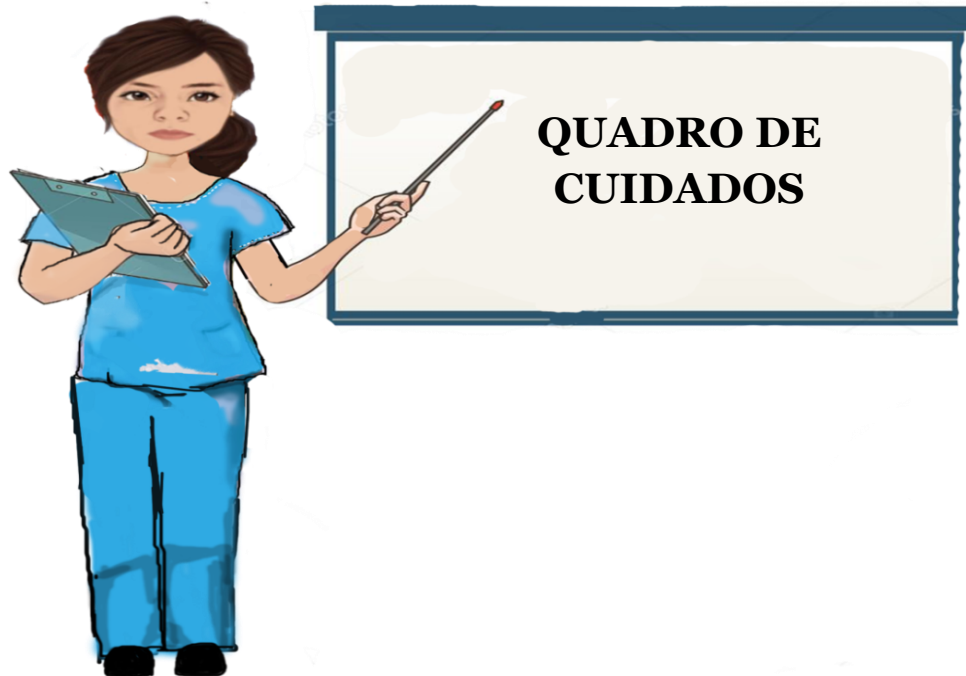
A intenção em identificar beira-leito cada paciente, foi de identificá-los mais facilmente, corresponsabilizar toda a equipe multidisciplinar (enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos) e também os próprios pacientes e/ou acompanhantes, caso estes estejam aptos, no cuidado do paciente.

Sugere-se também que alguns cuidados referentes à equipe multidisciplinar e aos acompanhantes ou pacientes, sejam identificados em um plano de cuidados beira leito para que estes sejam acompanhados de maneira visível por todos.

Este plano de cuidados poderá ser descrito em um quadro branco fixado próximo ao leito do paciente, e conter cuidados de interesse da equipe multidisciplinar, e informação que possam ser importantes para os acompanhantes e pacientes. Auxiliando na comunicação entre as equipes.

Como se trata de uma comunicação visível a todos, é importante ter cautela na descrição dos cuidados, sendo proibido referir informações

como por exemplo: diagnóstico, resultado de exames, sorologias, isolamento por bactérias multirresistentes, e outras informações que possam expor o paciente e/ou o profissional.



**Exemplo 1:**

- O enfermeiro avaliou que o paciente com alto risco na TALP encontra-se com baixa tolerância à dieta ofertada, e necessita da avaliação da nutricionista.

- O enfermeiro poderá escrever no quadro de cuidados beira-leito: “Solicito avaliação da nutricionista.”

**Exemplo 2:**

- A psicóloga liberou visita ampliada para uma paciente com baixo risco pela TALP.

- O enfermeiro poderá avaliar a necessidade e a viabilidade de reforçar as orientações no quadro de cuidados, ao acompanhante, como por exemplo:

“Senhor acompanhante, você também poderá nos ajudar no cuidado, lembre sempre o seu familiar de se movimentar na cama.”

