

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM 2007.1**

LUANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MARTINS

**A IMPORTANCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA
POR PRESSÃO**

**NATAL/RN
2010**

LUANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MARTINS

A IMPORTANCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA
POR PRESSÃO

Monografia apresentada ao curso de enfermagem da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Enfermagem.

Orientadora: Cléa Maria da Costa Moreno(Msc)

NATAL/RN
2010

FOLHA DE AVALIAÇÃO

LUANA CLÁUDIA DE OLIVEIRA MARTINS

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Enfermagem.
Aprovada em 13 de Dezembro de 2010, pela banca examinadora:

Professora Cléa Maria da Costa Moreno (Msc)
(Docente do curso de Enfermagem/FARN)

Professor Osvaldo Goes Bay Júnior (Msc)
(Docente do curso de Enfermagem/FARN)

Professora Mariluce de Oliveira Araújo
(Docente do curso de Enfermagem/FARN)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Elci Moraes Martins e Valquíria, por toda dedicação e confiança que me proporcionaram em todos os momentos. A vocês dedico a minha vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser presença constante durante toda trajetória da minha vida. Por toda força e coragem para suportar e enfrentar todos os obstáculos e por me conceder a oportunidade de realizar meu sonho.

A minha Família (Avós, Tios e primos) por serem importantes no meu crescimento pessoal e profissional, meu porto-seguro em todas as horas. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao meu avô Edson por ser um dos principais responsáveis por esta conquista, por sempre ter me ensinado o valor que tem os estudos. A ele a minha gratidão eterna.

A minha irmã Ana Karla, pelo incentivo, apoio e ajuda em todos os sentidos e por toda confiança depositada em mim.

Ao meu amigo e namorado Jonathan Dantas, pela ajuda, companheirismo, compreensão e paciência para alcançar os objetivos até aqui conquistados.

Aos meus amigos de sala de aula, em especial Ana Paula Belém, Catrina Gomes, João Faustino e Diego Filgueira, pelas experiências trocadas, pelo companheirismo e união durante todos esses anos.

A professora Cléa Moreno pela contribuição com seus conhecimentos científicos e pela ajuda no desenvolvimento desta monografia.

A professora Patrícia Fonseca por toda atenção, ajuda e confiança no decorrer deste ano.

As amigas de Monitoria, em especial Maria Helena Pires e Valéria Dantas, por todo carinho, troca de experiências e amizade construída. Obrigada por cada momento de alegria e descontração. Vocês são especiais.

*“para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”
(Anatole France)*

RESUMO

Este trabalho destina-se a realizar uma revisão bibliográfica sobre úlcera por pressão e a importância da atuação da enfermagem na sua prevenção. As úlceras por pressão são definidas como sendo uma lesão de pele ou dos tecidos subjacentes, causadas pela deficiência crônica de fluxo sanguíneo para os tecidos. Estas são classificadas em 4 estágios distintos, que se dá desde um eritema na pele a uma perda total de tecido, envolvendo a camada subcutânea que resulta em necrose deixando proeminências ósseas expostas. Os principais fatores desencadeantes da úlcera por pressão são: idosos, pela falta de elasticidade da pele; pacientes que são submetidos a cirurgias traumatológicas e ortopédicas; pacientes em estado de desorientação que para sua própria segurança precisam permanecer restringidos; pacientes que apresentam elevados graus de obesidade ou de magreza. Este estudo justifica-se pela grande relevância do tema, uma vez que a úlcera por pressão é um problema sério, porém prevenível na maioria dos casos e que o enfermeiro desempenha um importante papel na equipe multidisciplinar, onde avalia e acompanha o tratamento e está sempre em contato com o paciente. A pesquisa foi realizada no período de Abril a Novembro de 2010, em banco de dados eletrônicos e livros da Biblioteca da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN). A busca dos artigos científicos foi realizada através de sites, como: Lilacs, Scielo; entre outros. Os objetivos específicos constituíram-se em: enfocar a importância da enfermagem na prevenção das úlceras por pressão e demonstrar um plano de cuidados para evitar possíveis complicações. Após o estudo realizado, fica constatado que além dos aspectos inerentes ao próprio organismo humano, as úlceras por pressão são de grande responsabilidade da enfermagem e que ainda existem falhas no cuidado ao paciente portador da mesma, devido a diversos fatores que incluem: limitação do conhecimento sobre o tema abordado, grande demanda de pacientes e reduzido número de funcionários, carga horária de trabalho elevada, entre outros. Vale ressaltar que apesar da enfermagem ser a principal responsável pelo cuidado ao paciente, para que haja um melhor resultado precisa-se de uma equipe multidisciplinar atuando juntamente com a equipe de enfermagem para que assim seja oferecida uma assistência de qualidade e evite tais danos ao paciente.

Palavras Chaves: Úlcera por pressão, tratamento e prevenção, plano de cuidados.

ABSTRACT

This work intend conduct a review bibliographic on ulcer pressure in and the importance actuation nursing in its prevention. The pressure ulcers are defined as an injury to the skin or underlying tissue caused by chronic deficiency of blood flow to tissues. These are classified into four distinct stages, which gives the skin from a rash to a total loss of tissue, involving the subcutaneous layer that results in necrosis leaving bony prominences exposed. The main trigge factors of pressure ulcers are elderly, lack of skin elasticity, patients who undergo orthopedic surgery and orthopedic conditions, patients in a state of disorientation that for their own safety must remains restricted, patients with high degrees of obesity or thinness. This study is justified by the great importance of the topic, since the pressure ulcer is a serious problem, but preventable in most cases and that the nurse plays an important role in the multidisciplinary team, which assesses and monitors the treatment and is always in contact with the patient. The survey was conducted from April to November 2010, in electronic databases and books from the Library of the Faculty Development Natal Rio Grande do Norte (FARN). A search of scientific literature was conducted through websites like Lilacs, Scielo, among others. The specific objectives consisted of: focusing on the importance of nursing in the prevention of pressure ulcers and demonstrate a plan of care to avoid possible complications. After the study it becomes clear that besides the problems inherent in the human body, the pressure ulcers are a major responsibility of nursing and there are still gaps in care for the same patient, due to several factors including: limited knowledge about the topic, a great number of patients and reduced staffing, high workload, among others. It is noteworthy that although nursing is primarily responsible for patient care, so there is a better result one needs a multidisciplinary team working together with the nursing staff so that should be offered quality care and avoid such harm to the patient.

Keywords: Pressure ulcer, treatment and prevention, care plan.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Ilustração das camadas da pele e seus anexos	17
FIGURA 2: Ilustração dos graus das úlceras por pressão	20
FIGURA 3: Ilustração dos esquemas dos estágios das úlceras por pressão	21
FIGURA 4: Ilustração das regiões mais comuns a ocorrer úlceras por pressão	22
FIGURA 5: Ilustração da Escala de Braden para avaliação do risco para ulcera por pressão	25
FIGURA 6: Ilustração das Etapas do processo de cicatrização	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivos Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
2. METODOLOGIA	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	16
3.2 DEFINIÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	18
3.2.1 Estágios e Locais mais freqüentes	18
3.2.2 Fatores de risco	22
3.2.3 Escala de Braden	24
3.3 IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO	26
3.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM	31
3.5 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM	32
3.5.1 O processo de Enfermagem aplicado a úlcera por pressão	34
3.6 FISIOLOGIA DO REPARO TECIDUAL	36
3.6.1 Fase inflamatória	36
3.6.2 Regeneração	36
3.6.3 Cicatrização	37
3.7 TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO	39
4. RESULTADOS	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

Segundo Venâncio (2005), As úlceras por pressão são lesões causadas por uma pressão não aliviada, comprimindo os pequenos vasos sanguíneos que favorecem nutrientes e oxigênio para a pele. Os indivíduos acamados encontram-se propensos ao risco de desenvolvê-las, já que grande parte possui um fator importante: imobilidade.

São eventos adversos que acometem clientes hospitalizados, acamados e/ou seus movimentos restringidos e estão direta e indiretamente relacionados com os cuidados prestados pelos serviços da enfermagem (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010, p.223).

Essas úlceras ocorrem geralmente em proeminências ósseas ou de cartilagens como: quadril, sacro, cotovelo ou calcanhar. As úlceras por pressão estão associadas às complicações incluindo celulite, osteomielite, sepse, ineficácia na mudança de decúbito, umidade e irritação devido à incontinência, circulação deficiente como: diabetes, doença vascular periférica, ou anemia. Infecções, pressão prolongada, idade avançada e alterações no nível de consciência (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Pode-se dizer que a má nutrição, a umidade e edema são outros fatores que podem levar o organismo a desenvolver as úlceras (SWEARINGEN; KEEN, 2005, p. 90).

Manter alguns cuidados com a pele do paciente é fundamental. Alguns cuidados são bem importantes, e podem ser realizados desde os primeiros momentos que o paciente ficou acamado, seja em casa ou no hospital. Os principais objetivos do cuidado com a pele são proteger e promover sua integridade, evitando rupturas, o que é de grande importância. O cuidado com a pele deve começar com inspeções diárias, com uma atenção especial no sentido de identificar áreas avermelhadas. Nem áreas avermelhadas, nem proeminências ósseas devem ser massageadas, pois isso pode danificar os vasos sanguíneos mais frágeis. Ressecamento e rachaduras na pele também devem ser encarados com preocupação, pois indicam diminuição da integridade da pele e aumentam o risco para ocorrência das úlceras por pressão (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Para que se possa fazer um estudo relevante sobre um tema tão importante para a enfermagem como é a ulcera por pressão, sendo este um problema que vem crescendo cada vez mais, é importante conhecê-lo, entendendo sua definição, seus estágios, locais mais freqüentes, fatores de risco, tratamento e principalmente a importância que a enfermagem tem na prevenção destas úlceras.

Se a úlcera já se formou, o melhor procedimento é evitar a evolução de um estágio superficial mais profundo, em que é mais complicado o tratamento e em que a lesão compromete estruturas mais importantes (ANDRADE, 2002, p.102).

De acordo com Wanda Horta (1979), cabe a equipe de enfermagem desenvolver atividades para a manutenção e promoção da saúde, bem como para a prevenção de doenças, sendo de sua responsabilidade o diagnóstico e a intervenção de enfermagem.

Sendo assim, para Brunner e Suddarth (2005), a finalidade da promoção em saúde é focalizar o potencial de uma pessoa para o bem estar e encorajar as alterações apropriadas nos hábitos pessoais, estilo de vida e ambiente, de modo que os riscos diminuam e a saúde e o bem-estar serão estimulados.

O enfermeiro é um agente de mudanças: através das atividades da enfermagem ele visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital. Visa incorporar novos conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação (WANDA HORTA, 1979, p.22).

As lesões teciduais por pressão sempre foram um problema para os serviços de saúde, principalmente para as equipes de enfermagem. Entender o que são as lesões teciduais, suas causas e seus fatores de risco para seu desenvolvimento, tornam-se elementos fundamentais. O conhecimento sobre os cuidados específicos minimiza o sofrimento e melhora o custo-benefício do tratamento (SILVA et al, 2010).

