

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS-CAMPUS
MUZAMBINHO-POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO
CAPETINGA**

**HÉLLEN SILVA AMARO
ISABELA ABREU BATISTA**

**A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA DE
DECÚBITO**

**CAPETINGA
2010**

**HÉLLEN SILVA AMARO
ISABELA ABREU BATISTA**

**A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA DE
DECÚBITO**

Projeto de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do sul de Minas-Campus Muzambinho-Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Orientador Prof (a) Alexandre Balsanuf Oliveira

**CAPETINGA
2010**

COMISSÃO EXAMINADORA

Capetinga, _____ de _____ de 2010

DEDICATÓRIA

*Dedicamos essa conquista as pessoas que
realmente fazem a diferença em nossas vidas que
são nossos pais.*

Héllen, Isabela

AGRADECIMENTOS

*Agradecemos a Deus, aos nossos professores e
amigos.*

Héllen, Isabela

*“Age de tal maneira que uses a humanidade,
tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer
outro, sempre e simultaneamente como fim e
nunca simplesmente como meio”.*

Kant.

RESUMO

Esta pesquisa enfoca a importância do conhecimento e os cuidados do profissional de enfermagem em úlcera de pressão. Para o entendimento e desenvolvimento do tema utilizou-se a pesquisa de revisão bibliográfica, onde se descreve a importância da busca do profissional de enfermagem por conhecimentos através de estudos e pesquisas, atualizando-se desta forma, na estratégia de métodos científicos para prevenção das complicações e tratamento das úlceras de pressão, evitando assim a negligência, a imperícia e o comprometimento da vida profissional e da saúde do indivíduo. A úlcera de pressão destaca-se como uma complicação comum em pacientes críticos hospitalizados ou acamados tornando-se um problema sério e um desafio para a enfermagem. O objetivo deste estudo foi mostrar alguns pontos sobre a úlcera de pressão, classificando seus estágios de desenvolvimento e destacando o papel da equipe de enfermagem na prevenção e tratamento dessa enfermidade.

Palavras-Chave: Úlcera de pressão. Prevenção e Tratamento. Profissional de enfermagem.

ABSTRACT

This research focuses on the importance of knowledge and care of nursing staff in pressure ulcers. For the understanding and development of the theme used to review research literature, which describes the importance of searching for nurse's knowledge through research and studies, updating it this way, the strategy of scientific methods to prevent complications and treatment of pressure ulcers, thus avoiding negligence, malpractice and commitment to life and health of the individual. The pressure sore stands out as a common complication in critically ill patients hospitalized or bedridden becoming a serious problem and a challenge for nursing. The aim of this study was to demonstrate some points about the pressure ulcer, classifying their stages of development and highlighting the role of nursing staff in preventing and treating this disease.

Keywords: Pressure ulcer. Prevention and Treatment. Professional nursing.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 1 – O HISTÓRICO DO COMBATE A ÚLCERA DE PRESSÃO..... | 11 |
| 1.1 O conceito da Úlcera de Pressão..... | 12 |
| 1.2 Classificação das Úlceras de Pressão..... | 17 |
| 1.3 A importância do conhecimento científico na atuação da equipe de enfermagem no tratamento da Úlcera de Pressão..... | 18 |
| 1.4 Os fatores de risco da Úlcera de Pressão..... | 19 |
| 2 – A PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA LESÃO TECIDUAL POR PRESSÃO..... | 21 |
| 2.1 O tratamento da UP..... | 24 |
| 3 – A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DA UP..... | 26 |
| 3.1 O diagnóstico e medidas preventivas da Úlcera de Pressão..... | 27 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 34 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 35 |

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) prolonga a hospitalização, dificulta a recuperação do doente e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações. Por representar um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses pacientes, reduzir sua independência e funcionalidade na realização de atividades da vida diária e comprometer qualquer processo re-educacional, esforços devem ser feitos pela equipe multidisciplinar para prevenir o surgimento ou favorecer o tratamento da UP.

De acordo com Costa (2005, p.27) a úlcera por pressão (UP) é classificada em quatro estágios e as descrições dessa classificação são importantes para permitir a documentação e a comunicação entre os profissionais sobre os resultados da avaliação do estado da ferida.

A incidência da úlcera de pressão é notada com frequência em pacientes acamados e pacientes críticos hospitalizados. O progresso na prevenção e tratamento da úlcera de pressão consiste em uma melhor qualidade de assistência prestada.

Segundo Rabe (2001, p.18), as úlceras de pressão são consideradas como um problema que deve ser levado em questão por todas as áreas, porém destaca-se como um cuidado essencialmente de enfermagem, pois esta acompanha todo o tempo a evolução do paciente, tornando-se torna responsável por preservar sua qualidade de vida.

A multi-causalidade da ocorrência da úlcera de pressão é evidenciada em inúmeros estudos, e para tratar essas causas é necessário relacionar cuidados de enfermagem juntamente com envolvimento de alto nível de informações e conhecimento. Deve-se ressaltar, que o cuidado se torna mais eficiente através da busca constante de aperfeiçoamento.

Bork (2004, p.33), afirma que a situação atual exige que o profissional de enfermagem adquira uma solidez de conhecimento e se torne capaz de adequar sua teoria à prática. A enfermagem continua tendo grandes responsabilidades relacionadas à lesão, prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Devendo-se se destacar a importância de um aprofundamento do conhecimento sobre tais lesões para uma melhor identificação do problema, tomada de decisões e instituição de práticas atualizadas para tratar o problema.

Segundo Fernandes (2000, p.41), a equipe de enfermagem precisa estar capacitada para interagir como os sistemas de prestação de serviços do futuro, colaborando na criação de soluções para clientes acamados e na melhoria no cuidado destes. Mas para isso há necessidade no

aumento da busca pela produção científica e sua utilização, visando otimizar a qualidade da assistência. Focalizando sua atenção na busca persistente pelo conhecimento, o enfermeiro poderá direcionar seu cuidado sem comprometer a integridade do paciente.

Para Rabe (2001, p.19), os avanços em cuidado da saúde aumentam as condições de sobrevivência dos indivíduos críticos hospitalizados acamados, porém a imobilidade e a instabilidade fisiológica desenvolvida os tornam suscetíveis a desenvolver a úlcera de pressão, seja por longo ou curto período de internação.

Quando falamos em melhoria da qualidade da assistência pela utilização de conhecimento produzido, incorporamos a noção que devemos visualizar o ser humano de maneira integral, pois, para atingirmos os objetivos no processo de cuidar, precisamos que condições fisiológicas, emocionais, e sociais estejam em equilíbrio e que o profissional instale em si a compreensão do processo saúde-doença (COSTA, 2003, p.29).

Saber implementar decisões adequadas é saber agir com atitude e competência, e isto só se torna possível através da busca e atualização do conhecimento (CÂNDIDO, 2001, p.16).

O propósito do estudo consiste em destacar a atuação da equipe de enfermagem na prevenção da úlcera de pressão, bem como os cuidados em relação a o mesmo, classificando seus estágios de desenvolvimento destacando o papel do técnico-enfermeiro na sua prevenção e tratamento.

1 – O HISTÓRICO DO COMBATE A ÚLCERA DE PRESSÃO

A úlcera por pressão (UP) deveria ser uma preocupação constante dos profissionais que prestam assistência aos pacientes acamados e imobilizados, sendo sua prevenção e tratamento um desafio para a equipe de enfermagem, pois, apesar de todo o avanço científico e tecnológico encontramos um alto índice de úlceras de pressão.

