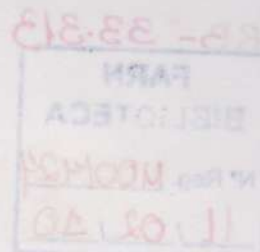


LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

AMARO FRANCISCO LOPES FILHO

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO
PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

NATAL/RN
2009



AMARO FRANCISCO LOPES FILHO

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO
PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

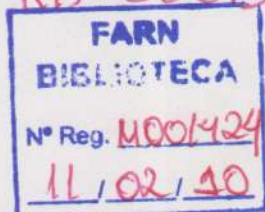
Monografia apresentada a Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte (FARN), como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Msc. Cléa Maria
da Costa Moreno.

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO
PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

NATAL
2009

RB- 33.313



616.711

20852i

2009

ex. 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

LOPES FLHO, Amaro Francisco

Importância da assistência de enfermagem ao paciente idoso portador de
úlceras por pressão: Uma Revisão de Literatura. / Amaro Francisco Lopes
Filho. – Natal: FARN, 2009.
43f.

Orientadora: Cléa Maria da Costa Moreno (Ma)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento, do Rio Grande do Norte.

1. Úlcera por Pressão – Monografia. 2. Homem – Monografia. 3.
Assistência de Enfermagem – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.711-002

AMARO FRANCISCO LOPES FILHO

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO
PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte (FARN), para obtenção do título de Graduado de Enfermagem.
Orientadora Prof^a. Ma. Cléa Maria da Costa Moreno.

Orientador (a): Prof^a. Ma. Cléa Maria da Costa Moreno

Examinador (a): _____

Examinador (a): _____

Natal ____ de _____ de 2009

Dedico a minha família, principalmente
a que constrói, pelo apoio e paciência
que dela recebi em todos os
momentos de minha vida, mais
precisamente minha filha Eli Lopes,
meu filho Paulo Lopes e a minha ex-
companheira Rosângela e filha por
sempre estado presente nos momentos
mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de nossa existência em que nos momentos que passamos em
suas mãos nos sentimos protegidos e amados até ao fim da vida.

À minha mãe, minha primeira e única amiga, que sempre me apoiou e me
encorajou a fazer o que eu queria, e que sempre me fez sentir que eu não estava sozinho.

À minha irmã, minha amiga, minha irmã, minha irmã, minha irmã, minha irmã,
meu amor e a minha companheira Rosângela e filho por terem estado presentes nos momentos
mais difíceis da minha vida.

Às minhas amigas, que sempre me apoiaram e me encorajaram a fazer o que eu queria,
para que eu não me sentisse sozinho e triste.

Às minhas amigas, que sempre me apoiaram e me encorajaram a fazer o que eu queria.

Dedico a minha família, principalmente
a que construí, pelo apoio e paciência
que deles recebi em todos os
momentos de minha vida, mais
precisamente minha filha Eli Lopes,
meu filho Pedro Lopes e a minha ex
companheira Rosângela e filho por
terem estado presente nos momentos
mais difíceis.

RESUMO

A úlcera por pressão pode ser definida como uma lesão localizada da pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, provocada por diversos fatores como pressão, cisalhamento e fricção, ou a combinação desses três fatores, sendo também fatores freqüentes na população idosa, principalmente quando permanecem por longos períodos hospitalizados. O objetivo geral desse trabalho foi realizar uma revisão de literatura no sentido de avaliar a ocorrência e os fatores de riscos das úlceras por pressão nos idosos através da relação entre a fisiologia da pele e as úlceras por pressão, a identificação das condições predisponentes como também os fatores de risco extrínsecos e intrínsecos na ocorrência dessas úlceras e a verificação da associação entre essas condições predisponentes e os fatores de riscos nos idosos e também a assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo de revisão de literatura, realizado em banco de dados eletrônicos (Google e LILACS), uso de livros extraídos da Biblioteca da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), pesquisa de campo, não concluída, (Hospital Dr. João Machado), mas que foi de muita valia, e outras fontes, tendo como critério de inclusão material publicado entre 1998 e Julho de 2009, periódicos e livros-texto nacionais. Na literatura investigada, nos idosos, com faixa etária predominante a partir de 60 anos, acontecem mudanças fisiológicas consideradas normais para a idade, porém há fatores que podem torná-los mais vulneráveis para o risco de integridade da pele prejudicada, por estar associados às instabilidades fisiológicas e a limitada e dificuldade de mobilidade. Os estudos também fazem a relação do aparecimento da UP e a intensidade da pressão exercida, a duração da pressão e a tolerância tissular; interferência do processo de cicatrização do idoso, evidenciando um retardo na cicatrização; presença de doenças crônicas; deficiência nutricional; alterações circulatórias e outros fatores crônicos; deficiência nutricional; alterações circulatórias e outros fatores que predispõem a ocorrência das UPs no idoso. No contexto geral, a enfermagem dispõe de cuidados de enfermagem direcionados para a manutenção da integridade da pele, os quais estão descritos na literatura vigente; o que, muitas vezes, deverá depender é do conhecimento teórico-prático da enfermagem de identificar prontamente os fatores predisponentes para UP, do idoso assistido a fim de aplicar as ações necessárias e adequadas durante a sua assistência de enfermagem.

Palavras-Chave: Homem. Lesão. Idoso. Fatores de Risco. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

A pressure ulcer can be defined as a localized lesion of the skin, caused by interruption of blood supply to the area caused by various factors such as pressure, shear and friction, or a combination of three factors, and also frequent factors in the elderly especially when they remain hospitalized for long periods. The aim of this study was to evaluate the incidence and risk factors of pressure ulcers in the elderly by the relationship between the physiology of skin and pressure ulcers, the identification of predisposing conditions as well as risk factors in the intrinsic and extrinsic occurrence of ulcers and verification of the association between these conditions and predisposing risk factors in the elderly as well as nursing care. This is a study of literature review, held in electronic database (Google and LILACS), use of books taken from the library of the School Natalense Development of Rio Grande do Norte (FARN), field research (Hospital Dr. John Machado) and other sources, with the inclusion criteria material published between 1998 and July 2009, journals and textbooks nationals. In the literature investigated in elderly patients with predominant age from 60 years, physiological changes occur as normal for the age, but there are factors that may make them more vulnerable to the risk of impaired skin integrity, being associated with instability physiological and limited mobility and difficulty. The studies also make for the appearance of the UP and the intensity of pressure, duration of pressure and tissue tolerance, interference of the healing process of the elderly, showing a delayed healing, chronic diseases, nutritional deficiency, circulatory disorders and other chronic factors, nutritional deficiency, circulatory changes and other factors that predispose the occurrence of PU in the elderly. In the general context, nursing provides nursing care directed at maintaining the integrity of the skin, which are described in current literature, which often must rely on is the theoretical and practical knowledge of nursing readily identify the predisposing factors for UP, assisted the elderly in order to implement the actions necessary and appropriate for their nursing care.

Keywords: Men. Injury. Elderly. Risk Factors. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVO GERAL.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3.1 O Idoso no Mundo e no Brasil.....	11
3.2 Definindo Úlcera por Pressão.....	12
3.3 Estágios(graus) das UPs e Locais Frequentes..	14
3.3.1 Estágios das UPs Fig. 01.....	16
3.3.2 Locais frequentes das UPs. Fig 02.....	17
3.5 Marco Histórico de Curativos.....	18
3.6 Elementos para Proposição de um Plano de Tratamento que Favoreça o Processo de Cicatrização com Enfoque Multidisciplinar.....	19
3.7 Assistências de Enfermagem ao Paciente Idoso Portador de UPs.....	21
3.8 Processos de Cicatrização.....	23
3.9 Trabalhos Relevantes Sobre o Tema.....	28
3.10 Prevenindo a Úlcera por Pressão.....	33
3.11 Escala Preditiva de Braden.....	34
3.12 Produtos utilizados com suas respectivas indicações ao paciente portador de úlcera por pressão.....	35
4 METODOLOGIA.....	36
5 DISCUSSÃO.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
7 REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Úlcera por pressão pode ser definida como uma lesão localizada na pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, provocada por diversos fatores como pressão, cisalhamento e fricção, ou a combinação desses três fatores (DEALEI, 2001).

Essas feridas causam muita dor e sofrimento ao paciente, principalmente ao idoso, o qual tem maior propensão em desenvolvê-la. Além de trazer danos ao paciente, há também o aumento dos custos para a saúde, sendo, dessa forma, melhor investir em prevenção (POTTER; PERRY, 2004).

Devido à grande incidência de úlcera de pressão em pacientes idosos e, visando contribuir com o conhecimento dos profissionais de saúde sobre esse tema, resolveu-se fazer uma revisão de literatura com ênfase na assistência de enfermagem, levando-se em consideração os estudos realizados nos últimos dez anos.