Uma precoce e regular estratificação do risco de desenvolver uma úlcera por pressão é fundamental para a adoção de medidas preventivas e para implementação de uma estratégia terapêutica adequada, a qual inclua métodos para redução de fatores predisponentes a hipoperfusão tecidual, otimização do estado geral e nutricional do doente e cuidados locais as úlceras. As escalas de avaliação de risco e os protocolos de tratamento permitem diminuir a incidência e o predomínio das úlceras por pressão (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Para uma prática com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica, para a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição (SOUZA et al, 2010).

Desta forma, o presente estudo destina-se a abordar a atuação da enfermagem na prevenção da úlcera por pressão, levando em conta a importância que o enfermeiro tem na promoção, prevenção e no tratamento deste quadro, uma vez que a enfermagem está diretamente envolvida no cuidar diário de um indivíduo internado ou necessitado. Sendo assim, é de responsabilidade do enfermeiro realizar um plano de cuidados seguindo o processo de enfermagem para a prevenção destas úlceras.

1.1. JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela grande importância do tema, uma vez que o problema não abrange somente a área da saúde pública, mas a saúde como um todo, envolvendo também redes privadas.

A enfermagem possui uma grande influência sobre o paciente, mais do que o uso de qualquer medicamento, principalmente na ocorrência de úlceras por pressão, onde o enfermeiro é o principal responsável pelo cuidado intensivo, cabendo a este profissional o dever de utilizar o diagnóstico de enfermagem e a implementação dos cuidados para que se possam evitar tais complicações, que embora pareçam simples, acarretam sérios problemas que agravam ainda mais a situação do paciente, como a perda de um membro.

Tendo em vista que a enfermagem é a principal ferramenta para a prevenção e tratamento destas úlceras, não cabe somente a ela toda parcela da responsabilidade, sendo necessário uma conscientização dos membros das equipes de saúde para que assim haja um cuidado multidisciplinar e que seja dada tamanha importância e tomado cuidados específicos para evitar tais danos ou para uma rápida recuperação do paciente.

Medidas simples poderiam ser usadas, como uma mudança de decúbito, um diagnóstico de enfermagem precoce, atenção à alimentação, a higiene e assistência adequada para cada tipo de patologia, seriam de fato medidas mínimas que poderiam ser adotadas pelas equipes de saúde que ajudaria na prevenção das úlceras.

Vale ressaltar que quanto mais conscientização houver da parte dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, menos custos irá haver para o tratamento desses pacientes. Uma vez trabalhando a prevenção e evitando a formação de úlceras por pressão, mais baixos serão os gastos efetuados pelos estabelecimentos públicos e privados e menor será o sofrimento para o paciente que já se encontra debilitado.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

-Realizar uma revisão de literatura sobre o grande problema da úlcera por pressão e a importância da atuação da enfermagem na sua prevenção.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Enfocar a importância da enfermagem na prevenção das úlceras por pressão.
- Demonstrar um plano de cuidados para evitar possíveis complicações e prevenção da úlcera por pressão.

2. METODOLOGIA

Neste estudo, foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória bibliográfica, que de acordo com Lakatos; Marconi (2001), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a contribuir com hipóteses.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, sendo desta forma constituída principalmente de livros, revistas, artigos científicos e sites eletrônicos.

Para resumir a literatura, é preciso relatar não apenas os trabalhos que mostram ao leitor o “estado da arte” no momento, mas também os trabalhos de importância histórica, que lembrem ao leitor os primórdios do assunto tratado. Uma revisão de literatura deve, então, mostrar a evolução de conhecimentos sobre o tema, apontando falhas e acertos, fazendo críticas e elogios e resumindo o que é, realmente, de interesse (VIEIRA; HOSSNE, 2001).

Para elaboração deste estudo, foi realizada uma revisão de Literatura visando definir a importância da enfermagem na prevenção da ulcera por pressão como também as necessidades apresentadas por pacientes portadores da mesma e com isso proporciona-lhes uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Boaventura (2004), uma revisão de literatura tem como objetivo demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Incidi também na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar idéias novas e benéficas.

Para realização desta revisão de literatura foi realizada uma busca em bibliografias na biblioteca da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, além de artigos científicos disponíveis em bancos de dados da internet como: Google, Scielo, BVS, LILACS e Revista Brasileira de Enfermagem no período de março a outubro de 2010. Foram revisados 24 livros, 18 artigos científicos. Os descritores utilizados para a busca das fontes foram: úlceras por pressão, escala de Braden, assistência de enfermagem e tratamento de feridas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

Para abordar um tema tão importante sobre lesão tecidual faz-se necessário conhecer a pele, sendo esta uma estrutura indispensável a vida humana e responsável por diversas funções vitais (SILVA et al. 2010).

Como maior sistema orgânico do corpo, a pele é indispensável para a vida humana, formando barreira entre órgãos internos e o ambiente externo (SMELTZER; BARE, 2005).

A pele é considerada um revestimento protetor, que contém terminações nervosas sensitivas e participa da regulação da temperatura corporal, além de cumprir outras funções (DANGELO; FATTINI, 2005, p.1 73).

É composta de uma complexa estrutura de tecidos de várias naturezas, dispostos e inter-relacionados de modo a adequar-se em perfeita harmonia ao desempenho de suas funções. É considerado o maior órgão do ser humano, chegando a medir 1,5 a 2,0 metros no adulto médio e representa mais de 15% do peso corpóreo (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

De acordo com Grabowski (2002), a pele consiste em diferentes tecidos que se juntam para realizar funções específicas. Estruturalmente, a pele consiste em duas partes principais. A parte superficial, e também a mais fina, é composta por tecido epitelial, a epiderme. A parte mais profunda, que consiste em tecido conjuntivo, é a derme. Ainda mais profundamente, e não fazendo parte da pele há a camada subcutânea.

A epiderme é a camada mais externa da pele, não vascularizada, e muito importante para o recobrimento das feridas, a derme contém fibras nervosas, vasos, pêlos, glândulas sudoríparas e sebáceas, já a hipoderme consiste de tecido conjuntivo, é responsável pela estocagem e produção de gordura e de isolante térmico. É nessa estrutura que se formam as lesões popularmente conhecidas como feridas (SILVA et al., 2010).

De acordo com Smeltzer; Bare (2005), a pele é estruturalmente formada da seguinte forma: A epiderme é a camada mais superficial, sendo responsável por reconstituir as mucosas e os condutos auditivos. Esta camada externa é quase completamente substituída a cada 3 ou 4 semanas. As células mortas existentes nesta camada contém grande quantidade de queratina, uma proteína fibrosa e insolúvel que forma a barreira externa da pele e possui a

capacidade de repelir patógenos e evitar perda hídrica excessiva pelo corpo. A epiderme é modificada em diferentes partes do corpo, sendo mais espessas sobre as palmas das mãos e plantas dos pés. A derme constitui a maior porção da pele, fornecendo a força e a estrutura, sendo composta de vasos sanguíneos e linfáticos, glândulas sudoríparas e sebáceas e raízes pilosas. O tecido subcutâneo, ou hipoderme, é constituído principalmente de tecido adiposo o qual proporciona um acolchoamento entre as camadas cutâneas, músculos e ossos. Ele promove a mobilidade da pele, modela os contornos corporais e isola o corpo no aspecto térmico. Os tecidos subcutâneos e a quantidade de adiposidade depositada são fatores importantes na regulação da temperatura corporal.

As funções primordiais da pele são: Proteção contra agressões físicas, químicas e biológicas, formação da vitamina D, termorregulação e perda de água, secreção de hormônios, percepção e sensibilidade e defesa imunológica (MAIO, 2004).

Os tecidos recebem oxigênio e nutrientes, bem como eliminam os resíduos metabólicos através do sangue. Qualquer fator que interfira nisso afeta o metabolismo celular e a função ou vida da célula (POTTER; PERRY, 2004, p.1320).

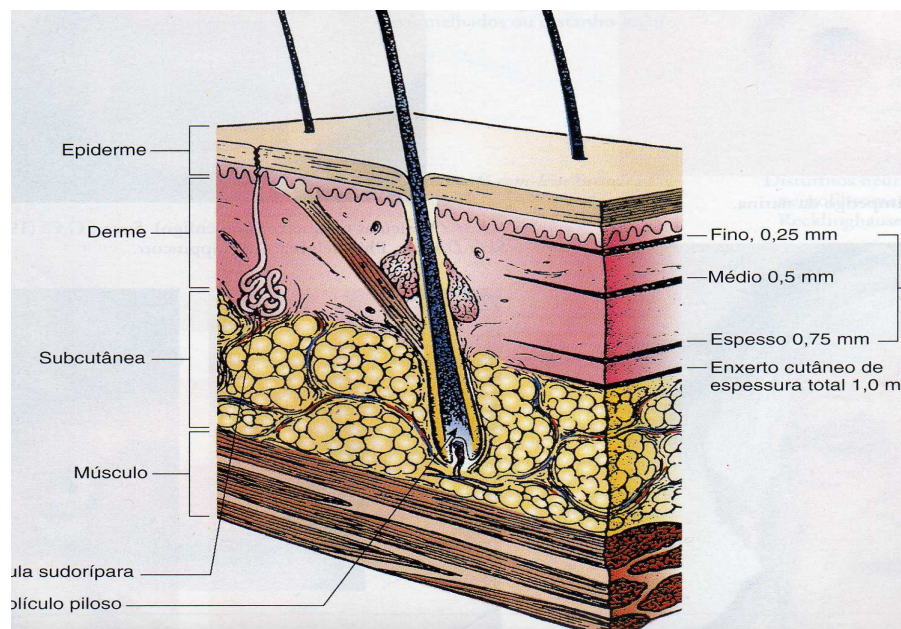


FIGURA 1: Ilustração das camadas da pele e seus anexos
 FONTE: Tratado de Enfermagem Médico cirúrgica. Vol. 1 (2005)

3.2. DEFINIÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Úlcera de decúbito, úlcera de pressão e úlcera do leito são termos empregados para descrever o comprometimento da integridade cutânea (POTTER; PERRY, 2004, p.1320).

As úlceras por pressão, são lesões de pele causadas pela deficiência crônica de fluxo sanguíneo para os tecidos. Tipicamente o tecido afetado situa-se sobre uma projeção óssea que foi submetida à pressão prolongada contra um objeto (GRABOWSKI, 2002).

De acordo com Smeltzer; Bare (2005), as úlceras por pressão são áreas localizadas de tecido mole infartado que acontecem quando a pressão aplicada à pele com o passar do tempo é superior a pressão de fechamento capilar normal.

Para Louro (2007), As úlceras de pressão são definidas como uma área de lesão localizada da pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores.

3.2.1. Estágios e Locais mais freqüentes

De acordo com Andrade (2002), as classificações das úlceras, se dá da seguinte forma:

Fase de úlcera de grau I: verifica-se uma implicação lesiva no nível da epiderme, com perda da continuidade cutânea.

Fase de úlcera de grau II: Nesta fase, o transtorno compressivo e circulatório afeta definitivamente as camadas dérmicas mais profundas e estende-se até o tecido celular subcutâneo.