Diante destes fatos, surge a dúvida se o profissional de enfermagem está preparado cientificamente para elaborar estratégias de prevenção e tratamento para cada fase desta moléstia, onde este profissional é responsável por uma equipe e deverá realizar, supervisionar e orientar os cuidados para o bem estar do paciente.

Sabe-se que a úlcera por pressão (UP) é um problema sério, porém, prevenível na maioria dos casos e que o profissional de enfermagem desempenha um importante papel na equipe multidisciplinar que avalia e acompanha o tratamento e está sempre em contato com o paciente, observando a evolução do mesmo (BLANES, 2004, p.18).

No século XVIII Nightingale, já encarava as úlceras de pressão como culpa da enfermeira e não da doença. Hoje no século XXI Declair (2005, p.28), afirma que os médicos não se interessam em desenvolver estratégias para prevenir úlceras de pressão e os enfermeiros mostraram maior conhecimento na área, visto que, durante muitos anos, as úlceras de pressão foram consideradas pelos médicos como falta de cuidado da enfermagem.

A saúde é uma área de trabalho dinâmica, na qual a pesquisa e o avanço técnico-científico permite melhorar a conduta clínico-cirúrgica e por conseqüência, a possibilidade de cura e recuperação dos assistidos (CÂNDIDO, 2001, p.32).

Rogenst (2002, p.34) cita o Conselho Estadual de Enfermagem (COFEN), 240/2000 em seu capítulo 1, artigo V:

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. Ainda, nesta mesma lei, podemos observar no capítulo 6 que: “O profissional de enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da enfermagem”, portanto, quando o COFEN publicou a resolução 256 autorizando o enfermeiro a usar o título de doutor, seu objetivo era a confirmação da autoridade científica do profissional frente ao paciente/cliente.

Conforme Costa (2005, p.26) o vocabulário doutor vem do latim que significa “sábio”,

“aquele que aprende”, instruído e hábil. A decisão do COFEN traz para o dia-a-dia dos profissionais de enfermagem a confirmação científica deste profissional perante o paciente/cliente.

No entanto, ainda segundo Costa (2005, p.26) não basta somente usar um título, faz-se necessário manter seus conhecimentos científicos atualizados, conhecer e respeitar sua legislação e seu código de ética, mostrar segurança naquilo que faz, se aperfeiçoar, mudar suas atitudes, sua forma de ser e de se comunicar, dedicar-se à pesquisas científicas.

Segundo Costa (2003, p.89) a autonomia de um profissional é definida como a habilidade que o mesmo possui em desenvolver suas responsabilidades práticas regularizadas na profissão, mantendo a integridade ética, legal e profissional e com isso garantindo a segurança e o bem estar do paciente no caso do profissional de enfermagem.

1.1 Definições e causas de Úlcera de Pressão (UP)

As úlceras de pressão são definidas como lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão externa e localizam-se, usualmente sobre uma proeminência óssea (BLANES, 2004, p.19).

Para Costa (2005, p.46) a úlcera por pressão é definida como uma área localizada de morte celular, que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura.

Vários são os termos utilizados inadequadamente para as úlceras de pressão, tais como úlcera de decúbito, úlceras isquêmicas, onde ambas significam deitar-se e escaras que é definida como tecido desvitalizado que recobre a úlcera. No entanto, a terminologia úlcera de pressão vem sendo consagrada internacionalmente à medida que a pressão é o fator etiológico mais importante na gênese dessas lesões (RANGEL, 1999, p.23).

A pressão normal de fechamento capilar é de aproximadamente 32 mmHg nas arteríolas e 12 mmHg nas vênulas. A pressão externa maior que 32 mmHg pode causar restrição do fluxo sanguíneo para a área (COSTA, 2005, p.51).

Estudos indicam que pressões entre 60 e 580 mmHg 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 desnutridos, incontinentes,

acamados ou com distúrbios mentais (FERNANDES, 2000, p.30).

A úlcera por pressão ocorre geralmente na pele e no tecido subcutâneo que recobre as proeminências ósseas, principalmente no sacro, tuberosidades ciáticas, grande trocânter, calcânhares, maléolos e cotovelos (BONDY, 2004, p.28).

Para Costa (2005, p.27) essa doença se desenvolve na metade inferior do corpo, sendo dois terços na região do quadril e nádegas e um terço nos membros inferiores.

As úlceras de pressão podem ser superficiais, causadas por irritação local da pele com maceração superficial subsequente ou profunda, estas últimas originadas nos tecidos subjacentes. Elas geralmente ocorrem no período de hospitalização, onde vários fatores de risco expõem os pacientes com déficit de mobilidade ou sensibilidade a desenvolverem úlceras de pressão ou a terem este problema agravado. Os grupos de maior risco são os idosos com diabetes, acidente vascular cerebral e problemas ortopédicos, os pacientes com lesão medular e aqueles com longa permanência em unidades de terapia intensiva (ROGENST, 2002, p.36).

De acordo com Blanes (2004, p.21) a má nutrição, é um fator significativo no desenvolvimento das úlceras de pressão, a deficiência de proteínas e vitaminas deixam os tecidos mais susceptíveis à integridade da pele, quando exposta a pressão. A deficiência de certas vitaminas, em particular a vitamina C, que é necessária para a vitalidade e cicatrização tissular, funcionamento do fibroblasto, formação do colágeno e aumento da resistência do indivíduo, também contribui para o desenvolvimento de úlcera de pressão. A vitamina C em quantidades inadequadas contribui para a fragilidade capilar, ficando os tecidos predispostos a traumas e à interrupção do fluxo sanguíneo.

Ainda de acordo com Blanes (2004, p.22), ferro, cobre, zinco e cálcio são nutrientes importantes para o transporte de oxigênio, síntese e modelagem do colágeno e síntese de proteínas.

É importante lembrarmos de que certas drogas necessárias para tratamento em alguns casos, podem desencadear alterações orgânicas que favorecem o desenvolvimento da úlcera de pressão como, por exemplo, hipotensores, corticóides e sedativos (FERNANDES, 2000, p.31).

Segundo Fernandes (2000, p.12), pacientes criticamente enfermos podem fazer uso de drogas inotrópicas que diminuem a perfusão periférica, entretanto aumenta o risco de lesão tissular em áreas vulneráveis como os calcâneos (calcânhar, parte inferior dos pés).

1.2 Classificação das Úlceras de Pressão

Devido a grande incidência de úlceras de pressão nos hospitais, foram desenvolvidos vários métodos de classificação das feridas, que já estudadas foram validadas por diversos centros de pesquisas. Alguns desses instrumentos de avaliação são direcionados para úlceras específicas como as de pressão.

De acordo com Rogenst (2002, p.97), em 1975 Shea foi o primeiro a descrever um método de classificação de feridas considerando as camadas teciduais envolvidas. Em 1992, The Wound Ostomy Continence Nurses Society (WOCN) e em 1999, The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), baseados no método de Shea, chegaram a uma tabela de classificação direcionada às úlceras de pressão, hoje utilizada pela maioria dos serviços de saúde do mundo. Esta tabela classifica as úlceras segundo o grau de alterações sofridas nas camadas teciduais do paciente e os graus de alteração são:

- Grau I: as alterações em pele íntegra como, temperatura quente ou fria, com consistência do tecido endurecida ou amolecida, apresentando sensação de dor ou prurido, com aspecto de hiperemia persistente ou leve pigmentação;
- Grau II: perda parcial da pele envolvendo a epiderme ou a derme. Úlcera superficial, apresentando bolhas ou abrasão;
- Grau III: ocorre a perda total da pele com destruição e necrose de tecido subcutâneo, mas com a fáscia preservada. Úlcera profunda, com ou sem túneis em tecido adjacente;
- Grau IV: perda total da pele com destruição e necrose de outros tecidos como músculos, ossos, tendões, cápsulas articulares.