“Senhor acompanhante, você também poderá nos ajudar no cuidado, lembre-se de realizar a hidratação da pele 2 vezes ao dia.”

**Exemplo 3:**

- O enfermeiro avaliou que o paciente com alto risco na TALP possui uma LP estágio 3 em região sacral.

- O enfermeiro poderá descrever no quadro de cuidados a cobertura que foi prescrita.

É importante lembrar que o quadro de cuidados é apenas uma sugestão para melhorar a comunicabilidade no cuidado, porém seu uso não é obrigatório e a sua falta não impossibilita o enfermeiro em realizar a avaliação do paciente pela TALP.

As etapas subsequentes são destinadas aos pacientes que já possuem LP e norteiam o profissional sobre a avaliação das principais estruturas que devem ser visualizadas nas feridas, além do estadiamento, com informações das principais características conforme a NPUAP, e o passo a passo do tratamento de acordo com as estruturas encontradas na avaliação.

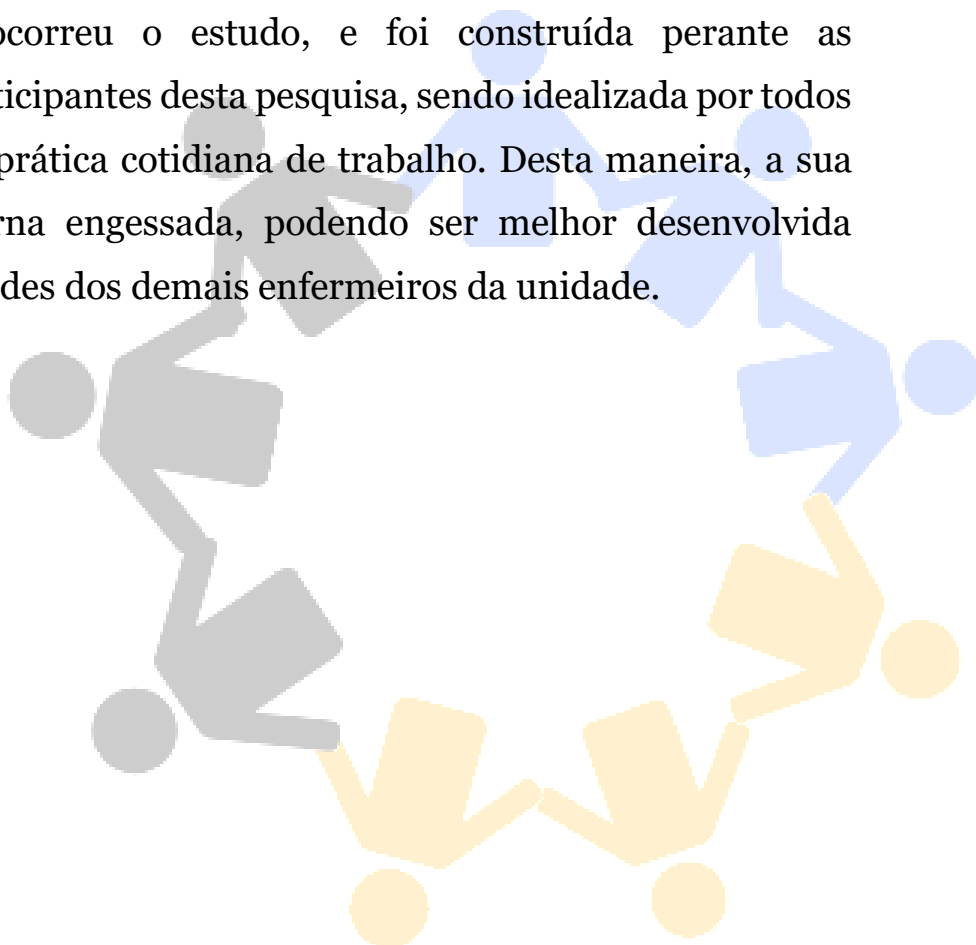
Esta etapa além de auxiliar o enfermeiro no cuidado da LP auxilia na descrição da ferida no prontuário do paciente e do material utilizado para o tratamento, para fins de faturamento.