Fase de úlcera de grau III: observa-se necrose ou morte celular, com extensão da lesão até o músculo da área afetada.

Fase terminal ou úlcera de grau IV: observa-se uma úlcera necrótica que se estende à fáscia, ao osso e afeta as articulações.

Estudos mais recentes já abordam a classificação das úlceras por pressão da seguinte forma:

Grau 1: eritema persistente da pele intacta.

Grau 2: perda parcial do tecido que envolve a epiderme e/ ou a derme ; vista como um abrasão, bolha ou cratera rasa.

Grau 3: perda total de tecido que envolve o tecido subcutâneo, mas não se estende através de fáscia.

Grau 4: perda total do tecido que envolve estruturas musculares, ósseas e de apoio. (WEISSEHEIMER; KEEN. 2005, p90).

De acordo com Malagutti; Kakiyama (2010), há uma classificação para as úlceras por pressão, que é descrita em quatro estágios de progressiva gravidade:

Grau I: presença de eritema que não regride, após o alívio da pressão; existe um comprometimento apenas da epiderme. Tais lesões devem ser consideradas um sinal de advertência, pois da mesma forma que podem cicatrizar espontaneamente com cuidados adequados, podem vir a se agravarem, caso não haja intervenção precoce.

Grau II: tem aparência de queimadura, ocorrendo comprometimento da epiderme, derme ou ambas, além de perda parcial do epitélio. A úlcera é dolorosa, devido ao fato de os terminais nervosos da camada dermal estarem expostos.

Grau III: úlcera profunda com comprometimento total da pele e do tecido subcutâneo, não se estendendo até o músculo. Pode haver presença de drenagem de exudato, cratera pouco profunda, sem atingir a fáscia muscular, pontos de necrose e até mesmo de infecção.

Grau IV: extensa desnutrição do tecido, chegando a ocorrer lesão óssea ou muscular. Durante esse estágio, há perda total da pele e do tecido celular subcutâneo, com danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte, tais como tendões ou cápsulas das juntas, podendo ocorrer comprometimento infeccioso e drenagem.

Segundo Smeltzer; Bare (2005), uma úlcera por pressão em estágio I consiste em uma área de eritema que não esmaece, edema tissular e congestão, e o paciente se queixa de desconforto. A temperatura cutânea permanece elevada por causa da vasodilatação aumentada. O rubor evolui para um aspecto cianótico que é o resultado da oclusão dos capilares cutâneos e enfraquecimento subcutâneo. Uma úlcera por pressão em estágio II exibe uma ruptura de pele, através da epiderme e derme. Pode-se observar uma abrasão, bolha ou cratera rasa. A necrose acontece juntamente com o represamento venoso e trombose, além de edema com extravasamento e infiltrações celulares. Uma úlcera por pressão em estágio III estende-se para dentro dos tecidos subcutâneos. Clinicamente percebe-se uma cratera profunda, com ou sem infiltração dos tecidos subjacentes. Uma úlcera por pressão em estágio IV estende-se para dentro das estruturas subjacentes, inclusive os músculos e possivelmente os ossos. A lesão cutânea pode parecer insignificante, quando, na realidade abaixo da úlcera com superfície pequena, existe uma grande área infiltrada de tecido necrótico.

O aparecimento de drenagem purulenta ou odor fétido sugere infecção. Com uma úlcera de pressão extensa, bolsas profundas de infecção estão freqüentemente presentes. O ressecamento e a formação de crostas com o exudato podem estar presentes. A infecção de uma úlcera por pressão pode progredir até a osteomielite, piartrose (formação de pus dentro da cavidade articular), sepse e choque séptico (SMELTZER; BARE, 2005).

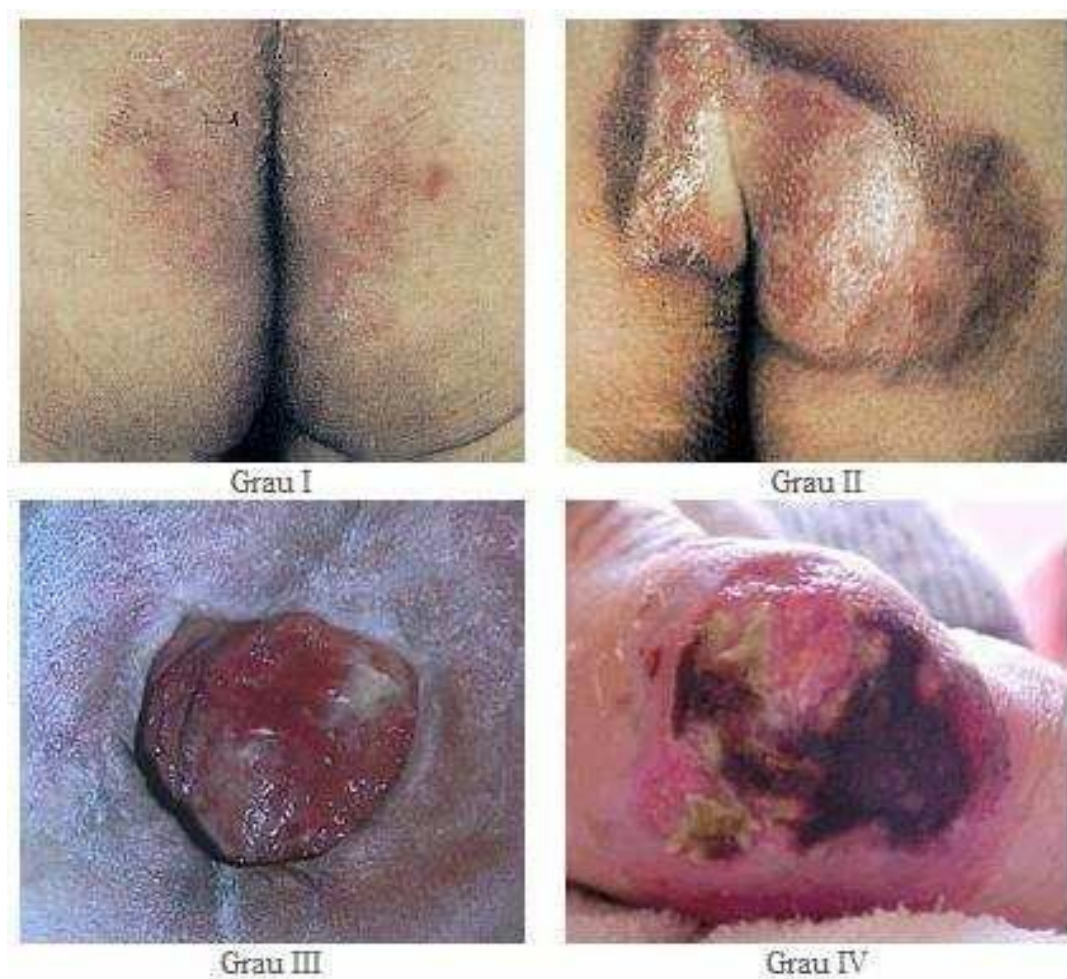
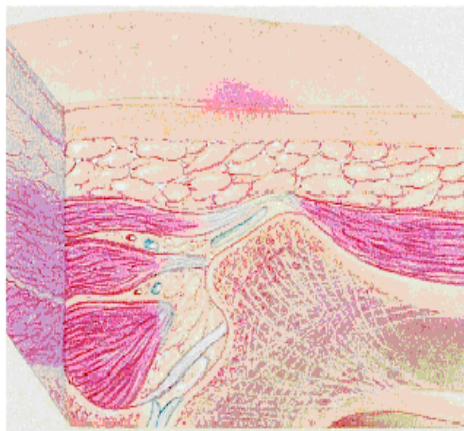
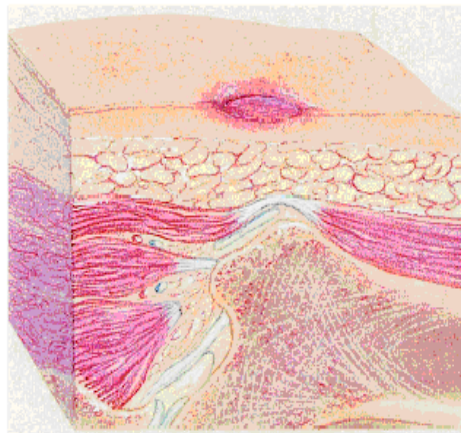


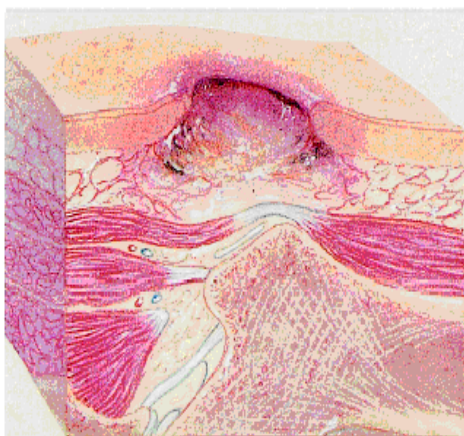
FIGURA 2: Ilustração dos graus das úlceras por pressão
FONTE: Google Imagens (2010)

**Estágio I**

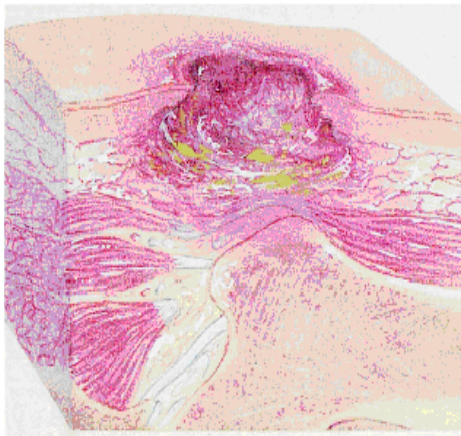
- Área de eritema
- O eritema não embranquece com a pressão
- Temperatura cutânea elevada
- Tecido edemaciado e congesto
- O paciente queixa-se do desconforto
- O eritema progride para o azul acinzentado mosqueado

**Estágio II**

- A pele se rompe
- Abrasão, bolha ou cratera rasa
- O edema persiste
- A úlcera drena
- A infecção pode desenvolver-se
- Ferida de espessura parcial

**Estágio III**

- A úlcera estende-se para dentro do tecido subcutâneo
- A necrose e a drenagem prosseguem
- A infecção se desenvolve
- Ferida de espessura total

**Estágio IV**

- A úlcera estende-se até o músculo e osso subjacentes
- Bolsas profundas de infecção se desenvolvem
- A necrose e a drenagem continuam
- Ferida de espessura plena

FIGURA 3: Ilustração dos esquemas dos estágios das úlceras por pressão
 FONTE: Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica (2005)

As úlceras podem se desenvolver em áreas onde existe pressão sobre proeminências ósseas, tais como o sacro, ísqiuo, trocânter, ou menos freqüentemente o calcâneo, região occipital, o dorso do pé, o maléolo e a patela (COSTA et al., 2005).