Para aplicar esta classificação com segurança, o enfermeiro deve saber identificar a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e diferenciar o tecido granulado, músculos, tendões e ossos. Outras características lesionais, também devem ser observadas, pois, vão influenciar diretamente na conduta e escolha do tratamento adequado, como a localização e as dimensão da ferida, o tipo e quantidade de exsudato, as condições do leito da lesão (tipo de tecido), conteúdo microbiano, a pele peri-lesional (RANGEL, 1999, p.98).

Além dessa classificação, atualmente o enfermeiro dispõe de instrumentos para traçar suas estratégias de cuidados através da busca do conhecimento técnico-científico, pode contar com as escalas de avaliação, como as de Norton, Braden, Gosnell e Wartelow para identificar os pacientes com maior probabilidade de desenvolver as úlceras de pressão (BORK, 2004, p.37).

Ainda segundo Bork (2004, p.38), foi evidenciado a escala de Cubbin and Jackson

como a escala que melhor se aplica aos pacientes criticamente enfermos, em termos de especificidade e sensibilidade quando comparada à escala de Braden, embora seja esta a escala mais utilizada.

A escala de Braden é constituída de seis sub-escalas que refletem determinantes críticos da úlcera de pressão como: mobilidade, atividade e percepção sensorial, umidade da pele, estado nutricional, fricção e cisalhamento. Cada sub-escala tem uma pontuação que varia entre 1 a 4. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. Quanto maior a pontuação final, menor será o risco de desenvolvimento da úlcera de pressão a somatória igual ou menor que 16 denota risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão (FERNANDES, 2000, p.48).

A eficiência dos indicadores das escalas Braden e Cubbin and Jackson dependem diretamente dos cuidados prestados ao paciente após a identificação correta dos riscos. É muito difícil que qualquer um desses modelos possa ser realmente validado, sem considerar a influência dos cuidados de enfermagem, pois, o tratamento de feridas crônicas deve ser feito por equipe interdisciplinar, na qual o enfermeiro tem papel preponderante, uma vez que tem maior contato com o paciente, acompanhando diretamente à evolução da lesão e promovendo o tratamento (BONDY, 2004, p.29).

Se surgir infecção ou o paciente estiver imuno-comprometido, pode ser necessário o desbridamento, técnica esta que consiste na retirada de tecido necrosado, por meio de enzimas, mecanicamente, por autólise ou por uma associação desses métodos. O desbridamento enzimático degrada o tecido necrótico sem afetar o tecido viável. As três técnicas de desbridamento mecânico incluem aplicação de curativo úmido a seco, imersão com turbilhonamento da água ou remoção do tecido necrótico por cirurgia. O desbridamento por autólise permite ao corpo degradar o tecido necrótico mediante o uso de enzimas e mecanismos de defesa do corpo (ROGENST, 2002, p.74).

O desbridamento cirúrgico é indicado nas úlceras de pressão em grau III, perda cutânea de espessura total envolvendo lesão ou necrose do tecido subcutâneo, que se pode estender até a fáscia subjacente, sem atravessá-la, Rabe (2001, p.74), diz que o fechamento espontâneo pode demorar meses e gerar o surgimento de tecido cicatricial, predispondo o paciente à recorrência das úlceras de pressão.

Por esses motivos, a ressecção e o fechamento cirúrgico podem ser usados para controlar essas úlceras.

As úlceras em grau IV, perda cutânea de espessura total com desnutrição extensa de necrose tecidual ou lesões musculares, ósseas ou das estruturas de suporte, são abordadas de forma semelhante, mas o desbridamento pode ser mais radical se houver o comprometimento de proeminências ósseas (ROGENSK, 2002, p.75).

Segundo Rogenst (2002, p.105), o profissional de enfermagem tem autonomia para realizar o desbridamento desde que esteja tecnicamente preparado para isso, conhecendo os pontos positivos e negativos de cada técnica e indicação de cada uma.

Os principais efeitos detectados pela equipe de enfermagem para o paciente podem incluir prejuízo na integridade da pele, relacionado com qualquer dos seguintes fatores: imobilidade, percepção sensorial diminuída, perfusão tissular diminuída, estado nutricional diminuído, fricção e forças de cisalhamento, umidade aumentada e idade avançada.

A úlcera de pressão, um dos principais exemplos de integridade da pele prejudicada, representa uma ameaça direta para o indivíduo, causando desconforto, prolongamento da doença, demora na reabilitação e alta, podendo até causar morte por septicemia.

A úlcera dá origem a uma perda notável de proteínas orgânicas, fluídos e eletrólitos, originando uma debilidade progressiva e podendo permitir, ao longo do tempo, a entrada de organismos infecciosos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococos*, *Stafilococos*, *Escherichia coli*, localmente e sistemicamente (BLANES, 2004, p.59).

O sucesso do tratamento da úlcera de pressão depende da competência e do conhecimento dos profissionais envolvidos e da capacidade de avaliar e selecionar técnicas adequadas de recursos (DECLAIR, 2005, p.64).

Quando a equipe de enfermagem busca o conhecimento e valoriza a prevenção, percebe que a mesma é um processo simples, como, mantendo o lençol devidamente esticado, trocando-o sempre quando molhado, utilizando medidas de conforto, orientando a mudança de decúbito, pode-se evitar a formação da úlcera de decúbito, e que através da observação da pele, verifica-se imediatamente se há alguma alteração ou lesão (COSTA, 2003, p.76).

A úlcera de pressão é uma ferida crônica, de longa duração, com reincidência freqüente devido à falta de mobilidade do paciente e muitas vezes, pela falta de interesse da enfermagem em prevenir a mesma, acaba prejudicando a saúde do paciente. Embora não ameace a vida num primeiro momento, é um problema que acarreta um desconforto ao paciente, aumenta o período de internação, o que dificulta o retorno ao convívio familiar e aumenta a probabilidade de

infecção com agentes patogênicos podendo levar à morte (FERNANDES, 2000, p.95).

As úlceras de pressão, além de prolongarem o tempo de hospitalização e contribuírem para o aumento da mortalidade, elevam os custos terapêuticos e representam um acréscimo de sofrimento físico e emocional para o paciente.

O custo da internação de um paciente que desenvolve úlcera de pressão nos Estados Unidos gira em torno de U\$ 37.000, ao passo que a mesma internação sem a presença da úlcera de pressão custaria U\$ 14.000 (RANGEL, 1999, p.67).

No Brasil há uma dificuldade em demonstrar o custo real para o tratamento da úlcera de pressão, pois, este procedimento não é pago aos hospitais conveniados do SUS (Sistema Único de Saúde). Por não ser um diagnóstico primário, aumenta o custo do tratamento e acarreta em prejuízos à instituição, exceto nos casos de convênios e particulares.

Fica evidente que a prevenção exige um investimento menor do que a cura. Além disso, muitos pacientes deixam de ser internados devido à prolongada ocupação dos leitos, já que existe um aumento do período de internação decorrente de úlcera de pressão (COSTA, 2003, p.80).