**Exemplo:**

LP estágio 3 em região sacral, com cerca de 10 cm<sup>2</sup>, com sinais de infecção, hiperemia e edema em região periférica, odor fétido, bordas maceradas, tecido subcutâneo e pontos de esfacelos visíveis, drenando média quantidade de exsudato purulento.

Foi realizada limpeza da ferida com solução fisiológica a 0,9%, desbridamento instrumental em área de esfacelos, aplicado hidrofibra com prata e ocluído com cobertura secundária - gaze estéril e micropore.

É importante salientar que esta construção é inovadora dentro da UTI adulto onde ocorreu o estudo, e foi construída perante as necessidades dos participantes desta pesquisa, sendo idealizada por todos a sua introdução na prática cotidiana de trabalho. Desta maneira, a sua aplicação não se torna engessada, podendo ser melhor desenvolvida através das necessidades dos demais enfermeiros da unidade.



## Referências:

AFONSO C, et al. Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática. **Care for Wounds**, 2014.

ALDERDEN, J. et al. Risk Profile characteristics associated with outcomes of hospital-acquired pressure ulcers: a retrospective review. **Crit Care Nurse**. v. 31, n.3, p. 30-43, 2011.

BAJAY, H. M.; JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. Curativos e coberturas para o tratamento de feridas. In: JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu; p. 81-99, 2005

BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 02: **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão** [Internet]. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/rubson.junior/Downloads/protoc\_ulceraPressao.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

CAMPANILI, T.C.G.F. et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev Esc Enferm USP**. v.49(Esp), p.7- 14, 2015.

CARVALHO, M. R. F.; SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Construção e validação de algoritmo para tratamento da lesão por pressão. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v.11(Supl. 10), p.4171-83, out., 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 567, de 07 de fevereiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 26, p. 112, ISSN 1677-7042. Acesso em: 20 jan. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer COREN-SP CAT Nº **013/2009**. Realização de desbridamento pelo enfermeiro. Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2009\\_13.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_13.pdf). Acesso em 13 jun. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer COREN-RJ PAD Nº **484/2013**. Realização de desbridamento pelo enfermeiro. Disponível em: <http://rj.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/PARECER-CTGAE-004-2013.compressed.pdf>. Acesso em 13 jun. 2019.

DUMVILLE, J.C. et al. Alginate dressings for treating pressure ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015, Edição 5. Art. No.: CD011277. DOI: 10.1002

EBERLEIN, T.; ASSADIAN, O. Clinical Use of Polihexanide on Acute and Chronic Wounds for Antisepsis and Decontamination. **Skin Pharmacol Physiol**. n. 23, p.



45–51, 2010. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/PDF/318267>>  
Acesso em 10/10/2019

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de braden e de glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 973-978, 2008.

FERREIRA, A. M. et al. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Rev esc enferm USP**. V. 46, n. 3, p. 752-760, 2012.

FRANCO, D; GONÇALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cirurgia**. Rio de Janeiro/RJ, 2008.

HARRIS, R. J. The Nursing Practice of Conservative Sharp Wound Debridement: Promotion, Education and Proficiency. **Wound Care Canada**. Vol. 7, N 1, 2009. Disponível em:  
<<http://www.swrwoundcareprogram.ca/Uploads/ContentDocuments/Article%20-%20WCC%20Sharp%20Deb.pdf>> Acesso em: 21 de mai. 2018.

INSTITUTO ACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. Rio de Janeiro: Inca; 2009.

IRION, G. L. Feridas – **Novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

JENSEN, B. M. B.; NYSTUL, S. N.; SCACHETTI, G. G. Prevenção da úlcera por pressão por parte do cuidado domiciliar. In: **Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 3ª ed. cap.16, p.235-236, 2014.

