



FACIPE- FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DIEGO LEANDRO COELHO TENÓRIO

**ÚLCERA POR PRESSÃO-CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES
PREVENTIVAS PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

RECIFE – PE

2015

DIEGO LEANDRO COELHO TENÓRIO

**ÚLCERA POR PRESSÃO-CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES
PREVENTIVAS PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial
para a obtenção do diploma da
graduação de Enfermagem, da
Faculdade Integrada de Pernambuco.

Orientador: Valdemir França

RECIFE – PE

2015

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.

AP – Atenção Primária

DECS - Descritores em Ciência da Saúde

MMHG – Milímetro de Mercúrio

MS – Ministério da Saúde

UPP – Úlcera por Pressão

SUMÁRIO

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	6
2. <u>METODOLOGIA</u>	7
2.1 <u>Objetivos</u>	8
3. <u>DISCURSSÃO</u>	8
<u>3.1 EPIDEMIOLOGIA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO</u>	11
<u>3.2 FATORES PREDISPOANTES AO DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>3.2.1 Pressão</u>	12
<u>3.2.2 Fricção</u>	12
<u>3.2.3 Cisalhamento</u>	12
<u>3.2.4 Idade</u>	12
<u>3.2.5 Estado Cognitivo</u>	13
<u>3.2.6 Mobilidade</u>	13
<u>3.2.7 Nutrição</u>	13
<u>3.2.8 Umidade/Incontinência</u>	13
<u>3.2.9 Temperatura Elevada</u>	14
<u>3.2.10 Lesão Medular</u>	14
<u>3.3.11 Fumo</u>	14
<u>3.3 ESTAGIOS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO</u>	Erro! Indicador não definido.
<u>3.4 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO</u>	16
4. <u>CONCLUSÃO</u>	18
<u>REFERÊNCIAS</u>	19

ÚLCERA POR PRESSÃO - CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES PREVENTIVAS PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Diego Leandro Coelho Tenório¹
Valdemir de França Souza²

RESUMO

A Úlcera por Pressão (UPP) é definida como locais onde ocorre necrose tissular, as quais tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido sobre uma superfície. O principal desenvolvimento da UPP é multifatorial, incluindo diversos fatores internos e externos como: estado nutricional, idade, morbidade, hidratação. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) as ações de saúde, realizadas no domicílio na Atenção Primária (AP) incorporam características que compreendem ações sistematizadas. Por este principal motivo ressalta-se a importância da inserção do profissional Enfermeiro e sua equipe de enfermagem nesse nível de atenção, através de suas visitas domiciliares e desta maneira minimizando os casos dentro do âmbito hospitalar. O presente trabalho proposto visa reunir a busca de informações sobre o desenvolvimento e prevenções das úlceras por pressão, oferecendo os melhores subsídios para uma melhor assistência aos pacientes e servindo também como uma fonte para pesquisas futuras. A prevenção da UPP pode ser realizada através de orientações adequadas e o estímulo ao paciente e de seus familiares, salientando desta forma a importância da autodisciplina e da participação, bem como o principal fator a colaboração de todos os envolvidos durante o tratamento clínico.

Palavras- chave: úlcera por pressão, enfermagem; prevenção e controle, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The Pressure Ulcer (PU) is defined as where tissue necrosis occurs, which tend to develop when soft tissue is compressed on a surface. The main development of the UPP is multifactorial, including various internal and external factors such as nutritional status, age, morbidity, and hydration. According to the Ministry of Health (MOH) health actions carried out in the home in Primary Care (AP) incorporate features that include systematic actions. For this main reason we emphasize the

¹ Aluno de enfermagem do 10º período da Faculdade Integrada de Pernambuco. E-mail: diego_deutsche@hotmail.com

² Mestrado em Ciências da Religião pela Universidade Católica de Pernambuco, Professor Assistente I da Faculdade Integrada de Pernambuco.

importance of integrating the professional nurse and her nursing staff at this level of attention, through their home visits and thus minimizing cases in the hospital environment. This proposed work aims to bring together the search for information on the development and prevention of pressure ulcers, offering the best benefits for better patient care and serving also as a source for future research. The prevention of UPP can be accomplished through appropriate guidance and encouragement to patients and their families, thus stressing the importance of self-discipline and participation, as well as the main factor the cooperation of everyone involved in the clinical treatment.