A qualidade do cuidado está associada com o nível de qualificação dos profissionais, nível de satisfação destes, com os recursos financeiros destinados para prestação do cuidado, assim como com as questões organizacionais que envolvem a assistência. Quando a qualidade está comprometida existe certo grau de fragilidade no objetivo e na proposição do cuidado que é assistir o doente de forma integral e individualizada (FERNANDES, 2000, p.96).

Ainda segundo o mesmo autor, ao discutir questões éticas envolvendo o surgimento de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados, afirma que a falência do sistema tegumentar pode ser um sinal de declínio das condições físicas do doente e morte eminente, não um sinal de cuidado inadequado (FERNANDES, 2000, p.97).

O sucesso do controle da úlcera de pressão exige da enfermagem uma abordagem abrangente que inclui prevenção, alívio da pressão, restauração da circulação, controle da ferida e minimização dos transtornos correlatos (BLANES, 2004, p.138).

Quando o profissional de enfermagem focaliza sua atenção no paciente, considerando-o como um indivíduo, buscando a individualização do cuidado, sabe-se que uma mesma terapia não pode ser usada para dois pacientes (FERNANDES, 2000, p.100).

É de extrema importância a equipe de enfermagem terem conhecimentos adequados no tratamento em úlceras de pressão, é através dele que se refletirá claramente a sua percepção da

prática assistencial ao paciente com úlcera de pressão, pois este paciente necessita de cuidados não só para seus problemas de ordens fisiológicas, mas também psíquicas e sociais, requer a atuação de um profissional de forma integrada, capaz, e comprometido com a qualidade da assistência prestada, ficando, assim livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência (COSTA, 2003, p.81).

Hoje vivemos uma era em que se exige cada vez mais dos profissionais, existe uma cobrança tanto da instituição como do público atendido e responsabiliza-se o profissional pelo resultado de suas ações e desta forma, o profissional de enfermagem deve ter conhecimentos e habilidades para o cuidar de forma eficiente e segura (BORK, 2004, p.35).

Para Fernandes (2000, p.102), quando ocorre a desinformação não é possível realizar uma avaliação adequada dos pacientes e da situação que envolve o problema. O desenvolvimento da úlcera de pressão em doentes hospitalizados tem sido apresentado como um dos indicadores da qualidade da assistência prestada pela equipe ou sinônimo da deficiência na qualidade da assistência de enfermagem prestada.

1.3 A importância do conhecimento científico na atuação da equipe de enfermagem ao tratamento da Úlcera de Pressão

A importância do conhecimento científico relacionado à úlcera de pressão para a atuação do técnico de enfermagem é destacada por vários autores tendo em vista a busca constante da qualidade da assistência de enfermagem. Frequentemente, esta prática profissional é baseada em mitos e tradições, podendo comprometer a vida profissional do enfermeiro e agravar o estado de saúde do paciente (ROGENST, 2002, p.114).

Através do conhecimento científico o profissional de enfermagem deve buscar competências para o desempenho de um papel estratégico e para seus resultados que envolvem, sem dúvida, o alcance de uma prática assistencial de excelência (BORK, 2004, p.36).

Assim, falamos de uma prática baseada em conhecimento científico, da autonomia, da preocupação com o desenvolvimento profissional contínuo, do julgamento clínico, e um pensamento crítico, tendo uma visão sistêmica do paciente desta forma, a enfermeira assegurará ao mesmo uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

A úlcera de pressão considerada por muitos autores uma iatrogenia, quando

caracterizada por ação ou omissão da equipe de enfermagem é vista na legislação penal como lesão corporal leve, desde que não deixe seqüela nem incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias (FERNANDES, 2000, p.108).

Corroboramos com Rangel (1999, p.53), em sua reflexão sobre úlceras de pressão em pacientes hospitalizados, em que a mesma refere que a incidência do problema é diretamente proporcional ao nível de conhecimento dos profissionais envolvidos no tratamento do paciente hospitalizado, onde podemos deduzir que quanto maior o índice de casos de pacientes com úlcera de decúbito menor é o nível de conhecimento e comprometimento destes profissionais com o ser humano que se encontra doente.

Para Costa (2005, p.99) as pesquisas mostram que a equipe de enfermagem são mais preparados para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento da úlcera de pressão.

Diante destas considerações acredita-se que o paciente só receberá uma assistência eficaz se for acompanhado por uma equipe multidisciplinar, porém, o papel de maior destaque com certeza será do profissional de enfermagem, que deverá coordenar a equipe zelando pela comunicação entre os diversos profissionais envolvidos.

Segundo Rabe (2003, p.21), os cuidados de maior complexidade de técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, assim como o desenvolvimento de protocolos de cuidados, a coordenação e a avaliação da assistência prestada cabe a equipe de enfermagem.

1.4 Os fatores de risco da Úlcera de Pressão (UP)

Bork (2004, p.83) se referindo aos casos de Úlcera de Pressão (UP) diz que: durante período intenso de pressão, a vascularização compromete o fluxo sanguíneo nos vasos causando sua redução ou oclusão, esse fluxo é responsável por nutrir e oxigenar os tecidos, caso isso não aconteça ocorre a hipóxia tecidual e várias alterações celulares. Dependendo da extensão do dano, podem ocorrer desde ruptura da pele até tecidos mais profundos (músculos e ossos).

Bork (2004, p.84) ainda destaca os fatores de risco para úlcera de pressão:

- Pressão: Sua duração e intensidade estão relacionadas à capacidade de percepção sensorial, mobilidade e atividade. A percepção sensorial reage a pressão relacionada ao desconforto. A mobilidade e a atividade contribuem para aliviar a pressão por meio do movimento;
- Tolerância Tissular: está relacionada a diversos fatores extrínsecos dentre eles a

umidade, o estado nutricional deficiente, a idade e a pressão. A umidade: enfraquecimento das camadas da pele através da intolerância tissular, levam os tecidos a diminuírem sua capacidade de suportar determinada pressão, devido a episódios de incontinência fecal ou febre, que leva a uma sudorese contínua;

- Estado nutricional deficiente: principalmente de proteínas, vitaminas e sais minerais compromete a integridade dos tecidos moles, particularmente o colágeno. Idade: o idoso apresenta redução na elasticidade da pele e na frequência da reposição celular, na atividade e mobilidade, ocorrendo aumento das condições de comorbidade, e diminuição do processo de cicatrização;
- Pressão arteriolar: a pressão arteriolar ou hipotensão arteriolar sistêmica diminui o fluxo sanguíneo favorecendo o risco de hipóxia tecidual;
- Temperatura corporal: Hipertermia persistente causa o consumo energético e conseqüentemente redução da resistência da pele;
- Tabagismo: A nicotina interfere no fluxo sanguíneo causando vasoconstrição diminuindo o aporte de oxigênio e nutrientes para os tecidos;
- Doenças crônicas degenerativas: A associação do diabetes com U.P.12 facilita sua formação devido a alterações do fluxo sanguíneo periférico e ao aumento de glicose causando interferência no transporte de ácido ascórbico no interior das células. O câncer afeta o sistema imunológico devido à afecção de vários sistemas tornando o indivíduo mais suscetível à infecções locais e sistêmicas.
- Cirurgia: Cirurgias prolongadas sugerem o aparecimento de U. P. devido ao paciente passar horas na mesma posição e a sedação diminuir sua percepção sensorial e impedir mobilidade;
- Drogas: Podem causar isquemia e necrose tecidual dependendo da sua quantidade e tempo de uso prolongado¹⁶ considerando que o uso de drogas inotrópicas diminuem a perfusão periférica e aumentam o risco de lesão tissular em áreas vulneráveis como os calcâneos.