A localização das úlceras por pressão ocorrem geralmente em proeminências ósseas ou de cartilagens como quadril, sacro, cotovelo ou calcanhar (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

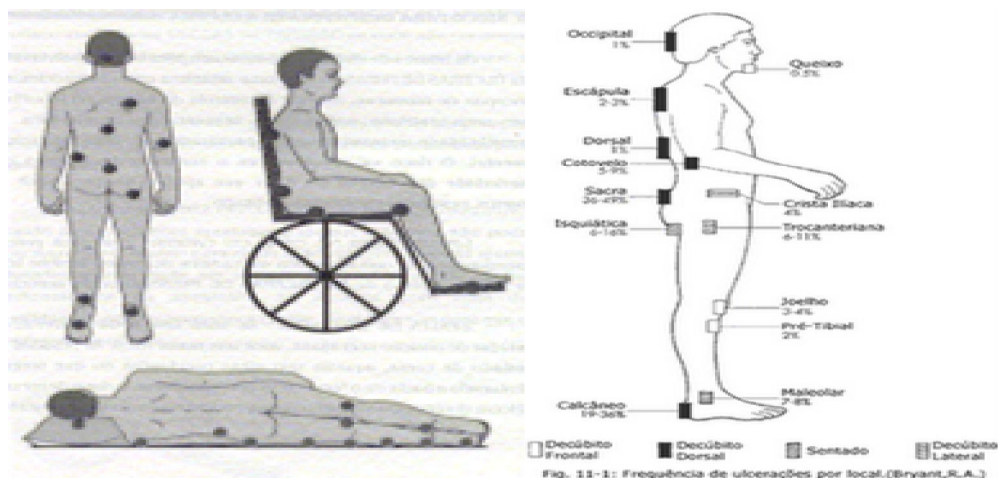


FIGURA 4: Ilustração das regiões mais comuns a ocorrer úlceras por pressão
 FONTE: Google imagens (2010).

3.2.2. Fatores de risco

A etiologia da úlcera por pressão ainda não está totalmente esclarecida, mas é certo de que a pressão contínua sobre a pele leva a fenômenos isquêmicos associados à deficiência de nutrientes e conseqüentemente necrose tecidual (COSTA et al, 2005).

De acordo com Andrade (2002), os principais fatores desencadeantes da ulcera por pressão são: idosos, pela falta de elasticidade da pele; pacientes que são submetidos a cirurgias traumatológicas e ortopédicas, onde no tratamento é utilizado elementos de tração que geram transtornos circulatórios e dérmicos; pacientes em estado de desorientação que para sua própria segurança precisam permanecer restringidos; pacientes que por alterações metabólicas apresentam elevados graus de obesidade ou de magreza, sinais de um aporte nutritivo incorreto.

Imobilidade, percepção sensorial prejudicada, perfusão tissular diminuída, estado nutricional diminuído, forças de atrito e cisalhamento, umidade aumentada e alterações cutâneas ligadas a idade contribuem, sem exceção, para o desenvolvimento das úlceras por pressão (SMELTZER; BARE, 2005).

A pele possui um suprimento sanguíneo abundante que fornece oxigênio a todas as suas camadas. Quando este suprimento sanguíneo é interrompido por mais de 2 ou 3 horas, a pele morre, começando por sua camada mais externa (a epiderme). Uma causa comum de redução do fluxo sanguíneo para a pele é a pressão. Os indivíduos que não podem se mover apresentam um risco maior de desenvolver úlceras por pressão (SMELTZER; BARE, 2005).

A literatura descreve que as lesões teciduais por pressão estão relacionadas ao estímulo sensorial diminuído, função motora comprometida, alterações do nível de consciência, má oxigenação tecidual, alimentação inadequada, usos de aparelhos ortopédicos e cisalhamento de lençóis, bem como a umidade excessiva no leito, tornando-a mais vulnerável a maceração e enfraquecimento de suas camadas superficiais (SILVA et al., 2010).

Os pacientes de alto risco incluem os idosos e aqueles que tem mobilidade reduzida, nível reduzido de consciência, sensação prejudicada, debilidade, incontinência, sepse/temperatura elevada ou má nutrição (SWEARINGEN; KEEN. 2005, p90).

Estudos indicam que pressões entre 60 e 580 mm Hg no período de 1 a 6 horas pode ocasionar uma úlcera. Além da pressão, forças de cisalhamento e fricção podem agir sinergicamente no desenvolvimento de uma ferida em pacientes que são desnutridos, incontinentes, acamados ou com distúrbios mentais (COSTA et al., 2005).

Entre os determinantes críticos para o aparecimento de úlceras por pressão tem-se a intensidade e a duração prolongada de pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. Estes aspectos estão relacionados: à mobilidade do paciente, entendida como a capacidade em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo promovendo a circulação; e, à percepção sensorial que implica no nível de consciência e reflete a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las (ANSELM; PEDUZZI; JUNIOR, 2009).

O tabagismo também é outro fator que expõe o paciente ao risco do desenvolvimento das úlceras, uma vez 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 (SMELTZER; BARE, 2005).

Como a lesão tecidual por pressão se forma com muita facilidade, prolongando a hospitalização, dificulta a recuperação do doente e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações, principalmente em clientes acamados fazendo com que sua recuperação seja mais difícil. Sendo assim, percebe-se que o estudo desta patologia e seu tratamento tornam-se importantes (SILVA et al, 2010).

Quando o dimensionamento da equipe de enfermagem não é feito conforme a demanda de cuidados de enfermagem, o excesso da carga de trabalho pode ser um dos fatores desencadeantes das lesões. Além disso, pode haver valorização da realização de procedimentos e cuidados intensivos prioritários para estabilização das alterações fisiológicas que colocam os pacientes em risco de morte à implementação de cuidados preventivos para Úlcera por pressão (CREMASCO et al, 2009).

3.2.3. Escala de Braden

Com a intenção de colaborar na prevenção de úlceras por pressão, 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 (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

A escala de Braden pode ser empregada para facilitar a avaliação sistemática e a quantificação dos riscos de um paciente para a úlcera por pressão, embora o profissional de enfermagem precise reconhecer que a confiabilidade dessa escala não está bem definida. Ela tende a superestimar aqueles em risco e podem promover o uso desnecessário de equipamentos de prevenção dispendiosos (SMELTZER; BARE, 2005).

A escala de Braden inclui os seguintes parâmetros: percepção sensorial, mobilidade, nutrição, atividade, bem como a presença ou ausência de umidade, atrito e fricção. Esses são classificados de 1 a 4, quanto menor a pontuação, maior o risco de a pessoa sofrer uma solução de continuidade na pele (LOBO, 2010).

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 sub escalas 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, 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 a 14 = Risco Moderado, 15 a 16 = Risco Mínimo (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

Torna-se necessário qualificar os profissionais de enfermagem com o saber que, neste caso específico, é sua instrumentalização com recursos que os capacitem para prever se o cliente corre o risco de desenvolver uma ulcera por pressão. Desta forma entende-se como medida preventiva de úlceras por pressão, a importância da utilização de escala preditiva, tal como a Braden, no cuidar de enfermagem, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente haja vista incluir o diagnóstico, em termos de ulcera por pressão, intervenção de enfermagem através das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO				
Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____			Data da avaliação: _____	
Umidade Nível de exposição da pele à umidade.	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física.	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido ou está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético ou recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. Ou é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um (carne, peixe, lacticínios) ou mais refeições. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente com deslizar contra os lençóis. Cai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação levam à fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. Na maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente cai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.			Pontuação total	

FIGURA 5: Ilustração da Escala de Braden para avaliação do risco para ulcera por pressão

Fonte: Curativos, Estomias e Dermatologia: Uma abordagem multiprofissional (2010).

3.3. IMPORTANCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

De acordo com Potter; Perry (2004), o cuidado de saúde tem cada vez mais focado a promoção da saúde, o bem-estar e a prevenção da doença. O rápido aumento dos custos do cuidado da saúde motivou as pessoas a procurar meios de diminuir a incidência e minimizar os resultados da doença ou incapacidade.

A finalidade da promoção em saúde é focalizar o potencial de uma pessoa para o bem estar e encorajar as alterações apropriadas nos hábitos pessoais, estilo de vida e ambiente, de modo que os riscos diminuam e a saúde e o bem-estar serão estimulados (SMELTZER; BARE, 2005, p.57).

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras por pressão permanece elevada, particularmente nos doentes institucionalizados (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

A úlcera por pressão, tanto em pacientes que recebem cuidados no domicílio como aqueles internados em instituições hospitalares, ainda se constitui em problema importante no processo de atenção à saúde e de enfermagem por afetar a qualidade de vida, aumentar o tempo de internação, em média 7 dias, com elevação de custos (ANSELMÍ; PEDUZZI; JUNIOR, 2009).

A enfermagem é a disciplina do cuidado. Os valores de nossa profissão estão enraizados na ajuda aos indivíduos para recuperar, manter ou melhorar sua saúde, evitar a doença, encontrar conforto e preservar sua dignidade e individualidade. O sistema do cuidado de saúde do novo milênio tornou-se menos orientado para o serviço e muito mais orientado para o negócio, sob os auspícios de iniciativa de redução de custos. Em consequência disso, a prática de enfermagem está mudando. Diante da rápida mudança, a enfermagem deve manter o rumo e preservar os seus valores quanto aos cuidados do cliente, enfrentando os desafios dos novos papéis e responsabilidades no ambiente de cuidado de saúde (POTTER; PERRY. 2004, P.18).

Sabe-se que a úlcera por pressão é um problema sério, porém prevenível na maioria dos casos e que o enfermeiro desempenha um importante papel na equipe multidisciplinar que avalia e acompanha o tratamento e esta sempre em contato com o paciente, observando a evolução do mesmo (FERNANDES, 2005).

Desta forma o tratamento e a prevenção da ulcera por pressão são prioridades dos profissionais de enfermagem, onde os mesmo possuem a capacidade de avaliar os diversos fatores e organizar um plano de cuidado que vise conter a dor e o sofrimento para o paciente.

A capacidade de avaliar os fatores de risco ajuda a conter dor e sofrimento para o paciente, além de reduzir os altos custos para a saúde (POTTER; PERRY, 2004).

O ideal seria a prevenção, pois através dela, os profissionais de saúde estariam sempre preparados para atender aqueles que apresentassem alto risco para o surgimento das lesões, identificando estes pacientes e elaborando plano de cuidados. Sabe-se que há diversos fatores que dificultam o atendimento a esses pacientes, como a falta de conhecimentos em relação às medidas profiláticas, e sobre a farmacologia específica a ser aplicada em cada tipo de lesão. Além disso, o número reduzido de funcionários, somado a sobrecarga de trabalho, compromete a realização de mudança de decúbito a cada duas horas, onde esta intervenção promoveria o enchimento de capilares de pele e manutenção dos nutrientes e oxigênio para a pele (SOUZA et al, 2010).

Segundo Horta (1979), A enfermeira ajuda os indivíduos a lidarem com seu estado de saúde e suas eventuais alterações quando eles próprios não podem fazê-lo. A necessidade de ajuda pode surgir em alguma época particular no ciclo de vida do indivíduo, desde a concepção, a velhice ou a morte.