Keywords: pressure ulcers, nursing; prevention and control, nursing care.

1. INTRODUÇÃO

O maior órgão do corpo humano e a pele e por ela recobrir toda a superfície do corpo recebe uma atenção especial. Quando se fala em lesões na pele toma-se o devido cuidado o fato dessas afetarem diretamente diversas questões físicas e psicológicas do ser humano.

As lesões na pele são injúrias dermatológicas que, quando não são tratadas adequadamente, são as principais responsáveis por lesões maiores ou no caso mais grave a perda da região acometida. O desenvolvimento de feridas é um dos maiores problemas de saúde e que envolve vários fatores externos ao paciente. Mediante o que é observado e em boa parte dos casos, fica ao critério do enfermeiro desenvolver e adotar cuidados e a prevenção no manejo dessas feridas, sempre procurando conhecer seus principais fatores de riscos, tratamentos e prevenção dessas lesões.

As instituições de saúde evidenciam que dentre os tratamentos que mais geram custos são os destinados para os tratamentos das úlceras por pressão (UPP). Também conhecidas no meio como úlcera por decúbito, são definidas como área de dano localizada na pele e em estruturas adjacentes devido a pressão ou a fricção e também pela combinação destas. As UPP são de fato as que mais influenciam drasticamente o período de hospitalização e desta forma gerando grande desconforto e dor ocasionados aos pacientes acometidos por estas lesões e aos seus familiares.

A úlcera por pressão pode originar-se em todas as posições que um paciente seja mantido prolongadamente. Estudos apontam que 95% das úlceras por pressão

se desenvolvem sobre proeminências ósseas na metade inferior do corpo, em regiões sacrais, tuberosidades isquiáticas, calcâneo e trocânter maior do fêmur, pois nessas áreas concentram o maior peso corporal, conseqüentemente há um aumento da pressão em relação à superfície (DELISA; GANS, 2002; IRION, 2005; SMELTZER; BARE, 2005). Em 1989, a conferência para desenvolvimento de consenso do Conselho Nacional Consultivo Sobre Úlcera por Pressão propôs fatores de risco secundários no desenvolvimento das úlceras por pressão.

Estes são definidos como características intrínsecas e extrínsecas identificáveis, que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa às forças que induzem as feridas. Os fatores intrínsecos são aqueles inerentes ao indivíduo que predispõe os pacientes acamados às úlceras por pressão e estão relacionados às variáveis do estado físico do paciente. E os fatores extrínsecos são aqueles independentes do indivíduo e estão relacionados ao mecanismo da lesão. Nos fatores intrínsecos e extrínsecos estão incluídos mobilidade, nutrição, idade, umidade/incontinência, fumo, temperatura elevada, educação, psicossociais, estado cognitivo e lesão medular (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005).

A principal escolha do tema úlcera por pressão se justifica, diante dos estudos que indicam altos índices de incidência e prevalência de UPP, principalmente em determinadas populações de riscos, e desta forma representa um grande desafio aos profissionais de saúde em suas escolhas de ações preventivas e avanços para o devido tratamento. Outro grande fator se deu ao fato que a incidência e prevalência de úlceras por pressão, ser também utilizado desde 1987 como indicador de qualidade do cuidado no serviço de saúde pelo Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization, órgão responsável pelas avaliações e credenciamentos dos serviços de saúde nos Estados Unidos da América.