2 – A PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA LESÃO TECIDUAL POR PRESSÃO (LTP)

Prevenção pode ser definida como uma estratégia orientada para o futuro, em que o resultado será a melhoria da qualidade, direcionando análises e ações para a correção dos processos de produção de cuidado. As ações de prevenção visam impedir que o estímulo desencadeante agride o indivíduo causando doença. O valor da prevenção, como meio de atenuar as morbidades e reduzir a mortalidade, é indiscutível (COSTA, 2005, p.154).

Estudos demonstram que a prevenção da Lesão Tecidual por Pressão (LTP), não é uma prioridade para a enfermagem. Porém, como a afecção se apresenta como problema para o cliente, seus familiares e para a instituição de saúde, a equipe de enfermagem deve conscientizar-se da importância de atuar em medidas profiláticas. Para que este cuidado seja eficaz, o profissional deve conhecer os mecanismos da Lesão Tecidual por Pressão (LTP) bem como a realidade de instituição na qual trabalha (DECLAIR, 2005, p.136).

A prevenção do desenvolvimento da Lesão Tecidual por Pressão (LTP) é uma atividade essencialmente da equipe de enfermagem, sendo eles os mais capacitados para lidar com esse problema.

Ao elaborar um plano de assistência ao cliente, visando reduzir ao mínimo os riscos para desenvolvimento de lesões, o profissional de enfermagem deve lembrar que o cliente é um todo constituído de corpo, mente e espírito, e que sofre influência do meio ambiente, exigindo uma assistência integral. Para tanto, destaca-se a importância de tocar o corpo do cliente para a manutenção de um estado físico-emocional saudável, na tentativa de evitar danos corporais. Situação oportuna para estabelecer um vínculo de confiança com o cliente se dá durante o exame físico, quando toca-se o corpo do cliente a procura de alterações na pele (FERNANDES, 2000, p.67).

De acordo com Rogensk (2002, p.36) sistematizar é construir a memória de uma experiência, divulgar conhecimentos relacionados à prática e estimular a confrontação de idéias.

Podemos organizar conjuntos de experiências, elaborando assim um projeto representativo da intervenção. Para implementar a metodologia é importante refletir antes de iniciar o processo. Através da sistematização de enfermagem, é possível proporcionar ao paciente uma assistência organizada, pautada em conhecimentos científicos, aumentando as chances de

sucesso da intervenção de enfermagem (COSTA, 2005, p.156).

A aplicação da metodologia da assistência de enfermagem é o elemento utilizado pelo profissional para pôr em prática seus conhecimentos técnico-científicos em benefício do paciente, caracterizando sua prática profissional e definindo assim o seu papel (COSTA, 2003, p.62).

Esse processo não é passivo, pelo contrário, a equipe de enfermagem envolvida no processo assistencial individualizado deve estar constantemente refletindo sobre suas ações de forma dinâmica e participativa.

Segundo Rangel (1999, p.71) na assistência de enfermagem visando à prevenção de lesões teciduais por pressão, a sistematização se dá através das etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planos de cuidados de enfermagem e evolução de enfermagem.

Ainda segundo o autor é através do histórico de enfermagem que se são obtidas as informações necessárias sobre o estado geral de saúde do cliente, sobre a integridade da pele e grau de risco de desenvolvimento da Lesão Tecidual por Pressão (LTP) a que o cliente está exposto. É importante que todas as informações necessárias sejam coletadas no momento da admissão do cliente na unidade. O profissional de enfermagem deve apurar informações como: idade, doenças de base, situação nutricional, anemia, uso de medicamentos, história prévia de perda da integridade cutânea, presença de edemas ou infecção, flictema em região de proeminência óssea, turgor de pele, sensibilidade e motricidade, incontinência urinária e fecal (RANGEL, 1999, p.72).

É importante que o profissional de enfermagem faça uma avaliação abrangente sobre o paciente, coletando as informações necessárias, pois é com esses dados que irá estabelecer os diagnósticos de enfermagem e assim providenciar os cuidados.

De acordo Blanes (2004, p.53) as causas do desenvolvimento da Lesão Tecidual por Pressão (LTP) são variadas, envolvem questões externas, do ambiente e interna, do organismo. É uma afecção que se desenvolve a partir de distúrbios individuais de cada cliente e de características dos cuidados que lhe são oferecidos, estes fatores somados, ocasionam o aparecimento de LTP.

Ainda segundo Blanes (2004, p.54) os fatores externos estão ligados ao mecanismo da lesão, pois impedem uma circulação eficiente para nutrição e oxigenação da pele e refletem o grau em que a pele é exposta. São eles: pressão, cisalhamento, fricção.

A pressão física é considerada o fator mais importante no desenvolvimento da Lesão

Tecidual por Pressão (LTP), ocorre quando o tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e superfície dura, o que impede o fluxo eficiente de sangue, causando isquemia e podendo até levar a morte dos tecidos (necrose) devido a hipóxia. O cisalhamento acontece quando o cliente permanece imóvel na cama, enquanto as camadas da pele movimentam-se. Se duas superfícies são esfregadas uma contra outra, como por exemplo: no arrastar o cliente ao invés de levantá-lo, as camadas superiores das células epiteliais são removidas, isto é chamado de fricção. A umidade que é freqüente quando o cliente sofre de incontinência urinária, fecal ou apresenta suor excessivo, pode aumentar o efeito da fricção (CÂNDIDO, 2001, p.94).

Os fatores internos dizem respeito ao estado de saúde do cliente influenciando na constituição e integridade de sua pele. Pessoas acometidas por doenças agudas são mais vulneráveis a Lesão Tecidual por Pressão (LTP), tendo como fatores precipitantes: dor, pressão sanguínea baixa, insuficiência cardíaca, insuficiência vasomotora, vasoconstricção periférica devido ao choque e outros. Pessoas com quadros graves e instáveis, com risco de falência de sistemas, também estão entre os mais suscetíveis a LTP. A perfusão tissular diminuída também aumenta o risco de LTP, isto pode acontecer com clientes que sofrem de diabetes melito, obesidade e edema (BONDY, 2004, p.77).

Bondy (2004, p.57) diz que pessoas com baixos níveis de hemoglobina também estão em risco de desenvolver lesão tecidual, ocasionada pela diminuição da capacidade do sangue em transportar oxigênio e atender as demandas metabólicas do organismo.

Consideram-se ainda como fatores internos: condições nutricionais; idade avançada; incontinência urinária e fecal; mobilidade reduzida ou ausente; peso corpóreo; distúrbios vasculares; distúrbios neurológicos e infecções.

As deficiências nutricionais, como desidratação, anemia e emagrecimento, diminuem a elasticidade da pele, reduzem o oxigênio dos tecidos e dificultam a cicatrização. Nutrientes como vitamina C, por exemplo, são necessários para a manutenção e reparação tissulares (BLANES, 2004, p.82).

Quando a percepção sensorial está danificada ou ausente, o paciente tem a sensibilidade à dor e ao desconforto alterados, impedindo que sejam identificadas regiões do corpo que precisam de alívio de pressão. Com a mobilidade reduzida, o paciente reduz a freqüência de mudança de posição impossibilitado de aliviar a pressão sozinho. O contato prolongado com a umidade produz maceração da pele, que reage às substâncias cáusticas das excreções e fica

irritada, tornando-se mais vulnerável à ruptura por pressão e, que em caso de rompimento, a lesão acaba invadida por microorganismos, ocorrendo infecção (BORK, 2004, p.90).