Sendo assim, o enfermeiro é um agente de mudanças: através das atividades da enfermagem ele visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital. Visa incorporar novos conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação (HORTA, 1979, p.22).

A prevenção da úlcera por pressão, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática, iniciada com a avaliação do paciente admitido em um serviço, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde. Para isto, os enfermeiros, enquanto coordenadores da equipe, necessitam possuir conhecimentos e habilidades para assistir, de forma eficiente e segura, considerando serem responsáveis pelos resultados de suas ações (CHAYAMITI, E. ; CARILI, M., 2009, p.30).

A necessidade de escolher um plano assistencial de tratamento para a ferida irá depender do grau de contaminação, da maneira como esta foi produzida, de fatores locais e

sistêmicos relacionados com o processo de cicatrização e da presença de exudato, além da avaliação dos estágios evolutivos da lesão (DEALEY, 2001).

Para Horta (1979), cabe à enfermagem desenvolver atividades para a manutenção e promoção da saúde, bem como para a prevenção de doenças, sendo de sua responsabilidade o diagnóstico e a intervenção de enfermagem.

Na busca pela qualidade da assistência nos serviços de saúde, é importante reconhecer a úlcera por pressão como um problema extenso, capaz de interferir nesta qualidade. Portanto, é necessário que não só os enfermeiros, mas toda equipe multiprofissional sinta-se envolvida e comprometida em reconhecer e entender o que são as úlceras por pressão, suas causas e os fatores de risco, a fim de implementar ações efetivas de prevenção e tratamento (COSTA, 2003).

Segundo Rangel et al (1999), a natureza multifatorial do problema requer um esforço de todos os membros da equipe multidisciplinar para a prevenção e tratamento, no entanto, cabe à equipe de enfermagem a maior parcela do cuidado. O profissional de enfermagem é responsável pelo cuidado direto e pelo gerenciamento da assistência e precisa estar preparado para isto. Assim, é imprescindível que na sua formação adquira conhecimentos para o cuidado.

Para o eficaz gerenciamento relacionado tanto as práticas curativas quanto preventivas das úlceras por pressão, é necessário que o enfermeiro mantenha-se constantemente vinculado as bases científicas do cuidado, a pesquisa, consciente da sua relevância para a prática (SOUZA et al, 2010).

No atual contexto em que a profissão de enfermagem se insere, as pesquisas clínicas subsidiam a prática baseada em evidências. Esta envolve a definição de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a sua implementação na prática e a ponderação ou julgamento dos resultados obtidos, de modo a encorajar uma assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e custo efetivo (SOUZA et al, 2010).

É imprescindível o alcance de uma prática assistencial de excelência, colaborando na criação de soluções para pacientes acamados e na melhoria do cuidado destes. Mas para isso, há necessidade no aumento da busca pela produção científica e sua utilização, visando melhorar a qualidade da assistência. Focalizando sua atenção na busca persistente pelo conhecimento, o enfermeiro poderá direcionar seu cuidado sem comprometer a integridade do paciente (COSTA; COSTA, 2007).

De acordo com Cremasco et al., (2009), quando o dimensionamento da equipe de enfermagem não é feito conforme a demanda de cuidados de enfermagem, o excesso da carga de trabalho pode ser um dos fatores desencadeantes das lesões.

Manter alguns cuidados com a pele do paciente é fundamental. Alguns cuidados são bem importantes, e podem ser realizados desde os primeiros momentos que o paciente ficou acamado, seja em casa ou no hospital.

Um cuidado muito importante e que é de total responsabilidade da enfermagem é a observação do estado do paciente e a anotação dos achados anormais.

Para Liliana, Felcher e Daniel (2004), a enfermagem é em grande parte uma arte da observação. O enfermeiro deve desenvolver a capacidade de observação, dirigida, premeditada e sistematizada para poder considerar objetivamente a situação do indivíduo sob seus cuidados.

As intervenções de enfermagem devem ser reforçadas como a mobilização no leito, equipe multiprofissional interagindo no planejamento das atividades educativas, manejo da dor, elevação da cabeceira da cama até 30°, elaboração de programas de reabilitação de clientes com lesão medular, realização de pesquisas de enfermagem abordando fatores de risco, prevenção e novas terapias nas úlceras por pressão, conhecimento da prevalência das úlceras em hospitais gerais e uso de novas tecnologias na prevenção e tratamento (MEDEIROS et al., 2009).

As principais finalidades para a observação segundo Felcher et. al (2004), são: contribuir com informações para o diagnóstico e tratamento médico e de enfermagem, conhecer o paciente, conhecer o paciente e sua família, auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões específicas, verificar os problemas aparentes e inaparentes, identificar as constantes mudanças.

Todos os profissionais da área médica responsáveis pelo acompanhamento do paciente devem estar familiarizados com os principais fatores de risco. Neste sentido, a observação das medidas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção é de vital importância para evitar a formação de úlceras (COSTA et al., 2005).

Para Swearingen e Keen (2005), os principais cuidados e maneira de prevenir Ulcera de pressão são:

- Identificar os pacientes de risco e avaliar sistemática e diariamente a pele sobre proeminências ósseas.
- Estabelecer um programa de mudança de decúbito.

- Ajudar o paciente com as mudanças de decúbito a cada 1 a 2 horas. Usar travesseiros para evitar pressão direta nas proeminências ósseas.
- Para pacientes imóveis, apoiar os calcanhares usando travesseiros inseridos abaixo da panturrilha.
- Minimizar a fricção sobre um tecido durante a atividade, dessa forma, levantando o paciente ao invés de arrastá-lo, durante as transferências ou mudanças de decúbito.
- Minimizar a exposição de pele a umidade. Usar barreiras de umidade e fraudas descartáveis quando necessário.
- Usar um colchão que reduza a pressão, como de espuma, alternando ar, gel ou água.

Entre as ações de enfermagem, consideradas medidas preventivas para o desenvolvimento de úlceras por pressão, tem-se: a mobilização e o reposicionamento adequado do paciente; os cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de creme hidratante; a indicação e o monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros (ANSELM; PEDUZZI; JUNIOR, 2009).

De acordo com Smeltzer; Bare (2005), a melhor forma de avaliação de risco para o desenvolvimento da ulcera por pressão, seria o profissional de enfermagem avaliar a mobilidade do paciente, a percepção sensorial, as capacidades cognitivas, a perfusão tissular, o estado nutricional, as forças de atrito e cisalhamento, as fontes de umidade sobre a pele e idade. Desta forma, o plano assistencial seria:

- Avaliar a condição cutânea total pelo menos duas vezes ao dia.
- Inspeccionar cada sítio de pressão para o eritema.
- Palpar a pele para o calor aumentado.
- Inspeccionar para a pele seca, pele úmida e ruptura na pele.
- Observar a drenagem e o odor.
- Avaliar o nível de mobilidade.
- Observar os aparelhos de restrição (contenções e talas).
- Avaliar o estado circulatório.
- Avaliar o estado neurovascular.
- Determinar a presença de incontinência.
- Avaliar os estados nutricionais e de hidratação.
- Observar os problemas de saúde atuais.
- Rever os medicamentos de uso atuais.

É importante ressaltar que a ocorrência deste problema pode ser evitada através de um bom planejamento assistencial individualizado, que vai desde a avaliação dos riscos para ocorrência das úlceras de pressão, até a avaliação e acompanhamento do tratamento de feridas através de uma abordagem holísticas. Portanto, a equipe de enfermagem que cuida do paciente e elabora os cuidados deve estar sensibilizada e consciente da importância da prevenção e controle destas lesões, cabendo ao enfermeiro determinar, planejar e aplicar esta assistência, fundamentada em conhecimentos técnico-científicos que possa minimizar ou eliminar a ocorrência destas complicações ainda presentes em muitas instituições (CINTRA, 2001).

3.4. O PAPEL DA ENFERMAGEM

A liderança, como um dos processos que concretiza a administração de pessoal nas organizações, trata basicamente da condução ou coordenação de grupos (KURCGANT; PERES; CIAMPONE 2006, p.165).

O papel da liderança da enfermeira tem sido tradicionalmente percebido como um papel especializado assumido apenas pelas enfermeiras que possuem títulos que sugerem liderança e que são as líderes de grandes grupos de enfermeiras ou profissionais de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2005).

A liderança desse profissional é fundamentada no conhecimento das necessidades dos pacientes; no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades dos membros da equipe; e nos objetivos traçados pelo grupo. Uma característica importante deste método é o estímulo para que cada membro desenvolva o seu potencial, uma vez que, ao ser designado para cuidar de determinado paciente, o funcionário sabe que foi considerado o melhor qualificado para proporcionar-lhe uma assistência que atenda as suas necessidades (TREVISAN, 1998).

De acordo com Kurcgant; peres; ciapone, (2006), na enfermagem, como em outras profissões, o enfermeiro incorpora sua formação profissional, o saber de várias ciências. Dentre elas a ciência da administração contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente na administração do pessoal de enfermagem.

Cabe ressaltar, que a enfermeira, no desempenho de atividades relativas administração de pessoal, segundo modelos adotados, assume uma posição intermediária na estrutura do poder organizacional com a responsabilidade básica de repassar, ao grupo

subordinado, as deliberações do grupo superior. Cabe ainda a ela o rígido controle do cumprimento dessas deliberações (KURCGANT; PERES; CIAMPONE 2006).

O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de enfermagem é responsável pelo gerenciamento do cuidado. Gerenciamento este, que destaca a tomada de decisão, e que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a ser empregada ao paciente (SOUZA et al., 2010).

3.5. O PROCESSO DE ENFERMAGEM E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM ENFERMAGEM

No Brasil, as teorias de enfermagem nacionais deram início nos anos 70, com Wanda de Aguiar Horta, autora do processo de enfermagem, baseado na teoria das necessidades Humanas Básicas de Maslow. Segundo Horta (1979), Maslow baseia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades humanas básicas em 5 níveis: 1) fisiológicas; 2) segurança; 3) amor; 4) estima; 5) auto-realização. As necessidades básicas possuem características, sendo assim são: universais, flexíveis, constantes, infinitas, inter-relacionadas, dinâmicas, resultantes do meio interno e externo (HORTA, 1979).

Há alguns conceitos sobre a função do enfermeiro, em três campos de atuação, sendo estas: a) área específica: assistindo o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e tornando-o independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; b) área de interdependência ou de colaboração: desempenhando a sua atividade na equipe de saúde, na busca pela manutenção, promoção e recuperação da saúde; c) área social: como um profissional a serviço da sociedade, vinculado a pesquisa, ensino e administração, com responsabilidade legal e da participação em associação de classe (Horta, 1979).

O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979, p.35).

O processo de enfermagem é uma base científica que dá sustentação às ações de enfermagem, sendo considerada uma forma sistemática de agir do enfermeiro para identificação, resolução de resolver problemas junto aos pacientes. Representa e representará cada vez mais, a medida de sua implantação e implementação, tendo como vantagens: documentação de dados, levantamento de problemas e elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática elaborar uma linguagem comum de enfermagem que

facilite a comunicação com o restante da equipe e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada (HORTA, 1979).