O Enfermeiro como parte integrante de equipe multidisciplinar tem como responsabilidade a qualidade de vida do paciente nas atenções de reabilitação e prevenção, atuando juntamente com toda equipe de forma a evitar a instalação das úlceras de pressão (ALVES, 2012).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a temática já descrita, com base de uma pesquisa mais ampla sobre os cuidados de enfermagem e principalmente do

profissional enfermeiro no tratamento das úlceras por pressão. Onde foram realizados levantamentos bibliográficos nas bases de dados de pesquisada LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e DeCS (Descritores em Ciência da Saúde). Foram usados como descritores os termos: Escala de Braden, Fatores de Riscos, Estado Nutricional, Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Úlcera por Pressão, Tipos de Curativos usados na Úlcera por Pressão. O desenvolvimento metodológico se deu entre os meses de Junho à Novembro de 2015. A apresentação desse estudo está subdividida entre a importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da UPP, estado nutricional do paciente e a complexidade de ocorrências das Úlceras por Pressão e o desenvolvimento das UPP baseado na literatura científica já publicada.

Inicialmente foram analisados 13 artigos, 2 livros e uma tese de Doutorado, desse foram selecionados 06 artigos, 01 livro, 1 tese de Doutorado. A busca de dados ocorreu através da internet, onde foram selecionados os artigos científicos nacionais e internacionais, 02 consensos internacionais sobre as prevenções de UPP assim como 1 tese de doutorado, incluindo literatura de referencias sobre a temática. Os dados foram então estudados um a um para posterior análise acerca da atividade da temática proposta.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo geral

Prevenção e cuidados de enfermagem relacionados a Úlcera por Pressão.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificação do Enfermeiro da causa de Incidência e prevalência da Úlcera por Pressão.

3. DISCURSSÃO

O desenvolvimento das úlceras por pressão apresenta aspectos multifatoriais, o que revela a grande causa do problema. Nos meados dos anos 90, as UPP foram consideradas como resultado negativo do cuidado em saúde, tendo assim sido adotado como um dos maiores indicadores de qualidade de assistência de Enfermagem de acordo com o Ministério da Saúde. Porém os diferentes fatores associados que envolvem a temática não podem ser simplesmente desconsiderados.

Ao se revisar a literatura percebeu-se que a evolução do conhecimento a respeito da UPP, a nutrição do paciente como um importante fator envolvido e o cuidado da equipe de enfermagem tem desfrutado de grande desenvolvimento científico nos últimos anos. Nos artigos pesquisados houve predominância do tema prevenção e UPP como foco principal do estudo. Porém diversos artigos que abordam essencialmente prevenção em UPP, também aborda o tema relacionado a incidências de casos e a negligência de alguns profissionais de saúde.

A base da literatura analisada foi de estudos quantitativos, descritivos, acredita-se que por ter essa maior frequência de pesquisas quantitativas se deu por que investigam a prevalência e a incidência das UPP, incluindo também a avaliação dos graus da ulcera e outros aspectos. Então cabe a enfermagem identificar os fatores de riscos para o desenvolvimento de UPP nos clientes e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada.

Além disso, o aporte calórico proteico reduzido pode predizer ao desenvolvimento de UPP, devendo desta forma ressaltar algumas causas dessa diminuição com a persistência da falta de apetite e as restrições alimentares impostas pelo tratamento.

Para uma prevenção da UPP temos a escala de Braden, ela é bastante utilizada nos Estados Unidos da América e Brasil, também é única escala validada no Brasil. Ela é composta de seis sub escalas.

De acordo com Dealey, As escalas de risco são úteis, trazendo benefícios na avaliação sistemática do paciente, devendo a equipe de enfermagem ter o cuidado de utilizar as medidas preventivas cabíveis quando o paciente é considerado de risco. Segundo a autora, essa avaliação deve ser regular e não ocasional, como é o caso de sua aplicação unicamente na admissão do paciente. A pontuação de Braden (Amplamente utilizada nos EUA, Brasil), foi demonstrado que ela tem uma

sensibilidade maior e é mais específica do que outras escalas. Porque de acordo com a escala de Braden são avaliados seis fatores de risco no paciente, entre eles:

Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Cisalhamento. Ao fim da avaliação chegamos a uma pontuação, que nos diz: Abaixo de 12 = Risco elevado, 13-14 = Risco moderado, 15-16 = Baixo risco.