De acordo com Rabe (2001, p.63) em idosos, a espessura epidérmica e a perfusão tissular diminuem. A pele fica mais seca por causa da atividade diminuída das glândulas sebáceas e sudoríparas. Os músculos atrofiam e as estruturas ósseas ficam salientes. A percepção sensorial diminuída e a dificuldade de se reposicionar contribuem para pressão prolongada sobre uma mesma área corporal. Estas alterações decorrentes da idade tornam o idoso mais suscetível às LTP, fato evidenciado por estudos que apresentaram incidência de 10% a 20% em clientes desta faixa etária que estão acamados, e uma taxa de mortalidade de 70% ao ano. Cerca de 20% desses idosos tem lesões teciduais de graus III e IV.

2.1 O tratamento da U.P.

Quando todos os recursos relacionados a prevenção não são mais possíveis, serão implementados procedimentos sempre direcionados à necessidade individual de cada paciente.

Costa (2003, p.89) diz que os princípios considerados no tratamento da úlcera de pressão são quatro:

- 1- Eliminar a causa da úlcera de pressão verificando razões que levaram o paciente a desenvolver a úlcera de pressão;
- 2- Otimizar o ambiente avaliando adequadamente a ferida e a melhor terapia tópica a ser utilizada. Documentar avaliação e implementar mudanças se necessário. O tecido necrótico poderá ser removido através dos métodos devidamente existentes;
- 3- Apoiar o paciente. Avaliar e monitorar o suporte nutricional. Verificar se há infecções locais ou sistêmicas e procurar controlá-las ou eliminá-las, investigar o motivo da cicatrização da ferida. A maioria das úlceras de pressão apresentam dor implementar medidas para a minimização desta, o paciente precisa ser preservado;
- 4- Educação. A educação se torna uma das principais aliadas tanto na prevenção como no tratamento, pois na maioria das vezes, o paciente sai do hospital e continua os cuidados em casa. Portanto funcionários do serviço de saúde, pacientes e familiares precisam estar bem informados sobre o plano de cuidado e as estratégias de tratamento.

Atualmente, as unidades de saúde e os PSF's trazem cartazes com informações sobre as

diversas medidas para educar os agentes e servir como guia de referência sobre as medidas e os recursos disponíveis. Utilizar protocolos de prevenção em PSF's e no cuidado domiciliar ajuda a diminuir a prevalência das U.P. nos domicílios, pois estes pacientes recebem cuidado o tempo todo.

Geralmente os pacientes recebem alta precoce e são encaminhados para a comunidade com o problema, mas a experiência positiva do programa inserido nos PSF's para prevenir e tratar a úlcera de pressão regularmente na unidade e no domicílio, ensina os aspectos educacionais e prepara os profissionais para as visitas domiciliares, onde são responsáveis pela orientação com a família relativa aos cuidados em casa (CÂNDIDO, 2001, p.123).

O estudo reforça o conceito de que a incidência da U.P., ainda deixa desafios para o profissional da saúde. Além do sofrimento e do desconforto, o paciente ainda sofre como consequência o aumento do custo do tratamento, seja pela hospitalização prolongada ou pelos cuidados domiciliares (BONDY, 2004, p.76).

Destaca-se que a prevenção é a solução mais lógica para o problema, ocorrendo através da identificação dos agentes causadores e da manutenção da informação e do conhecimento, clarificando a responsabilidade da enfermagem na implementação de medidas preventivas (BORK, 2004, p.91).

3 – A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO TRATAMENTO DA U.P.

As úlceras de decúbito ou úlcera de pressão, ou ainda escaras, resultam de uma complexa interação entre fatores de risco externo e interno como força mecânica excessiva, imobilidade, incontinência, idade avançada e outros. De acordo com Costa (2005, p.191), a incidência dessas lesões pode variar em torno de 3,2% a 66%.

Estudos apontam a desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de decúbito e também no retardo da cicatrização de lesões já existentes. A cicatrização é um processo complexo dividido em três fases e influenciado por vários motivos dentre eles o estado nutricional. Rangel (1999, p.87) verificou o efeito de suplemento nutricional em grupos com úlcera de pressão e puderam concluir que além de promover um melhor estado nutricional, o tempo de hospitalização e a mortalidade foram minimizados.

De acordo com Fernandes (2000, p.109), a resposta fibroblástica às feridas é prejudicada pela depleção de proteínas e energia, promovendo uma cicatrização mais lenta. As células são basicamente compostas por proteínas e as proteínas compostas por aminoácidos que por sua vez são essenciais à neovascularização, síntese de colágeno, proliferação fibroblástica e produção de linfócitos. Neste caso, quando ocorre a depleção protéica, ocorre então a inibição da proliferação fibroblástica, prolongamento da fase inflamatória, redução da síntese de colágeno, redução da força tênsil da ferida e conseqüente aumento da taxa de infecção.

Mais do que a quantidade, oferecer uma dieta com nutrientes de qualidade torna-se essencial em todas as fases, mas em especial nas fases I e II. O aporte de proteínas de alto valor biológico como a proteína do soro do leite é uma excelente opção, pois apresenta todos os aminoácidos essenciais e em proporções adequadas. Além disso, possui rápida digestão e lenta passagem pelo intestino, promovendo maior absorção de aminoácidos e peptídeos pelo organismo. As proteínas do soro do leite apresentam atividade biológica como ação antimicrobiana, cicatrização de feridas, imunidade passiva, fator de crescimento para bifidobactérias, atividade imunomoduladora, atividade antiinflamatória, ligação entre plaquetas e outras atividades (BLANES, 2004, p.91).

Ainda segundo o mesmo autor, devido ao quociente de eficiência protéica (PER) elevado e excelente perfil aminoacídico, a proteína do soro do leite torna-se perfeita para complementar outras fontes protéicas como a proteína isolada de soja e caseinato de cálcio. A

proteína isolada de soja, por sua vez, além de ter valor biológico equivalente ao de fontes protéicas de origem animal, apresenta aminoácidos anabólicos como arginina e glutamina (BLANES, 2004, p.92).

De acordo com Costa (2005, p.196), além das proteínas, algumas vitaminas e minerais exercem papel importante no processo de cicatrização como vitamina A, C, K, vitaminas do complexo B, ferro, cobre, zinco e até mesmo manganês. A vitamina C ou ácido ascórbico atua na hidroxilação da prolina, lisina e também na síntese de colágeno. Além disso, a vitamina C otimiza a absorção e utilização do ferro, outro nutriente essencial no processo de cicatrização. O ferro, componente essencial de algumas enzimas como hemoglobina, mieloglobina, participa da hidroxilação da prolina e lisina na síntese de colágeno e age juntamente com o cobre.

Segundo Declair (2005, p.113) o zinco é um íon fundamental presente em enzimas, proteínas, carboidratos, lipídeos e ácidos nucleicos. Além de ação antioxidante, o zinco atua na regulação hormonal da divisão celular, sendo que o eixo do hormônio gonadotrófico e o IGF -1 é responsivo ao estado nutricional do zinco.

Deficiência de zinco tem sido associada à susceptibilidade a infecções (livro materese), pois atua no sistema imunológico. Outro mineral de importância no processo de cicatrização da úlcera de decúbito é o cálcio, pois atua como co-fator necessário para coagulação sanguínea e o manganês importante na síntese e ativação de protrombina na presença da vitamina K9 (COSTA, 2005, p.198).