Segundo o estatuto do idoso, "idoso", é aquele com idade igual ou mais que 60 anos. A população de idosos no Brasil representa quase 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ou seja, 8,6% da população total do País (IBGE, 2002). Os idosos apresentam ocorrências mais freqüentes para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Algumas das alterações normais na pele envelhecida contribuem para o aumento desses fatores de risco (POTTER; PERRY, 2004).

Nos idosos, a pele apresenta uma diminuição da espessura epidérmica da espessura de colágeno e da elasticidade tissulares, e vários outros fatores decorrentes da idade que comprometem e colaboram no seu aparecimento, como alterações no sistema vascular, sensorial, motor, nutricional (SMELTZER; BARE, 2005).

O diagnóstico é feito por meio de métodos visuais que também classificam as úlceras em estágios, importantes na elaboração de estratégias terapêuticas. De acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, a prevalência em hospitais nos Estados Unidos varia de 3% a 14%, aumentando para 15% a 25% em casas de repouso. Barbenel et al, (2004), em pesquisa realizada na cidade de Glasgow, sobre a prevalência de UP em hospitais, revela índices de 8,8%, sendo que 70% dos pacientes tinham 70 anos ou mais (SANTOS; FERREIRA, 1995).

Um aspecto importante da assistência de enfermagem é garantir a manutenção da integridade da pele observando e utilizando intervenções planejadas para evitar o comprometimento dessa integridade (SMELTTZER; BARE, 2005).

A prevenção e tratamento são prioridades da enfermagem. A capacidade de avaliar os fatores de riscos ajuda a conter dor e sofrimento para o paciente, além de reduzir os altos custos para a saúde (POTTER; PERRY, 2004).

Baseado nesses dados pode-se perceber a importância de se ampliar o conhecimento nesta área. Devem-se conhecer os fatores de risco, prevenção e tratamento, no sentido de contribuir para uma assistência de enfermagem adequada e eficiente. Para que o profissional seja capaz de atuar diretamente no problema é necessário estar pautado em habilidades teórico-práticas e assim, favorecer a ampliação de resultados positivos à saúde dos idosos com riscos de úlcera por pressão.

O objetivo deste trabalho é de auxiliar através da revisão de trabalhos científicos, aos enfermeiros durante a assistência de enfermagem, contribuindo no melhor direcionamento de sua ação, nos cuidados de enfermagem aos idosos portadores de úlcera por pressão.

Este estudo justifica-se pela grande relevância do tema, por tratar-se de um grave problema de saúde pública, que cresce muito no Brasil atualmente, em razão do aumento da população idosa. As pessoas estão envelhecendo e muitas vezes ficando acamadas, necessitando cada vez mais de uma assistência adequada. Os cuidados de enfermagem de qualidade representam para essas pessoas acamadas, uma melhor qualidade de vida. Muitos estudos relevantes foram realizados e são essas experiências que se pretende enfocar aqui.

2 OBJETIVO E LITERATURA

Analisar, discutir e Apresentar trabalhos que abordem a ocorrência e os fatores de risco das úlceras por pressão nos idosos através da revisão de literatura enfocando a assistência de enfermagem de um modo geral.

3.1 O IDOSO NO MUNDO E NO BRASIL

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1980, para 7 milhões em 1995 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 300% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a França, por exemplo, foram necessários 200 anos para que a população atingisse o estágio de envelhecimento (Lima Costa, 2003).

Segundo Costa (2003), o tempo de ocupação no trabalho com o idoso é maior ao comparar os países desenvolvidos.

Os países de maior tempo de ocupação no trabalho populacional, devido ao aumento da expectativa de vida, são os países desenvolvidos. Um dos desafios da saúde pública é o aumento da demanda por serviços de saúde para a população idosa. Isso se deve ao fato de que a população idosa é mais vulnerável a doenças e precisa de mais cuidados. O tempo de ocupação no trabalho com o idoso é maior ao comparar os países desenvolvidos. Isso se deve ao fato de que a população idosa é mais vulnerável a doenças e precisa de mais cuidados. O tempo de ocupação no trabalho com o idoso é maior ao comparar os países desenvolvidos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura será dividida da seguinte forma: 3.1) O Idoso no Mundo e no Brasil; 3.2) Definindo Úlcera por Pressão; 3.3) Estágios (graus) das UPs e locais frequentes; 3.4) Estudos da incidências das UPs em um Hospital de São Paulo 3.5) Marco Histórico de Curativos 3.6) Elementos para proposição de um plano de tratamento que favoreça o processo de cicatrização com enfoque multidisciplinar 3.7) Assistência de Enfermagem ao Paciente Idoso portador de Úlcera por Pressão; 3.8) Processo de Cicatrização; 3.9) Trabalhos relevantes sobre o tema; 3.10) Prevenindo a Úlcera por Pressão e Escala de Braden.

3.1) O IDOSO NO MUNDO E NO BRASIL

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. (MF Lima Costa, 2003).

Segundo Costa (2003), o tempo de ocupação no leito com o idoso é maior ao comparar com outras faixas etárias.

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento

constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (COSTA, 2003).

No que tange aos medicamentos utilizados, principalmente de uso contínuo, podem também contribuir para o desenvolvimento das UP. Enquanto sedativos e analgésicos prejudicam a mobilidade, os agentes hipotensores reduzem o fluxo sanguíneo e a perfusão tissular, tornando-os mais susceptíveis à pressão (FERNANDES, 2000).

Sabe-se que a qualidade de vida é fundamental para uma saúde adequada quando o assunto é idoso pois sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma eqüitativa nos diferentes países e contextos sócio-econômicos. O que era antes um privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser uma norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século XXI. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Dessa forma, surgem os seguintes desafios para a Saúde Pública, como reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde: (a) como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? (b) como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos? (c) como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento? (MF Lima Costa, 2003).

É necessário encontrar os meios para: incorporar os idosos na sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a eqüidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce no país, sem esquecer de políticas públicas voltadas para estas categorias.

O presente número de *Cadernos de Saúde Pública* é um reflexo do aumento do interesse pela pesquisa na área de Saúde Pública e Envelhecimento no Brasil. Este

número contempla temas como políticas de saúde para o idoso e uso de medicamentos, dependência e cuidados familiares, violência contra o idoso, abordagem antropológica do envelhecimento, desigualdades sociais e saúde do idoso, assim como inclui estudos de base populacional conduzidos em diferentes comunidades e no país como um todo.

A cada ano que passa mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Já se perdeu muito tempo acreditando que ainda éramos um país jovem, sem dar o devido crédito às informações demográficas que mostravam e projetavam o envelhecimento da nossa população (COSTA, 2003).

3.2 DEFININDO ÚLCERA POR PRESSÃO

A úlcera de Pressão pode ser definida como uma lesão localizada na pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, provocada por diversos fatores como pressão, cisalhamento e fricção, ou a combinação desses três fatores (DEALEI, 2001).

São vários os fatores que podem aumentar o risco para o desenvolvimento da úlcera de pressão como: imobilidade, pressões prolongadas, fricção, traumatismos, idade avançada, desnutrição, incontinência urinária e fecal, infecção, deficiência de vitamina, pressão arterial, umidade excessiva, edema.

As úlceras de pressão passam por estágios, onde no estágio I, a pele está intacta, mas se observa vermelhidão e um pouco de ulceração de pele. No estágio II a pele já está perdendo sua espessura, manifestando abrasão, bolha ou cratera superficial; no III se observa uma ferida de espessura completa, envolvendo a epiderme, a derme e o subcutâneo, no estágio IV se tem uma lesão significativa, onde há a destruição ou necrose para os músculos, ossos e estruturas de suporte (tendões e cápsulas articulares) (ALONSO; ASSUNÇÃO, 2006).

As pessoas que correm mais riscos são: pacientes acamados que são ou foram fumantes, diabéticos, pacientes com incontinência fecal e urinárias (uso de fraldas), desnutridos, **idosos**, pessoas com pouca ou nenhuma mobilidade, com problemas de circulação arterial.

O tratamento da ferida consiste em limpeza da lesão com jato de soro fisiológico, preferencialmente morno. O jato é conseguido perfurando-se o frasco de soro com uma agulha 40X12 ou 30X8. Este jato tem a propriedade de limpar a ferida sem destruir o que o próprio organismo vem reconstruindo. Se há presença de escaras (crosta preta e endurecida) sobre a lesão, esta deverá ser retirada por um profissional médico ou enfermeiro especializado.