De acordo com Horta (1979), o processo de enfermagem distingue-se em 6 fases ou passos, sendo estes:

- Histórico de enfermagem: roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação e seus problemas.
- Diagnóstico de enfermagem: identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.
- Plano assistencial: sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamento, supervisão, orientação, ajuda e execução de cuidados.
- Planos de cuidados, ou prescrição de enfermagem: é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.
- Evolução de enfermagem: relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano a assistência de enfermagem implementada.
- Prognóstico de enfermagem: estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

A preocupação em estabelecer uma normatização de cuidados individualizados ao cliente vem sendo percebida pela enfermagem há décadas. Desde 1929, nos Estados Unidos, e 1934 no Brasil, a utilização de estudos de caso foi introduzida nas discussões de ensino e práticas. Estes estudos eram compostos, basicamente, de história da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e cuidados de enfermagem (ANDRADE, VIEIRA; 2005).

Desde 1986 o planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, art. 11, alínea c, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: Privativamente: planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. Reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º afirma que a implementação da Sistematização da Assistência de

Enfermagem – SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada (ANDRADE, VIEIRA; 2005).

O processo de enfermagem englobando essas etapas constitui uma proposta de melhoria da qualidade do cuidado prestado aos clientes, enfocando um relacionamento dinâmico entre enfermeiro e cliente (COFEN, 2002).

Para a elaboração e implementação de um modelo assistencial em um serviço hospitalar, acredita-se ser necessária a realização de um diagnóstico do trabalho da equipe de enfermagem, ressaltando seu preparo técnico-científico sobre o processo de enfermagem, bem como a existência de problemas decorrentes de uma assistência não sistematizada (ANDRADE, VIEIRA; 2005).

3.5.1. O processo de Enfermagem aplicado à úlcera por pressão

De acordo com Smeltzer; Bare (2005), a utilização do processo de enfermagem em relação a ulcera por pressão, se dá da seguinte forma:

- **Histórico de Enfermagem:** consiste em avaliar os estágios das úlceras por pressão, caso a ulcera já tenha se desenvolvido. Se a ulcera ainda não se desenvolveu, o histórico de enfermagem consiste em avaliar o cliente para o risco do aparecimento das úlceras.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** os principais diagnósticos de enfermagem incluem: risco para integridade da pele prejudicada, neste caso quando a ulcera ainda não se desenvolveu; Integridade da pele prejudicada, quando a úlcera já se desenvolveu, relacionada com a imobilidade, percepção sensorial diminuída, perfusão tissular diminuída, estado nutricional diminuído, forças de atrito e cisalhamento, umidade aumentada ou idade avançada.
- **Planejamento e Metas:** as principais metas para o paciente incluem o alívio da pressão, melhoria da mobilidade, percepção sensorial melhorada, perfusão tissular melhorada, melhoria do estado nutricional, minimização das forças de atrito e cisalhamento, superfícies secas em contato com a pele e cura da ulcera de pressão, quando existente.
- **Prescrição de enfermagem:** as variadas prescrições de enfermagem são: Aliviar a pressão com as mudanças de decúbito em intervalos de 1 a 2 horas e além da mudança regular deve ocorrer pequenos deslocamentos do peso corporal. A pele é inspecionada a cada mudança de posição e avaliada para elevação da temperatura. Pacientes sentado em

cadeiras de rodas por períodos prolongados devem ter almofadas de cadeira de rodas. Melhorando a mobilidade, onde o paciente é encorajado a permanecer ativo e deambular sempre que possível. Exercícios ativos e passivos aumentam o tônus muscular, cutâneo e vascular. A atividade estimula a circulação, o que alivia a isquemia tissular, o precursor das úlceras por pressão. Melhorando a percepção sensorial, estimular o paciente para aumentar a consciência de si próprio no ambiente, encorajando-o a participar nos cuidados pessoais. Melhorando o estado nutricional, uma dieta rica em proteínas com suplementos protéicos pode ser valiosa. O ácido ascórbico (vitamina C) é necessário para a cura tissular. Outros nutrientes associados a pele saudável incluem vitamina A, B, zinco e enxofre. Com a nutrição e hidratação balanceada a pele é capaz de permanecer saudável e os tecidos lesionados podem ser reparados.

- Evolução: Os resultados mais esperados dos pacientes, podem incluir:
 1. Mantém a pele íntegra: Não exibe áreas de eritemas que não esmaecem nas proeminências ósseas e não exibe rupturas na pele.
 2. Limita a pressão sobre as proeminências ósseas: Mudança de posição a cada duas horas.
 3. Aumenta da mobilidade: realiza exercícios de amplitude de movimentos, adere o esquema de mudança de posição.
 4. Capacidades sensorial e cognitiva melhoradas: melhora no nível de consciência e inspeciona as áreas potenciais de ulcera por pressão a cada manhã e a noite.
 5. Demonstra a melhor da perfusão tissular: exercícios para aumentar a circulação e elevação das partes do corpo suscetíveis ao edema.
 6. Atinge e mantém o estado nutricional adequado: proteína e vitamina C na dieta. Hemoglobina, eletrólitos, albumina, transferrina e creatinina em níveis adequados.
 7. Evita o atrito e cisalhamento: Utilização de alcochoamento adequado para a formação de úlceras e protetores de calcanhar apropriado.
 8. Mantém a pele limpa e seca: Evitar o contato prolongado com superfícies úmidas ou sujas. Utilização de uma loção para manter a pele lubrificada.
 9. Experimenta a cura da Ulcera por pressão: Evita a pressão sobre a área. Melhora o estado nutricional. Demonstra comportamentos para evitar novas ulceras por pressão. Declara os indicadores iniciais do desenvolvimento da ulcera por pressão.

3.6.FISIOLOGIA DO REPARO TECIDUAL:

3.6.1. Fase inflamatória

A inflamação é uma resposta protetora, direcionada para eliminar a causa inicial da lesão bem como as células e tecidos necróticos que resultam do insulto original. Sendo assim, a inflamação realiza sua função protetora, diluindo, destruindo ou neutralizando os agentes nocivos, ela põe em movimento os eventos que conseqüentemente cicatrizam e reparam os sítios de lesão. Sem inflamação, as infecções prosseguiriam sem controle e as feridas jamais cicatrizariam (ROBBINS, 2008)

O processo inflamatório serve para destruir, diluir ou mobilizar o agente agressores, em seguida, deflagrar uma série de acontecimentos que curam e reorganizam o tecido lesado, fato importante na resolução de muitas patologias. Esse processo promove tanto a regeneração da arquitetura tecidual quanto o retorno da fisiologia e, em ultimo caso, forma o tecido cicatricial, já que não pode restaurar completamente a fisiologia (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

No contexto das infecções, a inflamação é parte de uma resposta protetora mais ampla, a qual os imunologistas se referem como imunidade inata (ROBBINS, 2008, P.33).

3.6.2. Regeneração

Alguns tecidos são capazes de restituir os componentes lesados e essencialmente retornar ao seu estado normal; este processo é chamado de regeneração. Se esses tecidos lesados são incapazes de uma reconstituição completa, ou se a estrutura de suporte do tecido estão danificadas gravemente, o processo de reparo ocorre por disposição de tecido conjuntivo (fibroso), um processo chamado de cicatrização, que resulta na formação de cicatriz através de um material responsável pela integridade da pele, chamado de colágeno (ROBBINS, et al., 2008).

A fase de regeneração inicia-se por volta do terceiro dia, persistindo por duas a três semanas e constitui-se no início da formação de tecido de granulação, o qual precede o desenvolvimento do tecido cicatricial maduro, constituído de uma neomatriz, neovasculatura, macrófagos e fibroblastos (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Quando ocorre agressão a um tecido, seja focal ou a várias células, o organismo tenta restaurar a conformação tecidual anterior a agressão. Quanto mais células são envolvidas na agressão, mais complexo é o processo de reparo tecidual (MONTENEGRO; FRANCO, 1999).

O colágeno é o material responsável pela força e integridade de todos os tecidos, havendo um equilíbrio entre síntese e degradação nos tecidos. Vale ressaltar que para se tornarem metabolicamente ativos e facilitarem a síntese do colágeno, os fibroblastos dependem de adequado suprimento de oxigênio e da neovascularização.

3.6.3. Cicatrização

O reparo, ou seja, a reação de cicatrização é um processo complexo, mas essencial, sem o qual seria impossível a sobrevivência do corpo. O reparo envolve ações integradas das células, matriz e mensagens químicas e visa restaurar a integridade do tecido com maior rapidez possível. A série de mudanças que ocorrem é até certo ponto semelhante, independentemente do tecido envolvido e do modo como a lesão é causada (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

O processo de cicatrização envolve reações de todo organismo ao trauma. Após ocorrer a lesão a um tecido, imediatamente iniciam-se fenômenos dinâmicos conhecidos como cicatrização, que é uma seqüência de respostas dos mais variados tipos de células (epiteliais, inflamatórias, plaquetas e fibroblastos), que interagem para o restabelecimento da integridade do tecido (PEREIRA, 2006).

De acordo com Robbins et al (2008), o processo de cicatrização acontece da seguinte forma:

Cicatrização por 1º intenção: é uma das formas mais simples de reparo, sendo esta uma cicatrização de uma incisão cirúrgica limpa, não-infectada, aproximadas por suturas cirúrgicas. Este tipo de cicatrização é denominado de união primária ou cicatrização por primeira intenção. A incisão causa somente uma ruptura da continuidade da membrana basal epitelial e morte de relativamente poucas células epiteliais e tecidos conjuntivos. Como resultado, a regeneração epitelial, predomina sobre a fibrose. Uma cicatriz pequena é formada, mas existe uma contração mínima da ferida. O estreito espaço incisional é primeiro preenchido com coágulo sanguíneo e fibrina, e é rapidamente invadido pelo tecido de granulação e coberto por um novo epitélio.

Cicatrização por 2º intenção: quando acontece uma perda celular ou tecidual mais extensa, como em uma grande Ferida, na formação de abscesso e na ulceração, o processo de reparo é mais complexo, assim como acontece em casos após o infarto de órgãos parenquimatosos. Neste tipo de cicatrização, também conhecida como cicatrização por união secundária, a reação inflamatória é mais intensa, existe um tecido de granulação abundante e a cicatriz se contrai pela ação dos morfioblastos. Neste caso a inflamação é muito mais intensa devido ao defeito tecidual extenso possuir um volume grande de restos necróticos, exudato e fibrina que precisam ser removidos. Envolve a contração da ferida, em cerca de 6 semanas, por exemplo, um defeito cutâneo grande pode estar reduzido de 5% a 10% do seu tamanho original, em grande parte devido a contração da ferida.