Como foi colocado anteriormente, o processo de cicatrização compreende três fases, nas quais a nutrição atua de forma essencial e efetiva. De acordo com EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), South Australian Department of health, o objetivo primário deve ser a correção da desnutrição protéico-calórica, sendo dada atenção atualmente à qualidade protéica ofertada, mais do que a quantidade. Com o intuito de promover a qualidade de vida de tais pacientes, a intervenção nutricional deve ser iniciada logo aos primeiros sinais de alteração da pele, seja quanto à cor, temperatura ou umidade, prevenindo futuras úlceras ou em estágio inicial (BORK, 2004, p.146).

3.1 O diagnóstico e medidas preventivas da Úlcera de Pressão (UP)

De acordo com Costa (2003, p.67) a manutenção da integridade da pele é considerada uma das funções básicas da enfermagem, cabe a ela zelar pela sua manutenção durante a hospitalização de clientes acamados. A presença da úlcera de pressão (UP) pode estar relacionada a uma assistência inadequada da própria enfermagem. Os cuidados nestas circunstâncias devem exigir maior complexidade técnica e conhecimento científico.

A maioria das U.P's. são preveníveis através de cuidados adequados ao indivíduo, orientação e educação do mesmo e da disponibilidade de recursos necessários.

A qualidade no "processo de cuidar" é um atributo existente em grau menor ou maior, comprometendo o objetivo e o propósito de assistir o doente de forma integral e individualizada. Muitas vezes as intervenções de enfermagem não atendem a um único diagnóstico, fazendo parte de um raciocínio mais abrangente e complexo. Isto pode estar evidente quando se trata de diagnóstico cuja denominação é um "potencial para", ou seja, estamos pressupondo uma série de fatores de risco que podem contribuir ou favorecer o desencadeamento de alguma alteração (BLANES, 2004, p.93).

O potencial para prejuízo na integridade da pele, definido pela NANDA como o estado em que a pele do indivíduo apresenta o risco de ser prejudicada, foi formulado para a totalidade dos pacientes e desencadeou intervenções predominantemente relacionadas aos cuidados preventivos com a pele, ao posicionamento no leito, mudança de decúbito e cuidados com a reeducação vesical (BORK, 2004, p.148).

Ainda segundo o mesmo autor, as intervenções relativas a este diagnóstico, formam pontos de intersecção com outros conjuntos de intervenções de vários diagnósticos. Percebemos que, com aplicação da técnica Delphi, a tendência dos juízes foi de confirmá-las, tanto que não obtivemos mudanças nas propostas inicialmente (BORK, 2004, p.149).

Rangel (1999, p.92) mostra alguns aspectos na educação da prevenção de úlceras de pressão (UP) em lesados medulares e aponta como principais implicações para a prática de enfermagem que deve-se encorajar a independência dos pacientes nas fases mais tardias do programa de reabilitação, sabendo que para lesados medulares é uma meta conseguir sua independência nas atividades da vida diária. No entanto, para que se consiga isso, é preciso ensinar ao paciente como cuidar da pele, como evitar lesões do tipo úlcera de pressão, pois a cada lesão, o programa fica praticamente interrompido, retardando o processo de reabilitação.

Até então, podemos observar o consenso dos juizes em preconizar intervenções de cunho preventivo, na tentativa de motivar a equipe de enfermagem a proporem ações de tal esfera, facilitando a reintegração do lesado medular.

Costa (2003, p.69) ao tratar do assunto sobre almofadas e dispositivos de posicionamento em cadeiras de rodas, descreve as alterações metabólicas decorrentes da pressão localizada. Este autor afirma que as necessidades circulatórias de sangue e albumina para prevenir úlcera de pressão é de 20 mm Hg. A oclusão capilar e a necrose dos tecidos ocorrem com pressão entre 13 e 34 mm Hg, sendo que a redução da pressão local e do estresse nas bordas da ferida necessita ser acompanhada de adequada redistribuição de peso e do corpo. A diminuição da temperatura local é também importante para reduzir a demanda metabólica do tecido devido ao comportamento da circulação. Estes autores ainda afirmam que a cada 1°C de aumento da temperatura, eleva 10% o metabolismo e, a deficiência de circulação faz com que as células não recebam nutrientes, logo não conseguem eliminar metabólitos, o que leva à necrose.

Tais afirmações compõem a base de conhecimento, minimamente necessária, para subsidiar uma proposta de intervenção e que surta resultados satisfatórios. Talvez aí, uma justificativa do motivo pelo qual os juizes enfatizam a mudança de decúbito, o "push-up" e o posicionamento no leito e em cadeira de rodas (BORK, 2004, p.151).

O senso comum entre os autores também diz que a prevenção da úlcera por pressão (UP) é mais importante que as propostas de tratamento, visto que, na prevenção o custo é reduzido, o risco para o paciente é nulo e sua permanência no hospital é abreviada, já que uma úlcera por pressão aumenta o risco de o paciente adquirir uma infecção concomitante aumentando assim, seu tempo de hospitalização (DECLAIR, 2005, p.99).

A prevenção da úlcera por pressão é relevante, tanto para o paciente quanto para o hospital, no que se refere a custos. Várias pesquisas foram realizadas para comparar o valor de sua prevenção e da cura. Cândido (2001) comprovou que um paciente acometido por úlcera de pressão permanece em média 180 dias no hospital. Rogensk (2002, p.116) afirmou que pacientes com diagnóstico primário de úlcera por pressão consumiram 836 milhões de dólares em 1992 nos Estados Unidos.

Sabe-se também que outros pacientes deixam de ser internados devido à ocupação dos leitos, concluindo-se então, que a prevenção exige um investimento econômico menor do que a cura.

A observação e o controle rigoroso dos fatores externos e internos são indicadores de riscos essenciais no cuidado preventivo das úlceras por pressão (CÂNDIDO, 2001, p.79).

A prevenção deve iniciar-se com orientações adequadas e estímulo ao paciente e seus familiares, salientando a importância da autodisciplina e da participação e colaboração durante o tratamento clínico (BLANES, 2004, p.139).

Segundo Rangel (1999, p.79) “é necessário ensinar os familiares como cuidar da pele evitando as úlceras por pressão, pois a cada ferida aberta, o tratamento clínico fica praticamente interrompido retardando o processo de reabilitação”.

Devido às conseqüências da úlcera por pressão nos Estados Unidos, os organizadores da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) criaram, em 1992, um painel Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), para as diretrizes de prevenção, prevenção e tratamento das úlceras por pressão, que são baseadas nas pesquisas existentes e nas opiniões dos especialistas e têm sido bastante utilizadas em vários países para nortear a criação de padrões de qualidade para a prática. Essas diretrizes são discriminadas em quatro tópicos:

- Avaliação do risco para desenvolvimento de úlcera por pressão;
- Cuidados com a pele e tratamento precoce (medidas preventivas);
- Redução da carga mecânica;
- Utilização de superfícies de suporte e educação (FERNANDES, 2000, p.96).

Segundo Costa (2003, p.62) as ações preventivas dos cuidados referem-se:

- À atenção constante às alterações da pele;
- Identificação dos pacientes de alto risco;
- Manutenção da higiene do paciente e leito;
- Atenção a mudança de decúbito, aliviando a pressão e massagem de conforto, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, secagem e aquecimento da comadre antes do uso no paciente, dieta e controle de ingestão líquida e orientação ao paciente e família quanto às possibilidades de úlceras por pressão.