Associado a essa avaliação, segundo Braden a outros fatores que devem ser analisados: Uso de Corticóide, Neoplasias, Desidratação, Diabete Mellitus, Insuficiência Renal, Insuficiência Cardíaca, DPOC, Traumas Múltiplos, Sedação, Obesidade ou Caquexia. Esse modelo de indicador de risco acima mencionado é voltado para hospitais e não se encaixa imediatamente no cenário comunitário. Para este foi desenvolvido um outro indicador, que não vem ao caso nesse momento.

Paranhos & Santos, validaram no Brasil a escala de Braden para a língua portuguesa. Constataram ao realizar testes de sensibilidade, especificidade e validade preditiva positivo e negativo, na primeira avaliação dos pacientes, que o escore 13 foi o melhor preditor, que chegou mais próximo da validade ideal. Foi feita uma segunda avaliação, 48 horas após a primeira, o escore de 11 foi o que obteve melhor desempenho, com 68% de sensibilidade e 84% de especificidade, validade preditiva de 78% para teste positivo e 76% para teste negativo.

Na última avaliação, o escore 13 apresentou melhor predição para testes positivos de 80% e negativos de 94%. Para os pacientes acamados, inclui a dependência de ajuda para tarefas simples diárias, como o simples fato de se alimentar, o comprometimento cognitivo e da comunicação, uso de medicações que interferem em vários fatores fisiológicos e aumentam a perda de nutrientes e os fatores psicossociais, como o isolamento e depressão. Foi analisado que pacientes com bom aporte energético e proteico e como a nutrientes específicos tendem a desenvolver menos UPP e apresentar assim melhor cicatrização da lesão.

De acordo com o **NPUAP** (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) para o tratamento ideal das úlceras por pressão existem quatro princípios fundamentais:

1. Patologia de base da úlcera por pressão deve ser tratada, se possível.

2. A pressão deve ser aliviada ou removida por medidas adequadas para evitar mais danos teciduais.

3. A nutrição é importante para a cicatrização das úlceras por pressão: • Fornecer calorias suficientes • Fornecer quantidade adequada de proteínas para o equilíbrio positivo de nitrogênio • Fornecer e incentivar a ingestão diária adequada de líquidos para a hidratação • Fornecer vitaminas e minerais adequados

4. O cuidado da úlcera deve ser otimizado: • Se houver necrose ou esfacelos, considere o desbridamento para remover o tecido desvitalizado no leito da ferida* • Limpe a úlcera por pressão e pele ao redor e remova detritos em cada mudança de curativo para minimizar a contaminação • Use coberturas apropriadas para a manutenção da umidade

3.1 EPIDEMIOLOGIA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Tanto a prevalência como a incidência das úlceras por pressão são elevadas nos tratamentos agudo e de longo prazo de clientes hospitalizados e/ou acamados. Pois podem se desenvolver em 24 horas ou espaçar 5 dias para sua manifestação (COSTA, 2003).

Em 2001, nos Estados Unidos, estimava-se que 1,5 a 3 milhões de pessoas desenvolveriam úlcera por pressão no ano. Dados da população norte-americana mostram que a incidência de úlcera por pressão varia entre a população e os locais de atendimento. Nos locais de tratamento agudo, por exemplo, podem variar de 3% a 14%, em um grupo geriátrico a incidência aumenta para 24% e em pacientes com lesão medular pode chegar até 59% o total de pessoas acamadas que desenvolvem uma ou mais feridas (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005).

Na tese de Rogenski e Santos (2005), foram observados por três meses 211 pacientes em risco de desenvolverem úlcera por pressão em um hospital universitário, e concluíram que 39,8% desses pacientes apresentaram a enfermidade.

Declair (2002, p. 6) afirma que “nos Estados Unidos em média, 2,1 milhões de pessoas apresentam úlcera por pressão no ano, equivalendo a um custo hospitalar mensal de 4 a 7 mil dólares por paciente”. Ainda, segundo a autora, aqui no Brasil

não existem estatísticas do número de pacientes que desenvolvem úlcera por pressão, pois os casos não são registrados ou notificados a um órgão responsável.