Existem vários produtos, chamados de "novas tecnologias" para auxiliar no tratamento das úlceras por pressão. A indicação fica a critério médico ou de enfermeira especializada. Os resultados são bastante eficazes (ALONSO; ASSUNÇÃO, 2006)

3.3) ESTÁGIOS (GRAUS) DAS UPS E LOCAIS FREQUENTES

Maffei (1995) elucida que úlceras são complicações importantes da insuficiência venosa aguda ou crônica, que podem ser classificadas em Úlceras por Pressão, Úlceras Arteriais e Úlceras Neuropáticas.

Contudo, considerando a natureza do presente estudo, o mesmo focar-se-á nas úlceras por pressão. Segundo Dealey (1996), as úlceras por pressão também denominada de úlceras de decúbito, são lesões ocasionadas na pele, devido à ausência de sangue para uma área do corpo. Essas úlceras surgem por fatores internos e externos do paciente. Os fatores externos que podem provocar úlceras por pressão são: pressão, cisalhamento e fricção. O primeiro fator é o mais importante e leva à úlcera por pressão quando o tecido mole do corpo sofre uma compressão entre uma saliência óssea e uma superfície dura. A obstrução do fluxo sanguíneo leva a

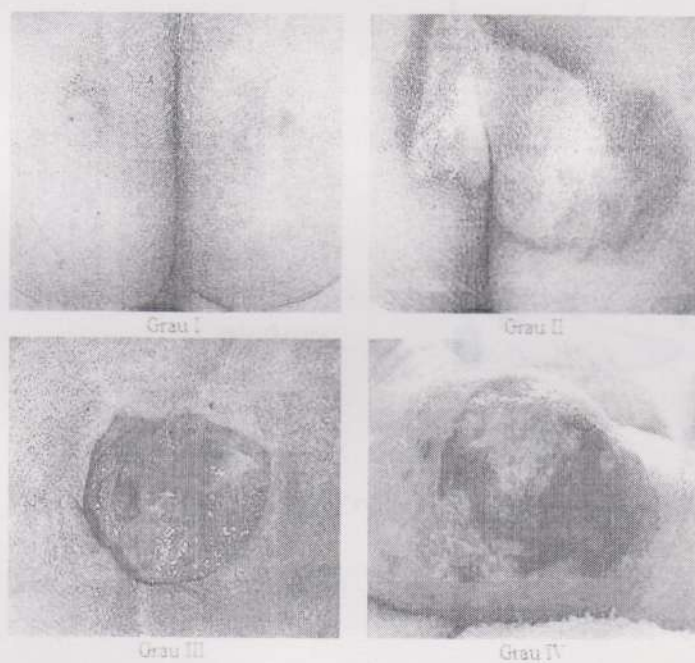
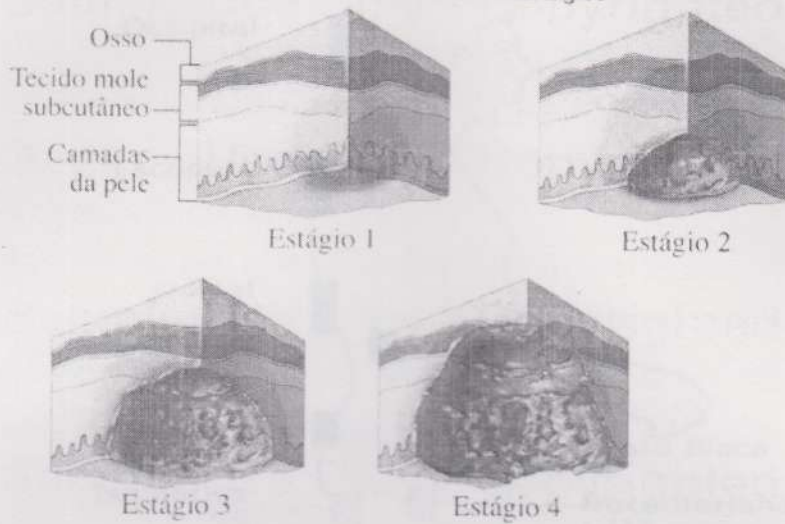
isquemia tecidual. Pressões maiores do que as pressões capilares provocam isquemia localizada. Persistindo essa pressão, ocorrerá necrose dos tecidos.

Para o estadiamento, as úlceras em estágio II são ocasionadas por fricção, trauma ou por incontinência anal/urinária, ao provocarem maceração na pele e conseqüente redução de sua tolerância à pressão. Ao associar estadiamento das UP e risco, alguns autores (Gawron CL, et al., 1994) afirmam que os níveis de risco da Escala de Braden são baseados em valores preditivos de testes positivos.

O que pude perceber com a relação à ideologia e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em alguns Hospitais, é que a interdisciplinaridade é inadequada quantitativa e/ou qualitativamente falando com relação aos recursos humanos e materiais disponíveis, o que têm dificultado a implementação de protocolos de prevenção e tratamento das úlceras em seus estágios.

ESTÁGIOS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:

Úlceras de Pressão: Quatro Estágios



Fonte: www.publisaude.com.br

ESCALA DE FREQUÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO:

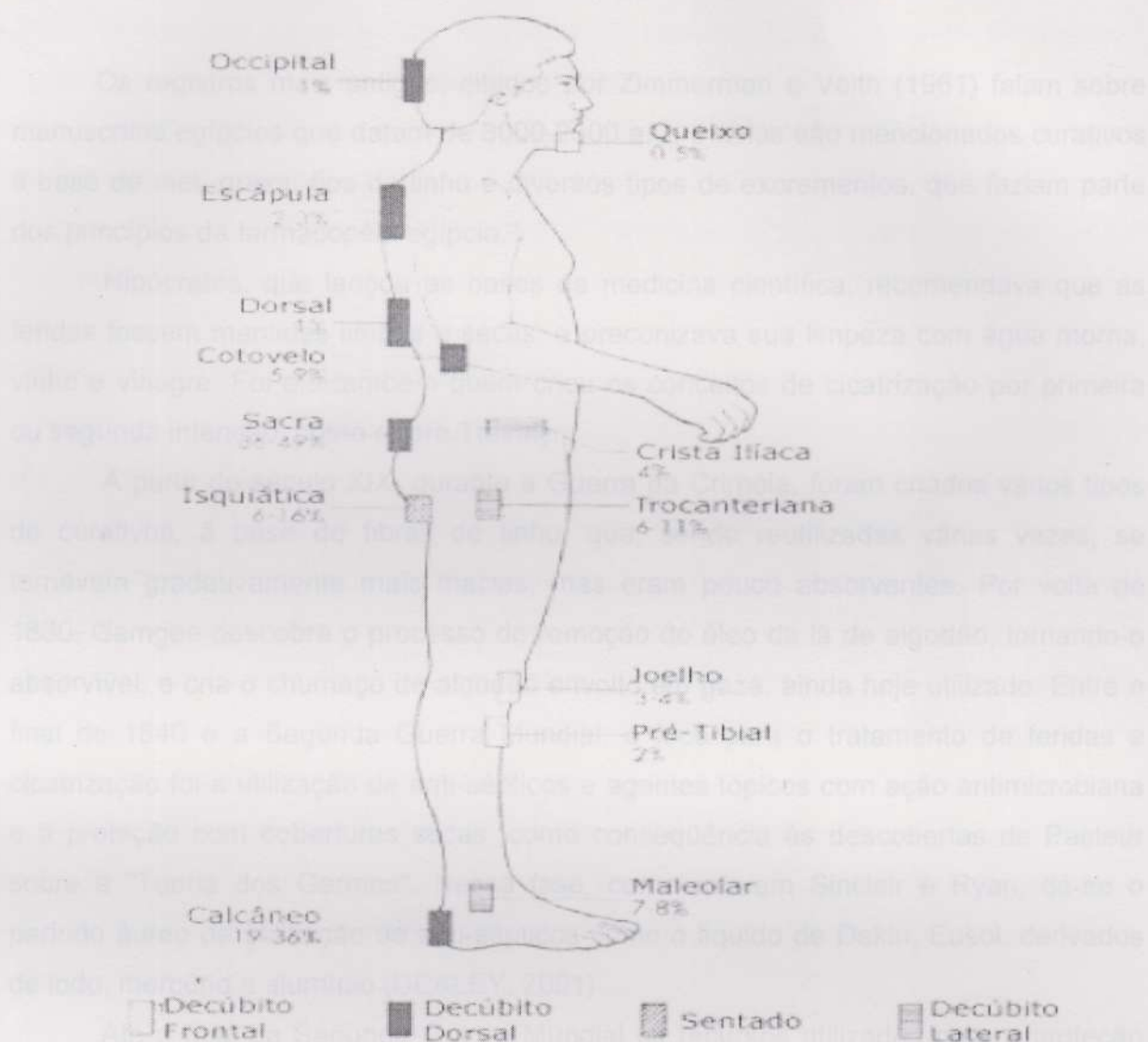


Fig. 11-1: Frequência de ulcerações por local. (Bryant, R.A.)