A cicatrização por 3º intenção ocorre quando há uma correção cirúrgica após a formação do tecido de granulação, serve como artifício técnico para mudar a evolução do processo de cicatrização, resultando em processo mais rápido e em melhores condições funcionais e estéticas. Ocorre a formação de uma crosta protetora sobre o tecido de granulação, sendo muito comum em escoriações e queimaduras (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

Segundo Souza; Mozachi (2005) e Fernandes (2005), os processos de cicatrização dependem das seqüências fisiológicas de células que se interagem para restabelecer a integridade tecidual. Vários fatores influenciam essa cicatrização, como o grau de contaminação, a dimensão da ferida, a presença de infecção, o corpo estranho, as condições nutricionais, a faixa etária, as doenças crônicas, a terapia medicamentosa, a imunossupressão, a oxigenação dos tecidos e o tabagismo.

Há diversos fatores que podem afetar positiva ou negativamente o processo de cicatrização, tais como: a) o ambiente mais ou menos contaminado no qual ocorre a ferida; b) infecção sistêmica concomitante, onde se retarda a cicatrização devido a que a ferida disputa os mesmos glóbulos brancos e nutrientes, com a infecção; c) o estado nutricional que, quando deficitário, diminui as resistências orgânicas naturais à infecção; d) doenças sistêmicas associadas, como diabetes e obesidade mórbida, que por hiperglicemia (diabetes) afeta o mecanismo de defesa do corpo, prejudicando a resposta dos glóbulos brancos em geral e dos neutrófilos em particular; e) riscos especiais, como radioquimioterapia e uso de Anti-inflamatórios (MARTINS et al. , 2006).

Os principais fatores que podem favorecer a cicatrização são: a) programas de controle de infecções; b) combate ao estresse, devido a sua interferência maléfica no

equilíbrio hormonal orgânico; c) uso de substâncias farmacológicas que comprovadamente apresentem favorecimento do processo cicatricial.

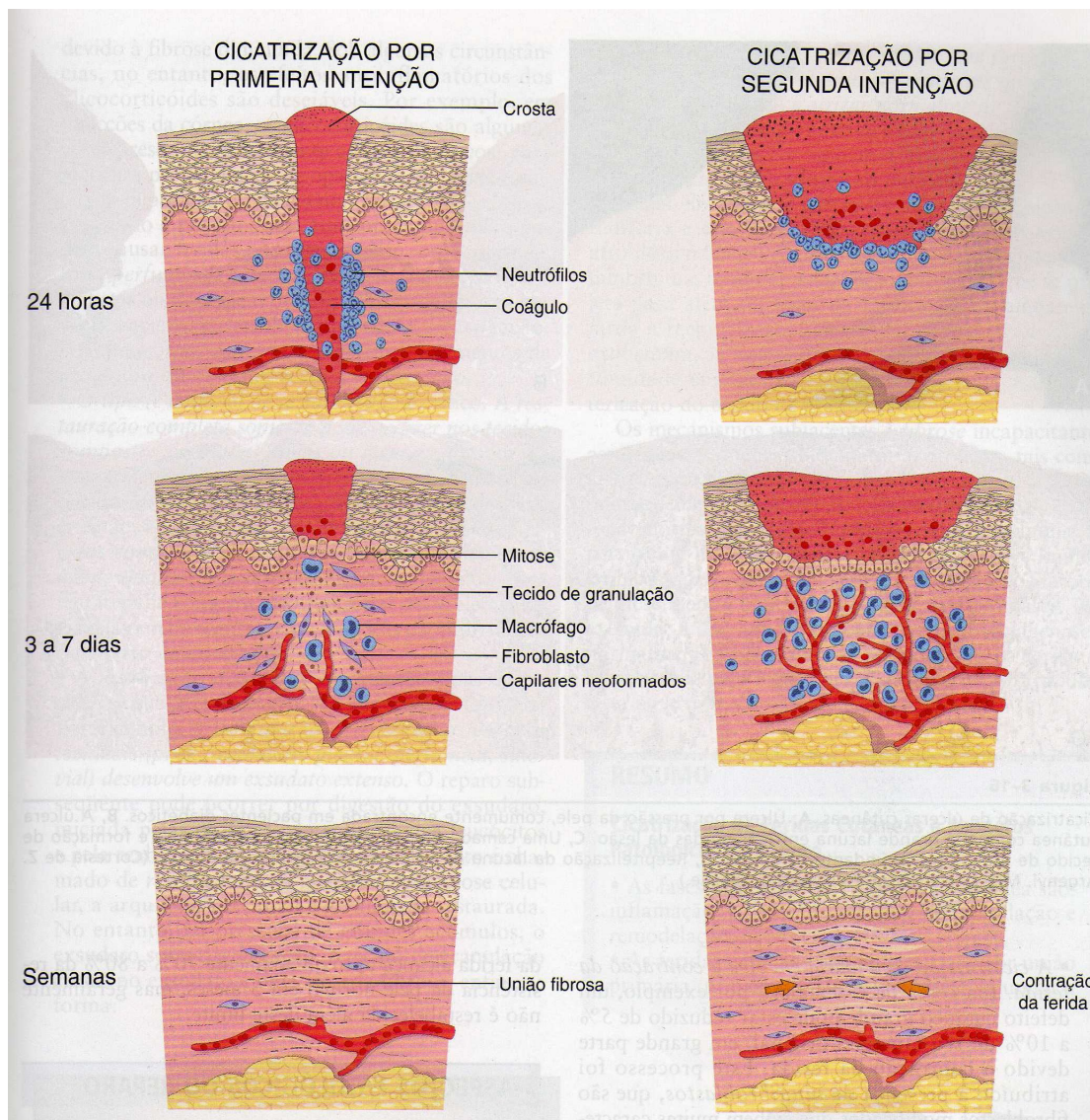


FIGURA 6: Ilustração das Etapas do processo de cicatrização
 FONTE: Robbins, et al.: Patologia básica (2008)

3.7. TRATAMENTO DA ULCERA POR PRESSÃO

Ferida é uma palavra de origem latina (*ferire*), significa uma lesão, ou seja, interrupções da integridade cutâneo-mucosa e resultam no desequilíbrio ao qual o organismo reage através de alterações biológicas locais e sistêmicas. A necessidade de um curativo e o

tempo de permanência do mesmo depende da maneira de como esta ferida é produzida, do grau de contaminação e do processo de cicatrização (SILVA et al, 2010).

As pesquisas sobre o tratamento de feridas se intensificaram na década de 90; facilitando dessa forma, o surgimento no mercado brasileiro de novos produtos e materiais para confecções de curativos. Deste modo, houve maior necessidade de atualização a fim de conhecer novos produtos disponíveis para usá-los adequadamente, todos os dias surgem novos produtos e formas de tratamento (SILVA et al, 2010).

Com isso, acompanham-se os avanços tecnológicos em pesquisas na área de enfermagem, sobre o tratamento das lesões teciduais por pressão, entretanto um aspecto permanece imutável: a pele necessita de um meio úmido, isto é, um meio mais próximo ao fisiológico, para que sua cicatrização, aconteça mais rápida, sem agredir os tecidos, acelerando, portanto, a cicatrização. Com base nesta constatação, novos tipos de medicamentos são lançados no mercado, visando um tempo de cicatrização cada vez mais rápido e eficaz, entretanto, muitos desses fármacos são produzidos na forma de pomadas ou coberturas (SILVA et al, 2010).

Para Swearingen e Keen (2005), o melhor plano de cuidado e tratamento para as úlceras de pressão são:

- Avaliar o grau de ulcera por pressão.
- Manter um ambiente de umidade fisiológica para facilitar a reparação do tecido e minimizar os agentes contaminantes.
- Ter certeza que a pele do paciente é mantida limpa com banhos regulares.
- Se o paciente possuir sudorese excessiva, realizar banhos freqüentes e trocar a roupa de cama, quando necessário.
- Para absorver a umidade e prevenir as lesões quando o paciente for movimentado, aplicar proteção aos cotovelos e calcanhares, conforme a necessidade.
- Providenciar cuidado a ferida conforme necessário e de rotina a enfermagem.

Sendo de vital importância comprometimento do profissional de enfermagem no tratamento dos clientes acometidos por lesões teciduais, torna-se relevante conhecer o mecanismo de ação e utilização adequada dos medicamentos utilizados nos curativos (SILVA et al, 2010).

Para um tratamento obter sucesso, além de todos os cuidados citados anteriormente, a enfermagem precisa realizar de forma correta e asséptica o curativo das

ulceras que segundo Silva (2009), a melhor forma de um curativo correto se dá da seguinte maneira:

Materiais: Soro Fisiológico, Pacote de Curativo estéril, Gazes estéril, Cuba rim, Fita Hipoalergênica, Óleo de girassol, EPI, Saco para descarte de material.

Técnica de procedimento: Reunir o material, conferir a identidade do paciente, orientar sobre o procedimento a ser realizado, higienizar as mãos, lavar a região da ferida com soro fisiológico, realizar limpeza com a gaze embebida de soro fisiológico ao redor da ferida, remover, drenar e absorver o exudato, enxugar toda região úmida ao redor da ferida, colocar óleo de girassol para ajudar na cicatrização, cobrir a lesão com gaze estéril e fita hipoalergênica, datar o curativo, lavar as mãos e anotar em prontuário.

A realização de curativos com produtos adequados é essencial para a evolução da cicatrização da ferida bem como para a redução de custos para as instituições de saúde que por fatores diversos não obtiveram sucesso com a prevenção das úlceras por pressão (SOUZA et al, 2010).

Sem renunciar os cuidados preventivos, o tratamento da ulcera depende do estágio de evolução em que se encontra. O estágio da ulcera identifica-se conforme o estado da suas bordas, da profundidade, da coloração, da presença de infecção e do cheiro (ANDRADE, 2002, p.105).

Para Andrade (2002), existem 3 tipos de tratamento para ulceras por pressão, sendo eles:

- Ulcera de aspecto Limpo: tem bordas delimitadas e apresenta tecido vermelho de granulação. O tratamento visa a evitar a sua infecção e propiciar a formação do referido tecido, para o qual se adotarão as seguintes medidas:
 - Lavagem da região com água e sabão neutro, realizar uma boa limpeza de arrasto, utilizando soro fisiológico, aplicar no leito ulceroso, um sistema de curativo úmido através da aplicação de pomadas desbridantes ou mediante curativos específicos oclusivos ou semi-oclusivos.
- Ulcera de aspecto sujo: tem bordas irregulares, com certa profundidade, incluindo restos de fibrina.
 - Aplica-se o sistema terapêutico de curativo úmido oclusivo, semi-oclusivo e/ou pomadas desbridantes e, inclusive o segundo grau de profundidade que adquire, aplicam-se grânulos no seu interior.
 - Registram-se os primeiros resultados positivos de um curativo com fibras de alginato cálcio que mediante um processo de troca iônica com a secreção exsudativa, absorvem a

sujeira do leito ulceroso e, como não aderem a ferida, permitem que a umidade favoreça o processo natural de cicatrização, limpeza e epitelização da mesma.

- Ulceras de bordas necróticas: caracteriza-se por apresentarem bordas maceradas, fundo sujo com odor fétido e com a pele circundante inflamada.

- Neste estágio, aparece uma ulcera infectada. Deve-se proceder a limpeza exaustiva do leito ulceroso de a aplicação de curativo úmido, substâncias desbridantes e grânulos absorventes.