FATORES PREDISPOANTES AO DESENVOLVIMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

3.2.1 Pressão

A pressão capilar normal é de 32 mmHg, assim quando há uma pressão sobre as proeminências ósseas em indivíduos acamados e/ou sentados, que excede esse limite, o paciente desenvolve uma isquemia no local, sendo que o primeiro sinal é o eritema devido à hiperemia reativa, pois aparece um rubor vermelho vivo à medida que o corpo tenta suprir o tecido carente de oxigênio (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005).

3.2.2 Fricção

Acontece quando a pele se move contra uma superfície de apoio, ou seja, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra. A fricção pode causar danos ao tecido quando o paciente é arrastado na cama, em vez de ser levantado. Isso faz com que a camada superficial de células epiteliais seja retirada. A fricção está sempre presente quando o cisalhamento acontece (DELISA; GANS, 2002; CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

3.2.3 Cisalhamento

É uma pressão exercida quando o paciente é movido ou reposicionado na cama e/ou cadeira. Esses pacientes são recolocados na posição inicial repetidas vezes e nesse movimento a pele permanece aderida ao lençol enquanto que o restante do corpo é empurrado para cima. (SMELTZER; BARE, 2005).

3.2.4 Idade

O envelhecimento ocasiona alterações que comprometem a habilidade da pele para distribuir efetivamente a pressão como, mudanças na síntese de colágeno que resultam em tecidos com diminuição na força mecânica e aumento na rigidez. Essas mudanças acarretam ainda a redução da capacidade do tecido de distribuir a

pressão mantida sobre ele, levando a um comprometimento do fluxo sanguíneo e conseqüentemente ao aumento do risco para as úlceras por pressão (DELISA; GANS, 2002; JORGE; DANTAS, 2003).

3.2.5 Estado Cognitivo

A alteração no nível de consciência acarreta na perda da habilidade do paciente para detectar sensações que indiquem uma necessidade de mudança na posição através do movimento, com o objetivo de aliviar a pressão em regiões dotadas de proeminências ósseas. Isso aumenta a propensão de isquemia na pele que está em contato com uma superfície (DELISA; GANS, 2002).

3.2.6 Mobilidade

É a capacidade do paciente de aliviar a pressão através do movimento e contribuir para seu bem estar físico e psíquico. As principais condições que contribuem para a imobilidade são: o acidente vascular encefálico, artrite, esclerose múltipla, lesão medular, traumatismo craniano, sedação excessiva, depressão, fraqueza e confusão (DELISA; GANS, 2002; JORGE; DANTAS, 2003; MORTON et al., 2007).

3.2.7 Nutrição

A má nutrição é considerada um dos fatores secundários relatados para o desenvolvimento da úlcera por pressão, porque contribui para diminuir a tolerância do tecido á pressão. São recomendadas dietas calóricas, ricas em proteínas e carboidratos, para promover um balanço positivo de nitrogênio e suprir as necessidades metabólicas e nutricionais cruciais para a prevenção das lesões (DELISA; GANS, 2002; JORGE; DANTAS, 2003; SOUZA, 2007).

3.2.8 Umidade/Incontinência

A umidade é um fator contribuinte importante no desenvolvimento de lesões cutâneas, pois quando não é controlada causa maceração (amolecimento) da pele. A incontinência é o previsor de formação de úlceras por pressão, onde a incontinência fecal pode ser um fator de risco mais importante que a incontinência urinária para a formação da lesão, pois a pele está mais exposta a bactérias e toxinas presentes nas fezes (DELISA; GANS, 2002; MORTON et al., 2007).

3.2.9 Temperatura Elevada

A temperatura corporal é um fator etiológico, que representa um risco maior de necrose nas úlceras por pressão. Na elevação da temperatura (hipertermia), a cada 1°C, temos um aumento de 10% no metabolismo tecidual e na demanda de oxigênio, ocorrendo desvitalização do tecido e provocando sudorese e leva a maceração da pele (SMELTZER; BARE, 2005).