Em 1862 as coberturas de gaze e carvão foram lançadas nos Estados Unidos e Europa, passando a ser largamente utilizadas em feridas de natureza traumática. Tais coberturas de gaze tornaram-se disponíveis em grande escala a partir da década de 1950 e seu custo elevado foi uma barreira inicial para sua utilização. Também

3.5) MARCO HISTÓRICO DE CURATIVOS

Os registros mais antigos, citados por Zimmerman e Veith (1961) falam sobre manuscritos egípcios que datam de 3000-2500 a.C, e neles são mencionados curativos à base de mel, graxa, fios de linho e diversos tipos de excrementos, que faziam parte dos princípios da farmacopéia egípcia.

Hipócrates, que lançou as bases da medicina científica, recomendava que as feridas fossem mantidas limpas e secas, e preconizava sua limpeza com água morna, vinho e vinagre. Foi ele também quem criou os conceitos de cicatrização por primeira ou segunda intenção, como refere Trevelyn.

A partir do século XIX, durante a Guerra da Criméia, foram criados vários tipos de curativos, à base de fibras de linho, que, sendo reutilizadas várias vezes, se tornavam gradativamente mais macias, mas eram pouco absorventes. Por volta de 1860, Gamgee descobre o processo de remoção do óleo da lã de algodão, tornando-o absorvível, e cria o chumaço de algodão envolto em gaze, ainda hoje utilizado. Entre o final de 1840 e a Segunda Guerra Mundial, o foco para o tratamento de feridas e cicatrização foi a utilização de anti-sépticos e agentes tópicos com ação antimicrobiana e a proteção com coberturas secas, como consequência às descobertas de Pasteur sobre a "Teoria dos Germes". Nessa fase, como referem Sinclair e Ryan, dá-se o período áureo de utilização de anti-sépticos como o líquido de Dakin, Eusol, derivados de iodo, mercúrio e alumínio (DEALEY, 2001).

Até o final da Segunda Guerra Mundial os recursos utilizados para a proteção das lesões baseavam-se na crença de que o ambiente seco proporcionava melhores condições de cicatrização, sendo largamente desenvolvidos e utilizados agentes tópicos que provocavam o dessecamento do leito da ferida, e as coberturas consistiam basicamente de gaze seca, fixada com espessa camada de fitas adesivas (DEALEY, 2001).

Em 1982 as coberturas à base de hidrocolóides são lançadas nos Estados Unidos e Europa, passando a ser largamente utilizadas em feridas de espessura parcial. Tais coberturas só foram disponibilizadas no mercado brasileiro a partir da década de 1990, e seu custo elevado foi uma barreira inicial para sua difusão. Também

no início dos anos 90 são lançados os hidropolímeros, que, além de manter o meio úmido, agregavam a propriedade de promover a evaporação do exsudado, favorecendo a granulação e diminuindo a maceração de tecidos neoformados.

Nesse período o número de publicações sobre o assunto cresceu vertiginosamente nesses países; no Brasil, só a partir da década de 1990, com a chegada dos primeiros curativos chamados "modernos", é que o assunto passou a ser alvo de estudos e pesquisas, em especial nas universidades. (GOLDSMITH, 1996).

3.6) ELEMENTOS PARA PROPOSIÇÃO DE UM PLANO DE TRATAMENTO QUE FAVOREÇA O PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO COM ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

Como se sabe, uma equipe multidisciplinar que seja coesa, que saiba cuidar bem das úlceras visando uma cura adequada, não só vendo a ferida em si, mas o paciente/cliente/usuário de uma forma holística em seu lado biopsicosocioeconômico e espiritual, com certeza terá mais possibilidade de cura aliado a um seguimento ideal do protocolo da Instituição a qual está servindo.

A multidisciplinaridade é muito importante, se partirmos para o pressuposto de cada um tenha em mente de que ali está um ser humano precisando de seus cuidados, seja na parte nutricional, clínica, psicológica, fisioterapia, cuidados de enfermagem e principalmente a colaboração da família e do cliente.

Segundo Meneghin e Lourenço (1995), os pacientes que tem alto risco para desenvolver as lesões são aqueles que apresentam alguma alteração no metabolismo.

[...] os que apresentam desidratação, diabetes mellitus, diminuição da sensibilidade da dor, fraturas, história de corticoterapia, imunossupressão, incontinência, má nutrição, traumas múltiplos, paralisias, diminuição da circulação, úlceras por pressão prévias, obesidade ou magreza significativa, déficit mental, possibilidade de coma, alteração do nível de consciência, sedação ou confusão mental (MENEKHIN; LOURENÇO, 1995).

Portanto, alguns elementos são necessários para se ter um tratamento de qualidade de acordo com os itens abaixo relacionados, segundo Meneghin e Lourenço, 1995:

01) Cuidados de ordem geral: alimentação, nutrição, higiene, deambulação ou mobilização.

02) Cuidados com a ferida: avaliação a cada troca de curativo, por meio de instrumentos e critérios adequados já referidos, e documentação, utilizando escalas de avaliação, também já referidas.

03) Estabelecimento de procedimentos e técnicas, e sua permanente reavaliação e revisão pela equipe multidisciplinar: a equipe deve discutir as diversas etapas do processo de tratamento de lesões, assim como selecionar e indicar o conjunto de recursos que serão utilizados, tanto nos aspectos preventivos como nos de recuperação. Esse conjunto de recursos e tecnologias deve ser decidido em equipe, por meio do estabelecimento de protocolos básicos, que devem incluir:

- procedimentos para higienização da ferida, com a utilização de técnicas e recursos atualizados constantemente, com base em evidências da literatura;
- procedimentos e recursos para remoção de tecido necrótico desvitalizado, de acordo com o tipo de ferida;
- recursos para proteção da ferida e da área periférica, e prevenção de infecção;
- coberturas adequadas ao tipo de ferida, selecionadas conforme parâmetros relativos a: **localização** da ferida (saliências ósseas, local anatômico, região de dobras); **área** (comprimento x largura) e **profundidade da lesão**; características e quantidade de **exsudado**; existência de túneis ou cavidades, vitalidade dos tecidos do leito da ferida e condições das bordas, presença de edema, odor, coloração do leito e área próxima.

04) Diagnóstico preciso do tipo de ferida e estágio do processo cicatricial, e estabelecimento de metas e objetivos em função de cada estágio.

05) Treinamento e reciclagem contínua das equipes.

06) Acompanhamento e documentação para controle e avaliação, e estabelecimento de evidências sobre a eficácia dos diversos recursos e reavaliação contínua.

3.7) ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Toda assistência dada ao idoso é por demais pouco satisfatória, porém, o profissional de Enfermagem não deve desanimar diante de determinadas situações que irão encontrar. De acordo com Guccione (2002), não há um processo diferente de cicatrização de adultos para idosos, mas acredita-se que alterações normais da pele, sistema imunológico e vascular ligados à idade interferem no processo de cicatrização tornando-o mais lento. Porém há possibilidades das cicatrizes das lesões serem melhores num idoso saudável, do que num idoso que apresente sinais de patologia, por exemplo, a diabetes mellitus, anemia, hipertensão arterial ou venosa, edema e também, o fumo e certos medicamentos (ALONSO; ASSUNÇÃO, 2006).

Para uma melhor assistência ao paciente idoso, é necessário conhecer os fatores predisponentes bem como possíveis locais para o surgimento das úlceras (GIARETTO, 2005).

Para Smeltze Bare (2005), as condições predisponentes para o desenvolvimento de uma úlcera de pressão são por fatores de diminuição da espessura epidérmica e síntese de colágeno, elasticidade e umidade. A perfusão tissular comprometida nas alterações cardiovasculares diminuindo o aporte sanguíneo para os capilares. As atrofia muscular que sobrecarregam as proeminências ósseas, uma redução de percepção sensorial e da mobilidade física são fatores freqüentes para o surgimento das úlceras.

Segundo Guccione, 2002 os idosos são considerados as maiores vítimas no desenvolvimento das úlceras por pressão, pois, permanecem por períodos prolongados no leito, tem a percepção sensorial diminuída, atrofia muscular, ou melhor, com a idade

a massa muscular diminui, a circulação sanguínea é reduzida, o padrão nutricional é ineficaz, a força de cisalhamento e atrito, isto muitas vezes se deve ao fato de que há um número reduzido de profissionais para uma eficaz mudança de decúbito, e a umidade por eliminações e excreções são fatores prejudiciais que requerem uma melhor atenção da Enfermagem para o paciente idoso portador de úlceras por pressão. Para Guccione, 2002, para um idoso fragilizado com 70 anos e uma pressão sistólica menor é relacionado com um baixo fluxo sanguíneo na pele e uma lenta recuperação circulatória.