Para melhor visualização dos resultados quanto à mudança de decúbito, a equipe cuidadora pode fazer uma escala de horário, em que os pacientes em risco de prejuízo da integridade da pele, estejam no mesmo horário, posicionados em decúbito iguais (CÂNDIDO, 2001, p.72).

Porém, na visão de Rangel (1999, p.87), os horários não devem ser padronizados, mas sim as mudanças de decúbito devem ser realizadas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes.

A equipe deve ser preparada para avaliar as condições da pele pelo menos duas vezes ao dia e identificar se há fatores de risco, essa avaliação pode ser feita no primeiro banho do dia, porém o paciente não deve ficar exposto ao frio ou ambientes com baixa umidade, pois ambos promovem o ressecamento da pele (RANGEL, 1999, p.88).

A pele é avaliada a cada mudança de decúbito quanto à temperatura, presença de eritema e bolhas que são indicadores de provável rompimento do tecido. Os sinais de lesão na pele são mais difíceis de serem observados entre pacientes de cor parda e negra, diferente dos pacientes brancos ou amarelos, exigindo assim maior atenção da equipe de enfermagem (BLANES, 2004, p.140).

A higiene corporal deve ser realizada evitando o uso de sabão comum, soluções irritantes e água quente para evitar ressecamento. Deve-se usar sabão neutro ou sabonete líquido específico. A pele deve ser limpa e removido todos os resíduos de soluções e completamente seca (DECLAIR, 2005, p.126).

A cama deve ser limpa e seca, com roupas de tecido não irritantes, lisos, não engomados e sempre esticados evitando dobras. Coberturas plásticas ou protetores de cama não devem ter seu uso aceito, protegem a cama, porém podem causar sudorese, levando a maceração da pele do paciente (BLANES, 2004, p.141).

O travesseiro ou almofadas são equipamentos usados no reposicionamento e proporcionam alinhamento corporal correto, aliviando a pressão em diversos pontos do corpo principalmente sobre proeminências ósseas. É utilizado na técnica de ponte, que consiste no posicionamento de travesseiro apoiado em dois ou mais pontos do corpo, permitindo que haja espaço entre as proeminências ósseas e o colchão (BORK, 2004, p.64).

O uso do colchão próprio, como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água, redistribui o peso corporal, reduzindo a pressão à medida que o paciente afunda no fluido, propiciando uma superfície adicional que auxilia na sustentação do corpo, além de reduzir o peso corporal por unidade de área (COSTA, 2003, p.70).

A mudança de decúbito deve ser indispensável e realizada a cada 2 horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local. O reposicionamento recupera as isquemias pela

interrupção da pressão. Caso existam áreas hiperemiadas (hiperpigmentadas, avermelhadas) o paciente deve ser mudado de posição com mais frequência e a área mais protegida (ROGENSK, 2002, p.86).

Vários autores concordam que o paciente deve ser posicionado corretamente, evitando que os mesmos sejam “arrastados” durante a movimentação, e sim que sejam erguidos utilizando-se o lençol móvel, a fim de evitar lesões causadas por fricção e força de cisalhamento. Para pacientes que podem auxiliar na movimentação usar equipamentos auxiliares como o trapézio. Algumas posições devem ser evitadas, como exemplo a posição de fowler, que é a colocação do paciente em decúbito dorsal em um ângulo de 45° no leito, pois esta aumenta o apoio da área corporal (BONDY, 2004, p.90).

Ao colocar o paciente na posição de decúbito lateral deve-se colocá-lo inclinado 30 graus em relação à cama, nesta posição a maior pressão corporal estará sob a região glútea que poderá suportar melhor o excesso de pressão (COSTA, 2005, p.101).

Outros cuidados preventivos são os exercícios ativos e passivos, que são essenciais, pois aumentam o tônus muscular da pele, ativa a circulação, aumenta a demanda de oxigênio, reduz a isquemia tissular e a elevação dos membros inferiores promove o retorno venoso, diminui a congestão e melhora a perfusão tissular. Além disso, a equipe e os familiares devem estar atentos a presença de pregas no lençol, pressão causadas pelos tubos de soro e de sonda, que podem contribuir para o aumento da pressão e conseqüentemente reduzir a circulação (DECLAIR, 2005, p.127).

As massagens de conforto através de manipulação manual sistêmica dos tecidos corporais com propósitos terapêuticos devem ser efetuadas na pele íntegra limpa e em todas as zonas de pressão após o posicionamento do paciente, por um período de no mínimo dez minutos. Devem ser utilizados ácidos graxos essenciais que promovem a hidratação ou amido de milho que reduz a fricção, promovendo mais conforto e estimulando a circulação local.

Essa medida também produz relaxamento, porém deve ser evitada nas áreas de saliência óssea ou em hiperemia (DECLAIR, 2005, p.128).

Os programas educativos são importantes por ajudar na previsão e prevenção das lesões, sendo que a instalação ou desenvolvimento das úlceras por pressão, são menores em pacientes mais informados. Devem-se organizar programas educativos para todos os níveis de profissionais de saúde, familiares e cuidadores com o intuito de prever o aparecimento das feridas em

indivíduos acamados. O baixo nível educacional não seria importante na reabilitação aguda, mas sim na prevenção e no período de acompanhamento (COSTA, 2005, p.102).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da falta de estatística no Brasil sobre úlcera por pressão, o problema é constante nas pessoas acamadas, sugerindo um cuidado inadequado prestado pelos profissionais de saúde. A equipe de enfermagem é a mais atuante junto aos pacientes acamados, uma vez que permanecem ao lado do paciente e de sua família tempo integral durante a hospitalização. Por esta razão, os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis na prevenção do aparecimento dessas feridas. Porém, sabe-se que a atuação deve ser de todos, pois a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão vem de vários fatores.

Percebe-se a importância do conhecimento de toda a equipe envolvida no cuidado e também do bom senso das unidades de saúde para o controle do problema que pode ser evitado. No mercado já existem inúmeros produtos e dispositivos para a prevenção e tratamentos das úlceras por pressão, cada qual com sua especificidade, individualidade e custo, exigindo apenas conhecimento dos profissionais para a escolha adequada.

Diante do exposto, concluímos sobre a importância da informação e a atualização para os profissionais de enfermagem sobre úlcera por pressão, sua prevenção e tratamento em pacientes acamados, pois somente assim se consegue a excelência no cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLANES, Leila. *Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital*. São Paulo: São Paulo: 2004.
- BONDY, J. *Enfermagem Médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.
- BORK, A.M.T. *O Desafio de Mudar Transformando as Pessoas e a Profissão: O Sistema de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein*. São Paulo: 2004.
- CANDIDO, Luiz Cláudio. *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo: Senac, 2001.
- COSTA, Idevânia Geraldina. *Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva*. Ribeirão Preto: 2003.
- COSTA, Márcio Paulino. *Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos*. Santa Cecília: Acta Ortop. Brás, 2005.
- DECLAIR, Vânia. *Escara de decúbito: prevenção e tratamento*. São Paulo: Nursing, 2005.
- FERNANDES, LM. *Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados - uma revisão integrativa de literatura*. São Paulo: Paul Enfermagem, 2000.
- RABEH, San. *Úlcera de pressão: A clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem*. Ribeirão Preto: 2001.
- RANGEL, E.M.L. *Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. São Paulo: 1999.
- ROGENST, N.M.B. *Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário*. São Paulo: 2002.