3.2.10 Lesão Medular

Pacientes com lesão medular apresentam certo grau de alteração na sensibilidade térmica e tátil, o que leva à predisposição para o desenvolvimento das feridas. Geralmente, esse tipo de paciente permanece por longos períodos em uma mesma posição, exercendo compressão contínua em diferentes áreas do corpo. (DELISA; GANS, 2002).

3.3.11 Fumo

O tabagismo é outro fator que expõe o paciente ao risco já que, a nicotina reduz a hemoglobina funcional e causa disfunção pulmonar, privando os tecidos de oxigenação, ou seja, produz efeitos no organismo que interferem no fluxo sanguíneo provocando vasoconstrição, favorecendo a diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes para as células e o aumento da adesão de plaquetas (BRASIL, 2002; COSTA, 2003).

CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO POR ESTÁGIOS

O sistema de classificação em estágios da UPP foi criado pelo “*National Pressure Ulcer Advisory Panel*” (NPUAP) em 1989 e foi baseado na classificação inicial de Shea e da “*International Association of Enterostomal Therapy*”. Representa a quantidade de perda ou destruição tecidual ocorrida. A classificação do NPUAP foi incorporada posteriormente nas Diretrizes ou recomendações da AH CPR para prevenção e tratamento da UPP.

Entretanto, as descrições originais do NPUAP não eram muito claras para os profissionais e levavam muitas vezes a classificação inadequada devido a dermatite perineal e ou a lesão tissular profunda.

Em fevereiro de 2007 após um trabalho de revisão iniciado em 2001 e que durou 5 anos o NPUAP apresentou a nova definição da Úlcera por pressão e os estágios. A definição e classificação foram revisadas pelo NPUAP com contribuições dos profissionais e validação de aparência, clareza, utilidade e discriminação. A versão final da definição e descrição foi revisada em uma conferência de consenso onde os comentários foram utilizados para criar as definições finais.

Foram mantidos os quatro estágios originais e adicionados mais dois referentes à Lesão Tissular Profunda e Úlceras que não podem ser classificadas.

Os estágios são divididos em 4 grupos: I, II, III, IV, que serão descritos a seguir:

- a) Estagio I: a lesão envolve somente as camadas superficiais da pele, como a epiderme e a derme. Nesse estagio se caracteriza pela temperatura cutânea elevada devido à vasodilatação aumentada, eritema que permanece por 15 minutos ou mais após o alívio da pressão no local, dor e discreta edema, posteriormente evolui dos capilares cutâneos e o enfraquecimento subcutâneo. Em geral, esses sinais da inflamação podem ser revertidos com remoção da pressão no local.
- b) Estagio II: acontece quando envolve o tecido subcutâneo exibindo uma ruptura na pele através da epiderme e derme. Caracteriza por abrasão, bolha ou cratera superficial, necrose juntamente com o represamento venoso e trombose, edema visível, dor, extravasamento de exsudato e pele adjacente vermelha ou escurecida.
- c) Estagio III: a derme e epiderme são destruídas e a hipoderme é comprometida, este estagio caracterizado por presença de drenagem de exsudato amarelado ou um pouco esverdeado com odor fétido, vesícula ou depressão não muito profunda, pontos de tecidos desvitalizados, ficando o paciente suscetível a infecções.
- d) Estagio IV: representa a destruição profunda dos tecidos, podendo atingir fascia, músculos, tendões e possivelmente osso e articulação. Caracteriza-se por tecido necrótico ou esfacelos, depressão na ferida e drenagem de secreção com odor fétido.

3.4 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.

Com a grande incidência e prevalência da ulcera por pressão sugere uma atuação insuficiente dos profissionais de saúde, junto aos pacientes hospitalizados/acamados por razões diversas. Alguns atores como Lianza (1995), Candido (2001) e Benedet (2001) concordam que a equipe multidisciplinar deve estar integrada para prestar os cuidados aos pacientes, que poderão por ventura apresentar riscos à integridade da pele e assim ressaltam a importância do enfermeiro como cuidador integral do paciente.