Demograficamente, os pacientes com UP caracterizaram-se por idade média elevada, significativamente superior àqueles também pertencentes ao grupo de risco, porém sem UP. Além disso, os pacientes idosos com UP encontravam-se, coerentemente, inseridos nas unidades com incidências mais elevadas e tem a pele mais exposta à umidade, como importante fator de risco para o desenvolvimento dessas lesões, segundo as análises de correlações. Já os indivíduos sem úlceras, embora também apresentando elevado grau de exposição à umidade, eram mais ativos e menos dependentes, submetendo-se menos à ação de forças mecânicas como o atrito e o cisalhamento e gerando, conseqüentemente, menor potencial para a formação de UP.

Vale ressaltar que a idade é apontada, pela maioria dos autores, como um dos mais relevantes fatores envolvidos na fisiopatogênese das UP, quando associada a outros fatores como desnutrição, mobilidade e umidade(Bryant 2000). Em estudo multicêntrico (Lepistö 2001), realizado na Finlândia, junto a hospitais gerais e de reabilitação além de centros de saúde, os autores verificaram idade média de 75 anos para os pacientes com UP, similarmente aos resultados aqui encontrados.

3.8) PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

Segundo Fazio (2000), a cicatrização de feridas passa por processos celulares e moleculares para que o tecido se reconstitua.

consiste em uma perfeita e coordenada cascata de eventos celulares e moleculares que interagem para que ocorra a repavimentação e a reconstituição do tecido. Tal evento é um processo dinâmico que envolve fenômenos bioquímicos e fisiológicos que se comportem de forma harmoniosa a fim de garantir a restauração tissular. Como desencadeante da cicatrização, ocorre a perda tecidual, a partir da qual o fisiologismo volta-se completamente para o reparo de um evento danoso ao organismo. A perda tecidual pode atingir a derme completa ou incompletamente, ou mesmo atingir todo o órgão, chegando ao tecido celular subcutâneo. É daí que vem a definição do tipo de ferida. Ferida de espessura parcial (derme incompleta): ocorre após muitos procedimentos dermatológicos como a dermoabrasão, o *resurfacing* por laser ou *peelings* químicos; pode também ser causada por traumatismos. A reparação faz-se pela reepitelização dos anexos epiteliais ou epitélio derivado da pele adjacente não acometida. Como resultado final tem-se uma cicatriz praticamente imperceptível. Já as feridas de espessura total (derme completa ou estendida ao tecido celular subcutâneo) necessitam da formação de um novo tecido, o tecido de granulação; a epiteliação, base da cicatrização nas feridas de espessura parcial, acontece apenas nas margens da ferida. Nesse caso, a cicatriz é totalmente perceptível e, muitas vezes, pronunciada. A cicatrização também depende de vários fatores, locais e gerais, como: localização anatômica, tipo da pele, raça, técnica cirúrgica utilizada. A cicatrização em uma mesma espécie varia se a ferida ocorre no feto, no recém-nascido ou no indivíduo adulto (FAZIO, 2000).

Classificação dos Processos Biológicos da Cicatrização

Diferentes classificações didáticas são utilizadas para facilitar o entendimento de um processo totalmente dinâmico e com fases tão interdependentes como a cicatrização. Existem autores que consideram três estágios no processo de cicatrização: inicialmente um estágio inflamatório, seguido por um de proliferação e finalizando com o reparo em um estágio de remodelação. Outros autores classificam de uma forma mais completa dividindo o processo em cinco fases principais:

- 1 - coagulação;
- 2 - inflamação;
- 3 - proliferação;
- 4 - contração da ferida;
- 5 - remodelação.

Em um determinado período de tempo as fases coincidem e acontecem simultaneamente, permitindo assim o sucesso da cicatrização (FAZIO, 2000).

Coagulação

O início é imediato após o surgimento da ferida. Essa fase depende da atividade plaquetária e da cascata de coagulação. Ocorre uma complexa liberação de produtos. Substâncias vasoativas, proteínas adesivas, fatores de crescimento e proteases são liberadas e ditam o desencadeamento de outras fases. A formação do coágulo serve não apenas para coaptar as bordas das feridas, mas também para cruzar a fibronectina, oferecendo uma matriz provisória, em que os fibroblastos, células endoteliais e queratinócitos possam ingressar na ferida.

Inflamação

Intimamente ligada à fase anterior, a inflamação depende, além de inúmeros mediadores químicos, das células inflamatórias, como os leucócitos polimorfos nucleares (PMN), macrófagos e linfócitos. Os PMN chegam ao momento da injúria tissular e ficam por período que varia de três a cinco dias; são eles os responsáveis pela fagocitose das bactérias. O macrófago é a célula inflamatória mais importante dessa fase. Permanece do terceiro ao décimo dia. Fagocita bactérias, desbrida corpos estranhos e direciona o desenvolvimento de tecido de granulação. O uso de laser de baixa energia em pele de ratos favorece a cicatrização. Alta atividade fagocitária dos macrófagos é observada após trauma. Os linfócitos aparecem na ferida em

aproximadamente uma semana. Seu papel não é bem definido, porém sabe-se que, com suas linfocinas, tem importante influência sobre os macrófagos. Além das células inflamatórias e dos mediadores químicos, a fase inflamatória conta com o importante papel da fibronectina. Sintetizada por uma variedade de células como fibroblastos, queratinócitos e células endoteliais, ela adere, simultaneamente à fibrina, ao colágeno e a outros tipos de células, funcionando assim como cola para consolidar o coágulo de fibrina, as células e os componentes de matriz. Além de formar essa base para a matriz extracelular, tem propriedades quimiotáticas e promove a psonização e fagocitose de corpos estranhos e bactérias.

Proliferação

Dividida em três subfases, a proliferação é responsável pelo "fechamento" da lesão propriamente dita. A primeira das fases da proliferação é a **reepitelização**. Faz-se a migração de queratinócitos não danificados das bordas da ferida e dos anexos epiteliais, quando a ferida é de espessura parcial, e apenas das margens nas de espessura total. Fatores de crescimento são os prováveis responsáveis pelos aumentos das mitoses e hiperplasia do epitélio. Acontecem estudos em várias partes do mundo. Utilização de colágeno e citoquinas são promessas para uma cicatrização mais rápida e eficaz. Sabe-se que o plano de movimento dos queratinócitos migrantes é determinado também pelo conteúdo de água no leito da ferida. Feridas superficiais abertas e ressecadas reepitelizam mais lentamente do que as ocluídas. A segunda fase da proliferação inclui a **fibroplasia** e formação da matriz, que é extremamente importante na formação do tecido de granulação (coleção de elementos celulares, incluindo fibroblastos, células inflamatórias e componentes neovasculares e da matriz, como a fibronectina, as glicosaminoglicanas e o colágeno). A formação do tecido de granulação depende do fibroblasto, célula crítica na formação da matriz. Longe de ser apenas produtor de colágeno, o fibroblasto produz elastina, fibronectina, glicosaminoglicana e proteases, estas responsáveis pelo desbridamento e remodelamento fisiológico. A última fase da proliferação é a **angiogênese**, essencial para o suprimento de oxigênio e nutrientes para a cicatrização. Inicialmente as células endoteliais migram para a área

ferida, a seguir ocorre proliferação das células endoteliais, acesso para as células responsáveis pelas próximas fases.

Contração da Ferida

É o movimento centrípeto das bordas da ferida (espessura total). As feridas de espessura parcial não contam com essa fase. Uma ferida de espessura total tem contração mesmo quando há enxertos, que diminuem em 20% o tamanho da ferida. Em cicatrizes por segunda intenção a contração pode reduzir 62% da área de superfície do defeito cutâneo.

Remodelação

Essa é a última das fases; ocorre no colágeno e na matriz; dura meses e é responsável pelo aumento da força de tensão e pela diminuição do tamanho da cicatriz e do eritema. Reformulações dos colágenos, melhoria nos componentes das fibras colágenas, reabsorção de água são eventos que permitem uma conexão que aumenta a força da cicatriz e diminui sua espessura. A neovascularização diminui, e tardiamente a cicatriz é considerada avascular. Uma cicatrização normal tem aproximadamente 80% da força de tensão da pele normal, não é volumosa e é plana. Muitas variáveis tanto de ordem geral como de ordem local influenciam esse longo e complexo processo.

Fatores que podem interferir na cicatrização

De acordo com Fazio (2000), é necessária uma completa e minuciosa anamnese para avaliação de todos os fatores que podem interferir na cicatrização.