MANDELBAUM, S. H.; SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares Parte II. **Anais Brasileiros de Dermatologia** [Internet]. 2003 Set 27; v.78, n.5, p. 525-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n5/17545.pdf>> acesso em: 08 dez. 2019.

MENDONÇA, P. K. Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em Centros de Terapia Intensiva. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v.12, n.2, p.303-311, fev., 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/23251-104835-1-PB%20(1).pdf> acesso em: 08 dez. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORTON, P.G. et al. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007.

MOZACHI, N. Cuidados gerais. In: Souza VHS, Mozachi N. **O hospital: manual do ambiente hospitalar**. 2ª ed. Curitiba: Manuel Real; 2006. p. 46-78.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL- NPUAP. **Announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and**

**updates the stages of pressure injury** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.NPUAP.org/national-pressure-ulcer-advisorypanel-NPUAP-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injuryand-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. Acesso em: 23 mar. 2018

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide** [Internet]. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/manual/prevenção-de-úlceras-de-pressãoguia-de-consulta-rápido>. Acesso em: 23 mar. 2019

OLIVEIRA, E. R. **Curativos e coberturas para tratamento de feridas** [vídeo]. 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JkQV7lglBpo&t=179s> acesso em 28 nov. 2019.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: Conceito, Processo e Prática**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RAGONHA, A. C. O. et al. . Avaliação microbiológica de coberturas com sulfadiazina de prata a 1%, utilizadas em queimaduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 4, p. 514-521, Aug. 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400009)> acesso 11 nov. 2019.

RATLIFF, C. R.; RODEHEAVER, G. T. **Pressure ulcer assessment and management Lippincotts Prim Care Pract**. v.3, n.2, p.242-258, 1999.

RIBEIRO, G. R. T. **Atlas de Curativos baseado nas Coberturas padronizadas no Hospital Anchieta**. Hospital Anchieta. 2007. Disponível em: <<http://portal.hospitalanchieta.com.br/docs/Atlas%20de%20Curativos%20baseado%20nas%20Coberturas%20padronizadas%20no%20Hospital%20Anchieta.pdf>> Acesso em: 10 de novembro de 2019.

SALBEGO, C. et al. Tecnologias Cuidativo-Educacionais em Desenvolvimento. In: **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo Educacionais: Elizabeth Teixeira**. Porto Alegre: Moriá, p.31-47, 2017.

SALES, D.; WATERS, C. O uso da Escala de Braden para prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Brazilian Journal of health Review**. v.2, n.6, 2019. DOI:10.34117/bjhrv2n6-003

SANTOS, A. P. et al. Estudo sobre a eficácia do AGE e Hidrocolóide no tratamento de feridas superficiais com ou sem infecção. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 25-34, 2017.

SHELL, H. M.; PUNTILLO, K. A. **Segredos em enfermagem na terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SCHOONHOVEN, L.; DEFLOOR T.; GRYPDONCK, M. Incidence of pressure ulcers due to surgery. **J Clin Nurs.**; v.11, n.4, p.479-87, 2002.

SEAMAN, S, et al. **Guia de bolso do profissional clínico para o tratamento de feridas avançadas**. Smith & Nephew. 2015.

SERPA, L. F. et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes críticos. **Rev Estima**. São Paulo, v.9, n.3, p.21-26, 2011.

SEWCHUK, D.; PADULA, C.; OSBORNE, B. Prevention and early detection of pressure ulcers in patients undergoing cardiac surgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs**. v.35, n.1, p.66-75, 2008.

TEIXEIRA, E. S. et al. Relato de experiência: Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes amputados e com úlceras de pressão atendidos em um Centro Hospitalar de reabilitação. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.35, n.4, p.448-453, 2011

YAMADA, B. F. A. et al. Terapia tópica no tratamento de úlcera por pressão: coberturas. In: BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. São Paulo: Atheneu; p. 233-266, 2014.