As ações preventivas dos cuidados referem-se à atenção constante as alterações da pele do paciente; identificando corretamente os pacientes de alto risco; a manutenção da higiene do paciente e do leito; priorizar a mudança de decúbito, aliviando a pressão e massagem confortável, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, secagem, dieta e controle de ingestão líquida e orientação ao paciente e a família quanto às possibilidades de úlceras por pressão (CAMPEDELLI; GAIDZINSKI, 1987; POTTER; PERRY, 1996).

A equipe de profissionais deve estar preparada para avaliar as devidas condições da pele isso no mínimo 2 vezes ao dia e identificar se há fatores de riscos, essa avaliação pode ser feita no primeiro banho do dia, porém o paciente não deve ficar exposto ao frio ou a ambientes com baixa humidade, pois ambos produzem o ressecamento da pele (BACKES; GUEDES; RODRIGUES, 1999).

Devemos avaliar a pele a cada mudança de decúbito quanto a temperatura, observar a presença de eritemas e bolhas que são os indicadores prováveis de rompimento de tecido. Os sinais das lesões na pele são difíceis de serem observados em pacientes de cor parda e negra. Diferente de pacientes de cor branca e amarela, exigindo assim maior atenção da equipe. (CALIRI; RUSTICI; MARCHRY, A997; BACKES; GUEDES; RODRIGUES, 1999).

A higiene corporal deve ser realizada evitando o uso de sabão comum e usando um sabonete neutro sem presença de aroma, soluções irritantes e água quente para evitar o ressecamento da pele. A pele deve ser limpa e removida todos os resíduos de soluções e a pele completamente seca (DUARTE; DIOGO, 2000; DECLAIR, 2002).

As almofadas e os travesseiros são equipamentos usados no reposicionamento e proporcionam o alinhamento correto corporal, aliviando a pressão em diversos pontos do corpo principalmente sobre proeminências ósseas. Utiliza-se a técnica de ponte, que consiste no posicionamento de travesseiro apoiado em dois ou mais pontos do corpo do paciente, permitindo que haja espaço entre as proeminências ósseas e o colchão (CALIRI; RUSTICI; DECLAIR, 2002).

O uso de colchão próprio, como colchão de espuma, ar, gel ou água, redistribui o peso corporal, reduzindo a pressão à medida que o paciente afunda no fluido, proporcionando uma superfície adicional que auxilia na sustentação do corpo, pois ela distribui o peso corporal por unidade de área (CALIRI; RUSTICI; BARE, 2005).

Vários autores concordam que o paciente deve-se ser posicionado corretamente, evitando que os mesmos sejam arrastados durante a movimentação, e sim que sejam erguidos utilizando um lençol, a fim de evitar lesões causadas pela fricção e força de cisalhamento. Para os pacientes que podem auxiliar na movimentação usar equipamentos auxiliares como o trapézio. Deve-se evitar algumas posições, como por exemplo, a posição de Fowler, que é a colocação do paciente em decúbito dorsal e um ângulo de 45° no leito, pois esta aumenta o apoio da área corporal. A colocação do paciente na posição de decúbito lateral deve-se coloca-lo inclinado 30 graus em relação à cama, nesta posição a maior pressão corporal estará sob a região glútea que poderá suportar melhor o excesso de pressão (CALIRI; RUSTICI; MARCHRY, 1997; TIMBY, 2001; BARE, 2005).

Há outros cuidados preventivos que são exercícios ativos e passivos, que são essenciais, pois aumentam o tônus muscular da pele, assim ativando a circulação, aumentando a demanda de oxigênio, reduzindo a isquemia tissular e a elevação dos membros inferiores promove o retorno venoso, diminui a congestão e melhora a perfusão tissular. Além disso, a equipe e os familiares do paciente devem estar atentos à presença de pregas no lençol, pressão causada pelos tubos de soro e de sonda, que podem contribuir para o aumento da pressão e conseqüentemente reduzir a circulação (SMELTZER; BARE, 2005).