Dos fatores gerais, interfere a idade, o estado nutricional do paciente, a existência de doenças de base, como diabetes, alterações cardiocirculatórias e de coagulação, aterosclerose, disfunção renal, quadros infecciosos sistêmicos e uso de drogas sistêmicas. Dos fatores locais, interfere a técnica

cirúrgica, formação de hematomas, infecção, reação de corpo estranho, uso de drogas tópicas, ressecamento durante a cicatrização. Esses fatores devem ser de conhecimento do cirurgião dermatológico e merecem atenção especial.

Nas cirurgias dermatológicas, que na maioria das vezes são eletivas, três são os fatores que devem ser destacados segundo Fazio, (2000), a saber:

1- Técnica cirúrgica: respeitando unidades cosméticas e linhas de força; manuseio delicado evitando pinçamento das bordas; uso excessivo e, muitas vezes, desnecessário de eletrocautério; material apropriado e de boa qualidade; suturas subcutâneas para diminuição do espaço morto. Quanto à sutura da pele: promover uma aproximação natural das bordas, sem demasiado aperto, evitando isquemia, necrose e infecção da cicatriz.

2- Uso de drogas sistêmicas e principalmente tópicas. Drogas sistêmicas: especial cuidado com pacientes em uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, corticosteróides, antineoplásicos, isotretinoína. Além dos fármacos, a nicotina deve ser considerada e melhores resultados são conseguidos com a abstinência do cigarro durante 10 dias, pelo menos, antes da cirurgia e três semanas após. Drogas tópicas, como o uso desnecessário de associações de antibióticos, corticóides e antifúngicos: vários agentes tópicos atrapalham a migração epidérmica, se comparada ao não-tratamento: acetonido de triancinolona 0,1% diminui 34% a taxa relativa de cura; nitrofurazona diminui 30%. Já o peróxido de benzoila e coberturas com permeabilidade seletiva melhoram em 14%, a sulfadiazina de prata e pomada neosporina, em 28%.

3- Ressecamento das feridas. Popularmente há a crença de que "ferida seca cura mais rápido". Estudos demonstram que as feridas abertas formam crosta e epitelizam mais lentamente. Inúmeros curativos são então utilizados para produzir umidade local, melhorando de 35% a 45% a taxa de reepitelização de feridas profundas.

3.9) TRABALHOS RELEVANTES SOBRE O TEMA

Muitos trabalhos vêm sendo desenvolvidos sobre úlcera de pressão em idosos. Em um estudo de Blanes; Leila et al, (2004), o grande desenvolvimento na área celular nas últimas três décadas tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas a uma revisão dos conhecimentos e procedimentos tradicionais, muitos dos quais empregados desde a Antigüidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão de pele é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano. Esse motivo exige atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de decisão, que almejem como resultado final, a restauração tissular com o melhor nível estético e funcional.

No estudo de (Fernandes; Caliri, 2000) eles relatam sobre as complicações aos pacientes críticos hospitalizados como podemos ler a seguir:

Úlceras por pressão (UPs) representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados. São considerados pacientes críticos aqueles que têm condições clínicas graves ou necessidade de controles mais frequentes e rigorosos, associados à terapia de maior complexidade, de caráter invasivo ou não. Como exemplos de pacientes críticos, estão aqueles submetidos a cirurgias cardíacas, doenças crônicas, os portadores de afecções neurológicas sérias ou traumas que tragam comprometimento da percepção sensorial e os submetidos a grandes procedimentos cirúrgicos que coloquem em risco as suas condições vitais.

Como se sabe a úlcera por pressão prolonga a hospitalização, dificultando a recuperação do doente e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações como infecção ou osteomielite. Mas é por representarem um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses pacientes, reduzindo a sua independência e funcionalidade na realização das atividades da vida diária, comprometendo qualquer processo reeducacional, que as úlceras por pressão merecem por parte da equipe

multiprofissional toda a atenção, no sentido de prevenir o seu aparecimento ou favorecer o seu tratamento. (FERNANDES; CALIRI,2000).

A "National Pressure Ulcer Advisory Panel" estima que, nos Estados Unidos, mais de 1 milhão de pessoas hospitalizadas desenvolvem UP por ano. Aproximadamente 60.000 pessoas morrem anualmente por complicações decorrentes dessas úlceras.

O custo do tratamento da UP é estimado nos Estados Unidos em 2.000 a 25.000 dólares por indivíduo ao ano. (AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research, 1992).

A maioria dessas úlceras poderia ser evitada se houvesse maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das características principais dos pacientes que desenvolvem as UPs e das escalas de avaliação de risco, com a possibilidade de realizar prognósticos e, assim, preveni-las. A presença de UP em pacientes hospitalizados mostrou-se mais elevada entre os homens (57,7%) do que entre as mulheres (42,3%) deste estudo. Não foram encontrados dados na literatura que relacionem a presença de úlcera com o sexo.

Entre os indivíduos pesquisados, a cor da pele predominante foi a branca (78,2%). Segundo Maklebust et al. (2000), a estrutura da pele varia com a cor. Há semelhanças nas estruturas básicas e função de todos os tipos de pele, mas existem variações sutis. Uma dessas variações é a estrutura do estrato córneo, que nos negros é mais compacto, conferindo à pele negra maior resistência às irritações químicas e caracterizando-se como barreira mais efetiva aos estímulos externos.

De acordo com, Maklebust e Sieggreen,(1996) fica evidente que a pele negra é mais resistente à agressão externa causada pela umidade e fricção, porém, é preciso considerar que também existe uma dificuldade em identificar as pré-úlceras em indivíduos da cor negra, (Rogenski, 2002) o que pode ter contribuído para ser subestimado o número de úlceras por pressão nesta população.

Os resultados deste estudo apontam para uma população predominantemente idosa, pois 66,7% estavam nas faixas etárias a partir de 61 anos e, como consequência, com maior suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões de pele devido às características causadas pelo envelhecimento da pele.

Como se sabe, com o avanço da idade, numerosas mudanças são observadas na pele, entre elas a diminuição da camada dérmica, da sua vascularização, da proliferação epidérmica e de suas propriedades como a percepção da dor, a resposta inflamatória e a função de barreira, tornando-a mais vulnerável à injúria. Estas mudanças ocorrem lenta e progressivamente e são mais facilmente observáveis nos indivíduos após os 60 anos (MULDER, 1992).

Pesquisas demonstram o comprometimento progressivo da atividade celular na terceira idade, especialmente dos fibroblastos, o que afeta diretamente a produção de colágeno local, principal proteína responsável pela formação da estrutura e força tensil tegumentar. Verifica-se, por fim, um aumento da probabilidade de doenças crônicas, muitas das quais tornam as pessoas mais suscetíveis a desenvolver úlceras por pressão (SANTOS, 2000).

Pesquisa realizada por Winkler demonstrou que 7,7% dos pacientes acamados em hospitais podem desenvolver úlcera por pressão em uma semana. Nesse mesmo estudo, este autor relata incidência de 24% em unidades geriátricas ou ortopédicas durante períodos de internação de até três semanas.

Por outro lado, a presença da úlcera por pressão pode vir a prolongar o tempo de internação, devido a suas particularidades no tratamento.

Esse resultado é de suma importância, mostrando a necessidade de serem implementadas campanhas preventivas durante a hospitalização dos pacientes de risco, com base em estudos epidemiológicos dos grupos envolvidos com úlceras por pressão, especialmente quanto à faixa etária atingida, fatores de risco, tempo de permanência no hospital e desenvolvimento de seqüelas.

Fazendo uma comparação em um dos Hospitais de Natal: Dos pacientes que foram internados no Hospital Dr. João Machado e já tinham úlcera, 80% vieram transferidos do Hospital Walfredo Gurgel, evidenciando um despreparo da Enfermagem no cuidado profilático dessas lesões em pacientes acamados, sendo importante uma sistematização de orientação a equipe de Enfermagem.

Pacientes oriundos das unidades de terapia intensiva apresentaram 19,2% do total de pacientes com UP no hospital. Segundo Bours et al., a incidência de UP em UTI varia de 1% a 43%.

Os pacientes internados em UTI têm geralmente alto risco para desenvolver UPs. Esses pacientes normalmente não reagem à pressão excessiva, devido à diminuição da percepção sensorial causada por sedativos, analgésicos e relaxantes musculares. O mesmo acontece nas unidades de emergência do Hospital São Paulo, nas quais, com frequência, são admitidos pacientes graves e com alta complexidade no tratamento. (BOURS et al, 2001).

As doenças preexistentes predominantes foram a hipertensão arterial sistêmica (43,6%), o *diabetes mellitus* (24,4%) e o espasmo muscular (15,4%). Este último resulta em aumento do atrito entre a pele e a superfície da cama ou cadeira.