Quando não é possível prevenir a ocorrência de lesões agudas ou sua cronificação, torna-se fundamental o conhecimento da farmacologia envolvida na aceleração do processo de cicatrização, resultando os riscos, as complicações e o sofrimento, bem como melhoram o custo benefício do tratamento (SILVA et al, 2010).

Segundo Malagutti, Kakiyama (2010), a evolução de uma lesão ou ferida cutânea e a eficácia de um determinado tratamento podem ser acompanhados e medidos a intervalos regulares, por meio de vários métodos até que haja o restabelecimento da continuidade da pele, estes métodos podem ser divididos em dois grupos, como sendo invasivos e não invasivos, onde as técnicas invasivas proporcionam informações sobre quantitativa referente a ferida e ao seu estágio de cicatrização, tais como: análise histológica e bioquímica e angiogênese. As técnicas não invasivas tendem a ser menos quantitativas, contudo são mais aceitas pelos pacientes, podendo ser realizadas por meio de diversos processos como: registro fotográfico, análise por imagem de vídeo, calibres de profundidades ou volumes. O acompanhamento da evolução pela medida da circunferência ou da área da lesão cutânea é o parâmetro mais empregado na prática clínica diária realizada pelos profissionais de saúde.

O tratamento das úlceras por pressão é função do enfermeiro, onde o mesmo deverá buscar capacitação teórica para desenvolver os cuidados necessários. Hoje, esses cuidados tornaram-se uma especialidade, exigindo-se cada vez mais desses profissionais, pois a ulcera por pressão necessita de cuidados preventivos e curativos de forma contínua (BORGES et al, 2001).

No Brasil, são escassos os estudos específicos que estimem os custos para a manutenção de um paciente portador de tais lesões, principalmente, quando são adquiridas em ambiente hospitalar, entretanto a literatura cita os altos gastos com o tratamento destas lesões. Tal afirmação reforça a necessidade de atualização constante da equipe de enfermagem sobre o tratamento mais adequado de feridas e principalmente sobre o uso dos fármacos utilizados (SILVA et al, 2010).

O tratamento farmacológico ideal para tratamento de feridas, dessa forma para úlceras por pressão se dá da seguinte forma: quando a ferida não apresentar contaminação ou áreas de necrose, o tratamento farmacológico baseia-se na administração de anti-inflamatórios. Já nas feridas com contaminação, utilizam-se antibióticos profiláticos para o alcance do objetivo desejado (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

4. RESULTADOS

Após o estudo realizado, pôde-se perceber que além dos aspectos inerentes ao próprio organismo humano, as úlceras por pressão são de grande responsabilidade da enfermagem e que ainda existem bastantes falhas no cuidado ao paciente portador de úlceras por pressão devido a diversos fatores que incluem: limitação do conhecimento sobre o tema abordado, grande demanda de pacientes e reduzido número de funcionários, carga horária de trabalho elevada, entre outros problemas.

Vale ressaltar que apesar da enfermagem ser a principal responsável pelo cuidado ao paciente, para que haja um melhor resultado precisa-se de uma equipe multidisciplinar atuando juntamente com a equipe de enfermagem para que assim seja oferecida uma assistência de qualidade e evite tais danos ao paciente, pois a formação das úlceras por pressão se dá devido a diversos aspectos que envolvem: má nutrição, integridade da pele prejudicada, umidade, imobilidade, entre outros fatores que de certa forma precisam de cuidados multidisciplinares.

O fato da enfermagem hoje ter ganho bastante espaço e ser uma profissão onde se trabalha com bastante burocracia, muitas vezes não se tem condições de dar conta de tudo ao mesmo tempo, deixando o paciente muitas vezes sem atenção adequada e suficiente para sua melhora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é de fato confirmado teoricamente que as úlceras por pressão são complicações secundárias e na maioria dos casos são preveníveis, onde a enfermagem possui grande responsabilidade no tratamento e principalmente na prevenção, uma vez que proporciona cuidado intensivo e diário ao paciente, entretanto, sabe-se que existem fatores onde os próprios pacientes possuem predisposição para formação das úlceras por pressão e necessitam dessa forma, de uma equipe multidisciplinar atuando para o seu bem estar e para a prevenção das mesmas, ou até mesmo para um eficaz tratamento.

É necessário que a equipe de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem estejam sempre qualificados e preparados com conhecimentos científicos adequados para planejarem e fornecerem uma assistência de qualidade para estes pacientes que possuem vulnerabilidade para formação das úlceras por pressão, enfocando sempre a relevância do tema que embora muitas vezes não pareça ser tão importante, é o início de uma série de problemas que o paciente poderá vir a enfrentar, ou seja, de uma simples ferida, o paciente poderá perder um membro por infecção e necrose dos tecidos, por falta de uma assistência adequada.

Outro fator bastante importante para uma melhor assistência seria os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros desempenharem atividades juntamente com o paciente se assim for possível, com mais humanidade e humildade, ajudando o paciente a se reabilitar quando estiver sobre seus cuidados ou fornecendo informações para familiares para que haja um cuidado qualificado para o paciente em seu domicílio, já que o enfermeiro não poderá esta prestando assistência por 24 horas, mas que ainda assim é de sua responsabilidade capacitar os cuidadores para um tratamento ideal e qualificado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: Problemas, perspectivas e necessidade de sistematização, 2005. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn** (maio/ jun). Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:T7u5Ply59TAJ:scholar.google.com/+sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+assistencia+de+enfermagem&hl=pt-BR&as_sdt=2000&as_vis=1>. Acesso em: 27 out. 2010.

ANDRADE, M. T. S. **Cuidados intensivos**, Guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: McGraw-Hiil, 2002.

ANSELM, M. L.; PEDUZZI, M. ; JUNIOR, I. F. Incidência de Úlcera por pressão e ações de enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo. vol 22 nº03 (Maio/Junho) 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov.2010.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da Pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.

BORGES, E.L. et al. **Feridas como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

CINTRA, E.A; NISHIDE, V.M; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2001.

COFEN. RESOLUÇÃO – 272/2002. **Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras** . 27 ago.2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>> Acesso em: 18 nov.2010.

COSTA, F. M. F.; COSTA, S. H. P. **Assistência de enfermagem ao cliente portador de ulcera por pressão**: abordando a importância do conhecimento e informação. 2007. Disponível em: <[http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%2022-32..pdf](http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista2007/pdfs/RMAS%20(1)%2022-32..pdf)>. Acesso em: 09 set. 2010.

COSTA, M. P. et al. **Epidemiologia e tratamento das Ulceras de pressão**: experiência de 77 casos. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522005000300005>, acesso em: 17 mar. 2010.

COSTA, N. J. ; LOPES, M. V. O. Revisão sobre úlcera de pressão em portadores de lesão medular. **Revista de Enfermagem do Nordeste (RENE)**. , V.4, n.1, p.109-115. Jan/Jun. 2003.

CHAYAMITI, E. ; CARILI, M. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, P. 29-34, Mar.2009.

CREMASCO, M.F. et al. Úlcera por pressão: risco de gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem (especial 70 anos)**, São Paulo, P. 898-902, 2009.

DANGELO e FATTINI. **Anatomia humana básica**. 2 ed. São Paulo. Atheneu. 2005.

DEALEY, C. **Cuidado de feridas**: um guia para enfermeiras. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

FERNDES, L.M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos e hospitalizados**: uma revisão integrativa de literatura. 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-092213/>>. Acesso em: 09 set. 2010.

FERNANDES, N.C.S. **Úlceras de pressão**: um estudo com pacientes de uma unidade de terapia intensiva. 2205. 114f. tese dissertação(Mestrado em Enfermagem apresentado ao programa de pós-graduação em enfermagem). Centro de ciências da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2005. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/feridoteca%20%c3%9Acera%20de%20press%c3%A30%20em%20UTI.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2010.

GOOGLE IMAGENS. Dermatomo. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapiaeletroeletroulcerasulceras.gif>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

GOOGLE IMAGENS. Dermatomo. Disponível em: <http://guiabemcuidardoidoso.epbjc.pedome.net/wp-content/uploads/2010/05/fases_grau.jpg>. Acesso em: 20 nov. 2010.

GRABOWSKI, T. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9 ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo. Pedagógica e Universitária LTDA. 1979.

KURCGANT, P. ; PERES, H. H. C.; CIAMPONE, H. T. **A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LILIANA, FELCHER, DANIELI. **A enfermagem planejada**. 3 ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária LTDA. 2004.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. **Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Ulceras de Pressão**. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300012>, acesso em: 16 mar. 2010.

MAIO, Maurício. **Tratado de Medicina Estética**. V.1. São Paulo: ROCA. 2004.

MALAGUTTI, W. ; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomias e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari. 2010.

MARTINS, N. ,L., P. et al. Análise comparativa da cicatrização da pele com o uso intraperitoneal de extrato aquoso de *Orbignya phalerata* (babaçu). Estudo controlado em ratos. **Acta Cirurgica Brasileira. São Paulo**. V.21. São Paulo: 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502006000900010&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 25 nov. 2010.

MEDEIROS, A. ; LOPES, C. ; JORGE, M. . **Análise da Prevenção e tratamento das Ulceras por pressão propostos por enfermeiros**. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100029>, acesso em: 16 mar. 2010.

MONTENEGRO, M. R; FRANCO, M. **Patologia**: processos gerais. 4 ed. São Paulo: Atheneu. 1999.

ORLANDO, Ida Jean. **O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente**. São Paulo. Pedagógica e Universitária LTDA. 2004.

PEREIRA, A.L. **Revisão sistemática de literatura sobre produtos usados no tratamento em feridas**. 2006. Disponível em: <<http://www.qprocura.com.br/dp/22886/revisão-sistemática-da-literatura-sobre-produtos-usados-no-tratamento-de-feridas.html>> acesso em: 21 set. 2010.

POTTER, PERRY. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan. 2004.

ROBBINS. et al. **Patologia básica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2008.

SAMPAIO, S.A.P; RIVITTI. **Dermatologia**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001. p.3-43.

SILVA, Adriana Maria. **Técnicas de enfermagem**. São Paulo. Rideel. 2009.

SILVA et al. O tratamento de lesões teciduais por pressão com o uso de pomada com colagenase e cloranfenicol. **Periódico científico dos profissionais de Enfermagem: Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, p.48-54. Janeiro/fevereiro, 2010.

SOUZA, T. S; et al. **Estudos clínicos sobre úlceras por pressão**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300020&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 17 mai. 2010

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. **Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo Úlceras pro pressão – evidências do cuidar em enfermagem**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300006>, acesso em: 05 set. 2010.

SÔNIA, V. HOSSNE, W.S. **Metodologia científica para área da saúde**. Rio de Janeiro. Campus, 2001.

SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. V.1.

SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. V.3.

SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. Brunner & Suddarth, **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005. V.4.

SWEARINGEN, Pamela; KEEN, Janet. **Manual de Enfermagem no cuidado crítico**, 4 ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.

VENÂNCIO, **prevenção de ulcera de preção em pacientes acamados**. Santos. P.3-6. 2005.