Podemos usar massagens de conforto através de manipulação manual sistêmica dos tecidos corporais com propósitos terapêuticos devem ser efetuadas na pele integra limpa e em todas as zonas de pressão após o posicionamento do paciente, por um período de no mínimo dez minutos. Devem ser usados ácidos

graxos essenciais que vão promover a hidratação ou também, pode ser usado o amido de milho conhecido popularmente como a Maisena que irá reduzir a fricção, promovendo mais conforto e estimulando a circulação do local. (DECLAIR, 2002, DUARTE; DIOGO, 2002).

Os programas educativos são de suma importância porque ajudam na previsão e na prevenção das lesões, sendo que a instalação ou desenvolvimento das úlceras por pressão são menores em pacientes mais informados. Deve-se, portanto organizar programas educativos que envolvam todos os níveis de profissionais de saúde, familiares e cuidadores com o intuito de prevenir as feridas em indivíduos acamados. O baixo nível educacional não seria importante na reabilitação aguda, mais sim na prevenção e no período de acompanhamento (IRION, 2005).

2. CONCLUSÃO

O estudo realizado permite concluir que a enfermagem esta cumprindo o seu papel, mais toda a equipe de enfermagem deve estar igualmente comprometida, afim de garantir o melhor para cada paciente. A orientação dos familiares com enfoque na prevenção e a identificação dos riscos naqueles pacientes e de estrema importância para o tratamento da úlcera por pressão

E importante o conhecimento de toda a equipe envolvida no cuidado e também do bom senso das unidades de saúde, hospitais, casas de repouso, e dos profissionais que trabalham no atendimento primário para o controle do problema que pode ser evitado. Fica evidenciado a importância da informação e a atualização para os profissionais de saúde sobre úlcera por pressão, além da dedicação destes na sua prevenção e tratamento em pacientes acamados, e ainda a conscientização de cuidadores e familiares dos mesmos. Pois somente assim se consegue a excelência no cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, MS Rev. Técnica de enfermagem; Edição brasileira, São Paulo, ano 2, n.9, p.22-27, fev. 1999. BENEDET, S.A. **Manual de diagnóstico de enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**; 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

DEALEY C. Cuidando de feridas: **um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu; 1992. p.83- 126.

DECLAIR, Vânia. **Escara de decúbito: prevenção e tratamento**. Nursing, São Paulo, v.53, p. 5-6, out. 2002.

DELISA, Joel A.; GANS, Bruce M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas**. 3ª ed. Barueri, Manole, 2002.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'elboux. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERREIRA LM, Calil JA. **Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão**. Diagn Tratamento 2001; 6:36-40. 3. Frisoli Jr A, Haddad A, Neto JT, Ferreira LM. Úlcera por pressão. Gerontologia 1995; 3:193-200. 4. Shea JD. Pressure.

FREITAS, Maria Cecília de et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011.

GONÇALVES, M.T.F. **A úlcera de pressão e o idoso**. Nursing, São Paulo, v. 5 n. 44, p. 29-34, jan. 2002.

IRION, Glenn. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JORGE, Sílvia Angélica Jorge; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003. LIANZA, Sérgio. **Medicina de Reabilitação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

MORTON, Patrícia Goncet al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PARANHOS WY, Santos VLGC **Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa**. Ver Esc Enfermagem USP 1999; 33:191-206.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 4ª ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA DMST, SANTOS VLGC. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, set./out. 2007, v. 15 n. 5, p. 958-964.

SANTOS LLR, Ferreira LM, Sabino Neto MS. Úlcera por pressão. In: Ferreira LM. **Manual de Cirurgia Plástica**. São Paulo: Atheneu; 1995. p.214-7.

TIMBY, Bárbara K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Trad. Regina Garcez. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

NPUAP (**National Pressure Ulcer Advisory Panel**) Disponível em <http://www.npuap.org/> Acesso em 15 de Novembro de 2015.