Outro fator importante na gênese das UPs é a exposição da pele à umidade excessiva, provocada pela incontinência urinária, anal e perspiração. A umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais vulnerável às lesões, principalmente quando associada à fricção e ao cisalhamento. Entretanto, observou-se que 56,4% estavam em uso de sonda vesical de demora, reduzindo a possibilidade, nesses pacientes, da presença de umidade excessiva na pele causada pela incontinência urinária e 78,2% incontinência anal, observando que 46,2% eram classificados como alto risco, caracterizando uma amostra com risco aumentado para o desenvolvimento de UP. (BRADEN et al, 1997).

Como se sabe pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, nas quais a posição supina é requerida, podem desenvolver mais facilmente úlceras, principalmente sacral e calcânea.

Quanto aos medicamentos utilizados, autores referem que principalmente aqueles de uso contínuo, embora necessários, podem contribuir para o desenvolvimento de UP. Os sedativos e analgésicos, por exemplo, reduzem a sensação de dor, mas prejudicam a mobilidade. Os agentes hipotensores, por outro lado, podem afetar o fluxo sanguíneo, reduzindo a perfusão dos tecidos e tornando-os mais suscetíveis à pressão (BLANES et al, 2004)

Quanto à localização das UPs, houve predomínio nas regiões sacral, trocantérica, isquiática e calcânea bilateral, sendo locais de apoio quando o paciente assume o decúbito dorsal, lateral ou a posição sentada. Muitas vezes, as pré-úlceras não são identificadas e, segundo Rogenski, em estudo no qual detectou 51,85% de pacientes com pré-úlceras, provavelmente isso se deve à dificuldade dos profissionais de saúde em distinguirem entre a resposta fisiológica normal da pele à interface da superfície externa e a proeminência óssea, isto é, o eritema reativo, daquele não reativo, que já constitui a pré-úlcera e poderá evoluir para os estágios posteriores caso não seja afastado o estímulo causal.

A Escala de Braden é um instrumento que deveria ser utilizado em todos pacientes acamados durante a hospitalização para predizer o risco de formação de UP, possibilitando intervenções profiláticas o mais precoce possível.

Conhecendo as características que permeiam o desenvolvimento de UP, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender os pacientes de risco. Infelizmente, na prática, alguns fatores dificultam um melhor atendimento a esses pacientes. Dentre esses, a falta de uniformização do conhecimento em relação à prevenção, a deficiência de material apropriado para auxiliar no alívio da pressão, como colchão piramidal, protetor de calcâneo, almofadas e filmes adesivos que ajudam a manter a integridade da pele. Outro ponto importante é o número reduzido de

funcionários, principalmente durante os plantões noturnos, e a sobrecarga de serviço, o que dificulta a realização da mudança de decúbito a cada duas horas, em algumas unidades.

3.10) PREVENINDO A ÚLCERA POR PRESSÃO

Manter alguns cuidados com a pele do paciente é fundamental. A atuação no alívio da pressão da pele, nas áreas de maior risco, ou onde se tem ossos mais proeminentes. Alguns cuidados são bem importantes, e podem ser realizados desde os primeiros momentos que o paciente ficou acamado, seja em casa ou no hospital.

- Manter colchão piramidal (caixa de ovo) sobre o colchão da cama do paciente.
- Mudar sempre o paciente acamado de posição.
- Colocar travesseiros macios embaixo dos tornozelos para elevar os calcanhares.
- Colocar o paciente sentado em poltrona macia, ou revestida com colchão piramidal, várias vezes ao dia.
- Quando sentado mudar as pernas de posição, alternando as áreas de apoio.
- Manter alimentação rica em vitaminas e proteína.
- Manter hidratação.
- Trocar fraldas a cada três horas, mantendo paciente limpo e seco;
- Hidratar a pele com óleos e/ou cremes a base de vegetais
- Utilizar sabonetes com pH neutro para realizar a limpeza da região genital.
- Estar atento para o aparecimento de candidíase e outras infecções por fungos. Nesses casos, procurar o médico.
- Aplicação de filme transparente e/ou cremes ou loções a base de AGE nas áreas de

risco aumentado para lesões

- Realizar massagem suave na pele sadia, em áreas potenciais de pressão, com loção umectante e suave. Atenção – áreas avermelhadas não devem ser massageadas, para não aumentar a área já lesionada.
- Manter a limpeza das roupas de cama, bem como mantê-las secas e bem esticadas.
- NÃO utilizar lâmpada de calor sobre a pele, pois estimulam o ressecamento da mesma. (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?626>)

3.11) ESCALA PREDITIVA DE BRADEN

Com a intenção de colaborar na prevenção de UP, dando subsídios para que os enfermeiros pudessem mais objetivamente indicar quais os pacientes que correm risco para desenvolvê-las, vários pesquisadores elaboraram escalas, para predizer o risco para sua formação. Entre as mais citadas está a de Braden (BRADEN, et al., 1987).

No Brasil a escala de Braden foi validada para língua portuguesa Paranhos, (1999) sendo adaptada e testada sua validade de predição em 34 clientes de UTI, obtendo níveis de sensibilidade, especificidade e validade de predição positiva e negativa. De acordo com essa escala são avaliados seis fatores de risco (sub escalas), no cliente, que são: 1 – Percepção sensorial, referente à capacidade do cliente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão. 2 - Umidade: refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade. 3 - Atividade: avalia o grau de atividade física. 4 -, Mobilidade: refere-se à capacidade do cliente em mudar e controlar a posição de seu corpo. 5 -, Nutrição: retrata o padrão usual de consumo alimentar do cliente. 6 - Fricção e Cisalhamento: retrata a dependência do cliente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção.

Das seis sub escalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais

favorável); a sexta sub escala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. A contagem de pontos baixa na escala de Braden (3), indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão. Ao fim da avaliação do cliente pelo enfermeiro, chega-se a uma pontuação, que nos diz que: Abaixo de 11= Risco Elevado, 12-14 = Risco Moderado, 15 – 16 = Risco Mínimo.

3.12) PRODUTOS UTILIZADOS COM SUAS RESPECTIVAS INDICAÇÕES AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PRODUTO	INDICAÇÃO
Sulfadiazida de Prata	Feridas causadas por queimaduras ou que necessitam ação antibacteriana
Colagenase	Feridas com tecidos desvitalizados (necrose)
Ácidos Graxos Essenciais	Prevenção de úlceras por pressão (hidrata a pele), feridas abertas com ou sem infecção
Hidrocolóide	Prevenção de úlceras por Pressão
Hidrogel	Feridas superficiais com moderada ou baixa exsudação. Removem as crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados
Alginato de Cálcio (Kaltostat)	Feridas abertas, sangrantes altamente exsudativas com ou sem infecção, até a redução do exsudato.
Carvão Ativado (Carboflex)	Feridas fétidas, infectadas e exsudativas.
Curativo a Vácuo	Feridas agudas e crônicas, extensas e/ou de difícil resolução. Age também sobre enxertos cutâneos.

Fonte: <http://www.socurativos.com.br>

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada em periódicos, artigos, livros e sites eletrônicos como o Google Acadêmico e base de dados Lilacs em um total de 44 artigos. Utilizou-se para realização das buscas as palavras-chave: Homem.Lesão.Idoso.Fatores de Risco.Assistência de Enfermagem.

De acordo com Boaventura, (2004), "A revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar idéias novas e úteis".

Foi feita uma busca também em bibliografias na biblioteca da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) e demais livros texto específicos da área de enfermagem, que trata do cuidado da pele e de feridas. Por meio desses levantamentos bibliográficos, buscou-se a interação do assunto para melhorar a assistência de enfermagem, visando definir as necessidades apresentadas por esses pacientes em riscos e com isso, proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

5 DISCUSSÃO

De acordo com os diversos trabalhos revisados observou-se que todos citavam a idade avançada como um importante fator de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Desse modo verifica-se a grande necessidade de atenção para essa faixa etária, tendo em vista que eles são vulneráveis a adquirirem úlceras por pressão, pois, sua elasticidade tecidual é enfraquecida tanto quanto seu metabolismo.

Vale salientar que este estudo permitiu perceber que a prevenção de úlcera por pressão ainda não é uma prioridade por parte das equipes médicas e de enfermagem, no entanto, começa a haver o interesse desses profissionais pelo assunto, o que, provavelmente, facilitará a implementação de campanhas de prevenção nos hospitais.

