

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS - GRADUAÇÃO LATO SENSU
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MICHELLI PETERS

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM DESAFIO PARA A
ENFERMEGEM

CRICIÚMA

2014

MICHELLI PETERS

**PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM DESAFIO PARA A
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada para obtenção do grau de especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência do setor de Pós-graduação Lato Sensu da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientador: Professor Dr. Eduardo Paiva Godinho

CRICIÚMA

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais de enfermagem que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva e que tem por objetivo prevenir, cuidar, curar, tratar, enfim, que trabalham para diminuir a incidência de UP nos pacientes críticos.

AGRADECIMENTO

Agradeço exclusivamente aos meus queridos: esposo e filho. Por dispensarem nosso único tempo juntos a realização deste trabalho.

“Um grama de prevenção vale mais que um quilo de cura.”

(Benjamin Franklin)

RESUMO

As úlceras por pressão representam um problema importante na hospitalização, especialmente em pessoas idosas e em estado grave. Os pacientes que desenvolvem úlcera por pressão exigem mais tempo de internação, mais custos, mais dedicação dos profissionais e principalmente mais agravos ao quadro da doença já instalada e que só tende a piorar na grande maioria dos casos. O estudo objetivou conhecer em publicações recentes, ações de enfermagem a cerca da prevenção das úlceras por pressão em pacientes críticos, internados em unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de artigos científicos publicados entre 2009 e 2013 em revistas de enfermagem e terapia intensiva, indexados na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Google acadêmico. Foi utilizado também livros (acervo pessoal). Entende-se que já se conhece muito sobre as UP, sobre as feridas, inclusive sobre o aspecto da prevenção, porém é necessário que o enfermeiro e sua equipe tenham consciência do quanto uma UP prejudica o tratamento em todos os aspectos e que é a partir do empenho e dedicação para desenvolver ações eficazes que se pode mudar a realidade dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

Palavras chaves: Úlcera por (de) pressão. Pacientes críticos. Unidade de Terapia Intensiva. Prevenção.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 PROBLEMA.....	08
1.2 OBJETIVOS.....	08
1.2.1 Objetivo Geral	08
1.2.2 Objetivos Específicos	09
1.3 JUSTIFICATIVA.....	09
2 ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS	10
2.1 ASPECTOS GERAIS.....	10
2.1.2 Incidência	11
2.1.3 Fisiopatologia	12
2.1.4 Fatores de risco	14
2.2 AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM RISCO DE DESENVOLVER UP.....	16
2.2.1 Fatores essenciais para avaliação do paciente	16
2.2.2 Escalas de avaliação de risco	18
2.3 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	20
2.3.1 Dispositivos de redistribuição de pressão	22
2.3.2 Reposicionamento do paciente com risco de UP	23
2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	25
2.5 MEDIDAS EDUCATIVAS EM ENFERMAGEM.....	26
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	29
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	29
3.2 FONTE E COLETA DOS DADOS.....	29
3.3 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	31
5 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE(S)	39
APENDICE A - Artigos selecionados por categoria.....	40

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente hospitalizado e em estado crítico é um desafio bastante significativo para toda equipe que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva.

De acordo com Camponogara et al (2011, p.125):

A Unidade de terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado à pacientes graves, porém que apresentem um quadro clínico recuperável. É um ambiente de profissionais qualificados, com alto aparato tecnológico e assistência contínua. O ambiente da UTI transparece gravidade, invasividade e risco de morte, além de aparentar ser hostil, negativo e distante da produção de saúde.

Conforme as idéias de Serpa et al (2011), as unidade de terapia intensiva recebem pacientes com falência múltipla de órgãos, necessitando de suporte avançado à vida como entubação, ventilação mecânica, procedimentos invasivos, punções, sedações contínuas e várias drogas vasoativas, enfim essas medidas prejudicam um dos mais importantes mecanismos de manutenção da integridade da pele, como a mobilização no leito de pacientes altamente vulneráveis ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

As úlceras por pressão (UP) também são denominadas feridas por pressão e úlceras de decúbito. A UP pode ser descrita como uma lesão localizada da pele, causada pela interrupção do suprimento sanguíneo para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção, ou uma combinação desses fatores (DEALEY 2008, p.121).

A Úlcera por pressão, de acordo com Silva et al (2010), são lesões que surgem por hipoxia celular, levando a necrose dos tecidos. Geralmente localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas).

Gomes et al (2010, p. 1071), define as UP da seguinte maneira:

As úlceras por pressão (UP) são, geralmente, definidas como áreas localizadas de necrose celular que ocorrem sobre proeminências ósseas expostas à pressão por um período suficiente de tempo para causar isquemia tecidual. O desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial, mas o principal fator é a pressão exercida sobre um capilar, entre o arcabouço ósseo e uma superfície, colabando-o e ocasionando a necrose tissular.