É importante que essas campanhas sejam alicerçadas em alguns pontos fundamentais, entre os quais, elaborar propostas de prevenção e divulgá-las amplamente aos profissionais da área de saúde; utilizar escalas de avaliação de risco; aquisição pela instituição de dispositivos aliviadores de pressão e trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar, incluindo médicos, profissionais de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Enfim precisamos nos aperfeiçoar nesta área enquanto Enfermeiros, pois fazendo isso estaremos contribuindo com a redução na hospitalização, abrindo mais leitos para outros tipos de pacientes com patologias mais diversificadas e holisticamente, ajudando ao Estado a reduzir as despesas públicas pagos com nossos impostos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera por pressão, embora um indicador de qualidade (negativo) dos serviços de saúde ainda é um problema subestimado pelos profissionais, e continua a ocorrer com frequência em pacientes internados principalmente os idosos mais precisamente UTI, impondo um cenário que mostra a necessidade de medidas urgentes para modificar a situação. O déficit de conhecimento, aliado ao uso de práticas inadequadas pelos profissionais, contribui para a manutenção da situação.

A prevenção da ocorrência da úlcera requer melhor compreensão dos profissionais sobre todos os aspectos que envolvem o seu desenvolvimento, assim como atitudes para um cuidar ético com a adoção das práticas recomendadas, incluindo a busca de recursos adequados. Diversas estratégias podem ser utilizadas para melhorar o nível de Conhecimento dos profissionais, entretanto torna-se necessário identificar as barreiras pessoais e institucionais que dificultam o atendimento a esta meta.

As estratégias utilizadas para operacionalizar a intervenção educativa realizada neste estudo são importantes ferramentas para a difusão das recomendações para a prevenção da úlcera de pressão e podem ser utilizadas pelas instituições de ensino e assistência considerando ser este um indicador negativo da qualidade dos serviços. Também o teste de conhecimento utilizado nesta pesquisa pode ser utilizado por pesquisadores e docentes que trabalham na área.

Muito tem sido discutido acerca do nível de prevenção das UPs, todavia pode se perceber que o custo dessas prevenções são elevados tendo em vista que o tratamento pode levar muito tempo para sua concretização.

O que nos resta como profissionais da área de saúde, que estaremos e, aliás os únicos, 24 horas com o enfermo, é exigir políticas públicas voltadas para a prevenção destas úlceras, como também nos preocupar em aperfeiçoar-nos até porque o mercado de trabalho está se estreitando e devemos fazer o nosso diferencial tendo como foco principal a existência de nossa profissão que é o paciente/cliente/usuário dos serviços de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABC da Saúde: Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?626>, acesso em 11 Jun 2009.
- ABC da Saúde: Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?626>, acessado em 23 de setembro de 2009.
- AYELLO E, Franz R. Pressure ulcer prevent and treatment: competency- based nursing curricula. *Dermatology Nursing*, 15(1):44- 65, February, 2003.
- AYELLO E, Franz R. Pressure ulcer prevent and treatment: competency-based nursing curricula. *Dermatology Nursing*, 15(1):44-65, February, 2003. [[Links](#)]
- Agency fo Health Care Policy and Research (AHCPR) - Clinical practice guidelines: pressure ulcer treatment: quick reference guide for clinicians. *Dermatology Nursing*, 7(2): 87-101. [[Links](#)]
- BARROS, Anami EHT, Haddad MCL, Guarient MHDM, Martins EAP, Kuwabara CCT. Protocolo para prevenção de úlcera de pressão [CD-ROM]. In: Anais do 4º Congresso Brasileiro de Estomaterapia; 2001; São Paulo. São Paulo: SOBEST; 2001.
- BRUNNER E SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. Tradução de: Cruz Júnior, Amaury José da et. Al. 10ª edição. Volume 1. Rio de janeiro. Guanabara Koogan, 2005.
- BRYANT; et al. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri: Mosby 2000. [[Links](#)]

- FIFE C, Otto G, Gapsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, et al. Incidence of pressure ulcer in a neurologic intensive care unit. *Crit Care Med* 2001; 29(2):283-90.

- LOURO, Marisol; Ferreira, Margareth; Pavesi, Pedro. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev. bras. ter. intensiva*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 200-203, abr 2009.

- FRANCO, DIOGO; Gonçalves Luiz Fernando. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. *Ver. Col. Bras. Cir.v.35, n.3*, Rio de Janeiro, maio/jun., 2008. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 10 jun 2009.

- LEPSTO M, Eriksson E, Hietanen H, Asko-Seljavirta S. Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. *Int J Nurs Pract* 2001; 7(4):250- [Links]

- FERNANDES, Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.

- FERNANDES, Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. enferm*. São Paulo, v. 52, n. 2, p. 200-203, abr 2009.

- FERNANDES; CALIRI, Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Enferm*, v. 19, n. 2, p. 25-31, 2000.

- GOLDSMITH, Wound care: combining three classification systems to select dressings. *Home Health Care Management and Practice*, 8(6):17-26, 1996 [Links]

- GOLDSMITH, Wound care: combining three classification systems to select dressings. *Home Health Care Management and Practice*, 8(6):17-26, 1996 [Links]

- MORYSON M. Leg Ulcers. In: Moryson M. Nursing Management of chronic wounds. Cap. 10, p.177-229. Mosby, London, 2nd edition, 1995 [Links]

- GUCCIONE, Andrew A. FIGUEIREDO, José Eduardo Ferreira de. (Trad.). Fisioterapia Geriátrica. Traduzido do original: GERIATRIC PHYSICAL THERAPY. 2ªed., p. 470. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2002.

- POTTER, P.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: Conceito, Processo e

- GAWRON CL, Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1994; 21(6):232-40.

- BARBOSA, S. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala

- JÚLIA V. Alber et al. Características de la cicatrización de las heridas en el período fetal. *Cir Pediatr* 1992; 5(3): 117-21.

- KALTOSTAT.: Curativo de Alginato de Cálcio e Sódio. Disponível em: [HTTP://www.fibracirurgia.com.br/produtos/detalhe.php?ref=276&linhas=5](http://www.fibracirurgia.com.br/produtos/detalhe.php?ref=276&linhas=5). acesso em 30 jun 2009

- LIMA COSTA; Veras - Cadernos de Saúde Pública, 2003 - SciELO Brasil
- LOURO, Marisol; Ferreira, Margareth Póvoa, Pedro Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 337-341, set 2007.
- LEPSTO M, Eriksson E, Hietanen H, Asko-Seljavaara S. Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. *Int J Nurs Pract* 2001; 7(4):280- [[Links](#)]
- LOPES, Aline Gomes et al. Aferição não-invasiva de úlcera por pressão simulada em modelo plano. **Rev. bras. enferm**, São Paulo, v. 62, n. 2, p. 200-203, abr 2009.
- MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes, Lopes, Consuelo Helena Aires de Freitas Jorge, Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. esc. enferm**. São Paulo, v. 43n. 1. P. 223-228, mar, 2009.
- MORYSON M. Leg Ulcers. In: Moryson M. *Nursing Management of chronic wounds*. Cap. 10, p.177-220. Mosby, London, 2nd edition, 1998. [[Links](#)]
- ORTONNE JP, Clévy JP. Physiologie de la cicatrisation cutanée. *Rev. Prat* 1944; 44(13); 1735-7.
- POTTER, P.A; PERRY, A.G **Fundamentos de Enfermagem: Conceito, Processo e Prática**. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004.
- PARANHOS, Avaliação de risco para ulcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua Portuguesa [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem USP; 1999.
- PUBLISAÚDE: disponível em:
www.publisaude.com.br/portal/artigos/enfermag...

- RIBEIRO, Soluções anti-sépticas em curativos. In: Jorge SA. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas, cap. 9: p. 101-109. São Paulo: Atheneu, 2003.
- RIJSWIJK, Princípios gerais do tratamento de feridas. In: Gogia, P. Feridas - tratamento e cicatrização, Rio de Janeiro: Livraria Revinter Ltda. cap. 3, p. 23-37, 2003.
- **Rev Bras Enfermagem** 2006 maio-jun; 59(3): 279-84.
- ROGENSKI; SANTOS, Estudo sobre a incidências de úlceras por pressão em um Hopsital universitário. *revi latino-americana Enfermagem* 2005 julho-agosto; 13(04)
- SOUSA, Cristina Albuquerque de; SANTOS, Iraci dos; Silva, Lolita Dopico da Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** São Paulo, v. 59, n. 3 p. 279-284, jun 2006.
- SOCURATIVOS. Disponível e: <http://www.socurativos.com.br/>, acessado em 23 de Outubro de 2009.
- SMELTZER; BARE, Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. Tradução de: Cruz Júnior, Amaury José da. et al. 10ª ed. Rio de Janeir: Guanabara Koogan, 2005, v. 2
- SANTOS, Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.265-306.
- SINCLAIR; Ryan. A great war for antiseptics. *Wound Mangement*, 4(1):16-18, 1993. [[Links](#)]
- Site: Hospital Alemão Oswaldo Cruz: Acesso em 03 de Outubro de 2009