Ainda de acordo com Serpa (2011), no cenário internacional, o desenvolvimento de protocolos de prevenção de UP tem mostrado redução na incidência de UP, em pacientes críticos, de 43% para 28%. No entanto, em recente revisão de literatura, alguns autores encontraram alta incidência de UP variando de 38% a 124% nos estudos examinados. No Brasil, alguns estudos realizados no Rio de Janeiro e São Paulo apresentam incidência de 26,83 a 62,5%.

"Os fatores de risco para o desenvolvimento de UP são: imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa, alterações de nível de consciência, incontinências, vasculopatias" (KNOBEL, 2006, p. 2492).

Esse estudo é uma exigência do curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Catarinense. Refere-se a uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir de artigos científicos publicados entre 2009 e 2013 em revistas de enfermagem, terapia intensiva indexados na Scielo (Scientific Eletronic Libraly Online), Google acadêmico e também livros a fim de e identificar ações de prevenção das úlceras por pressão em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva, através de publicações recentes.

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

Neste sentido, o estudo pretende responder a seguinte indagação: Quais ações de enfermagem devem ser realizadas para se obter sucesso na prevenção de úlcera em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Para tanto, o estudo tem como objetivo geral conhecer a partir de publicações atuais, ações de enfermagem eficazes para prevenir a ocorrências de

úlceras por pressão em pacientes críticos internados em unidades de terapia intensiva.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Discutir a importância da prevenção das úlceras por pressão em pacientes críticos;
- b) Descrever ações de enfermagem realizadas para prevenção das UP;
- c) Servir de fonte de estudos com dados atuais, para implementação das ações de prevenção de enfermagem em unidades de terapia intensiva.

1.3 JUSTIFICATIVA

De acordo com Ministério da Saúde (2013), uma das conseqüências mais comuns, resultantes de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de lesões de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A ocorrência de úlceras por pressão é um problema para o sistema de saúde mundial, pois acarreta forte impacto social e econômico, comprometendo a qualidade de vida da população, elevando os indicadores de morbimortalidade e os custos hospitalares. Além disso, demanda maior dispêndio de força de trabalho de enfermagem, aplicado em cuidados para resolver situações preveníveis (BRANDÃO; MANDELBAUNM; SANTOS, 2013, p. 3222).

A prevenção das úlceras por pressão é um grande desafio para a enfermagem, principalmente porque a ocorrência destas lesões aumenta o risco a infecções, interfere na qualidade de vida, eleva a permanência nos leitos hospitalares e, conseqüentemente, interfere no custo hospitalar. Ainda nos dias de hoje essa realidade acompanha a rotina de vários profissionais de enfermagem e muitas vezes a ocorrência destas lesões está ligada a falta de qualidade da assistência.

2 ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS

De acordo com Knobel (2006), a assistência de enfermagem na UTI é fundamental para a recuperação do estado de doença do paciente. Considerando o potencial de instabilidade clínica do paciente de terapia intensiva, os conhecimentos científicos da equipe de enfermagem para realização de cuidados básicos e de vigilância contínua são fundamentais para a assistência de enfermagem com qualidade.

Considerando que o enfermeiro é um profissional historicamente comprometido com os cuidados a pessoas, dentre os quais, a manutenção da integridade cutânea, este “novo” enfoque, torna a prevenção das úlceras por pressão mais complexa e desafiadora (BRANDÃO; SANTANA; SANTOS, 2013, p 3223).

2.1 ASPECTOS GERAIS

A UP tanto nos pacientes críticos, internados em hospitais ou que recebem assistência domiciliar ainda se apresenta como problema importante do no processo de saúde e na assistência de enfermagem por afetar a qualidade de vida, aumentar o tempo de internação em médias de 7 dias e proporcionalmente aumento de custos (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JR. 2009).

Complementando o autor anterior Medeiros; Lopes; Jorge, (2009, p.224), definem as UP da seguinte maneira:

“[...] como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual, sendo freqüentemente localizada na região das proeminências ósseas”.

Para Miyazaki; Caliri; Santos (2010), os hospitais, assim como as unidades de terapia intensiva, atendem indivíduos cada vez mais críticos, graves e com maior nível de complexidade, devido à maior sobrevivência de pacientes com doenças crônicas e traumas. Nessas condições, esses indivíduos são mais susceptíveis às complicações que causam risco a sua segurança, como infecções hospitalares, erros, eventos adversos, assim como as lesões da integridade da pele.

Na instituição, a existência de uma comissão de prevenção de UP, com protocolos de avaliação e de tratamento, em que predomine o trabalho multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas), vem constituir um trabalho de excelência em qualidade para a redução ou controle de incidência de UP, de acordo com o estágio em que elas se encontram (SILVA et al, 2010, p. 327).

Constata-se que lesões decorrentes da pressão contínua em áreas específicas do paciente internado em UTI por vários motivos. A experiência acumulada pelos enfermeiros na prevenção e tratamento de UP contribui para o aumento da capacidade de fazer observações, e escolhas de curativos especiais. Porém ainda pode-se encontrar muitas falhas no que diz respeito a ações de caráter preventivo destas lesões. O seu aparecimento em pacientes críticos torna-se quase que inevitável se não for prevenido com medidas eficazes.

2.1.1 Incidência

“Pacientes internados por quadros agudos apresentam incidência entre 0,4% e 38% e prevalência entre 10% e 18%. Em pacientes crônicos, a prevalência varia entre 2,3% e 28% e a incidência, entre 2,9% e 23,9%”(LUZ et al, 2010, p. 38).

Serpa et al (2011, p. 3), definem que:

No cenário internacional, a implementação de protocolos de prevenção de UP tem mostrado redução na incidência de UP em pacientes críticos, de 43% para 28%. No entanto, em recente revisão de literatura, os autores encontraram alta incidência de UP, variando de 38% a 124% nos estudos examinados. No Brasil, alguns estudos apresentam incidência de 26,83% a 62,5%.

Considerando a incidência um importante fator de qualidade da assistência prestado ao paciente crítico, seria ideal encontrar taxas menores, mesmo porque conforme dados encontrados, os índices nacionais demonstram valores maiores em relação a índices de pesquisas internacionais.

“A incidência e a prevalência mundial das úlceras por pressão permanecem elevadas, fato que comprova a necessidade de novas pesquisas” (MEDEIROS; LOPES; JORGE 2009, p. 224).

Referente à pesquisa realizado por Cremasco et al (2009), pôde-se verificar uma elevação em relação à ocorrência de UP sobre a incidência de (31%),

que se aproxima de outro estudo nacional de (37,7%). Freqüência elevada de UP (44%), foi observada em estudo brasileiro realizado em UTIs neurológicas, provavelmente estaria relacionada com a gravidade dos pacientes assistidos.

A literatura internacional aponta que entre 3 a 14% de todos os clientes hospitalizados desenvolvem lesão de pele. Vale lembrar que muitas delas são decorrentes de fatores inerentes à doença e às condições clínicas do cliente e que muitas vezes podem ser evitadas com o uso de materiais e equipamentos adequados ao alívio da pressão e aos cuidados específicos com a pele (SILVA et al, 2010, p. 315).

Não se consegue acreditar que no mundo de hoje, encontram-se tão elevados os índices de úlceras por pressão, tanto na saúde pública quanto privada, este problema permanece ativo apesar das novas tecnologias disponíveis.

No que se diz respeito à localização das úlceras, a região sacral é a mais acometida. Sua incidência pode variar de 29,5% a 35,8%. O calcâneo é o segundo local mais acometido, com incidência variando entre 19,5% e 27,8%. A região trocantérica ocupa o terceiro lugar, com incidência entre 8,6% e 13%. Outros locais com acometimento menos freqüentes (incidência de 6% a 1%) incluem pernas pés, maléolos, glúteos, escápulas, região isquiática e cotovelo. [...] (LUZ et al, 2010, p.37).

Decorrentes de conclusões encontradas em sua pesquisa, Cremasco et al (2009), constataram que a incidência de UP de (31%) nos pacientes das UTIs estudadas se associou a idade avançada, maior tempo de internação e maior gravidade do estado do paciente. A carga de trabalho não se associou à ocorrência de UP, mas foi identificada como preditora de risco para UP quando associada à gravidade do paciente.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2013), apesar da maioria das úlceras por pressão serem evitáveis, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UP. O custo total estimado de UP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano.

2.1.2 Fisiopatologia

Silva et al. (2010), afirmam que a pele é o revestimento do corpo, formando uma barreira protetora contra o meio externo, ao mesmo tempo em que mantém a homeostase. Secreta e excreta água e produtos metabolizados,

participando do feedback sensorial para equilíbrio, proteção contra ferimentos e defesa contra organismos e patógenos, sendo, portanto, indispensável à vida humana. A pele representa a primeira linha de defesa do organismo e, se sua manutenção for saudável e íntegra, constituirá uma importante barreira contra as lesões.

A UP é o resultado de modificações no fluxo sanguíneo da pele e tecidos subjacentes, causados por pressão. Uma pressão extrínseca maior que a pressão média de enchimento capilar, que é de 32 mmHg leva a redução do fluxo sanguíneo e da oxigenação tecidual. A partir desta interrupção abrupta do fluxo sanguíneo de um determinado território, iniciam-se alterações celulares que culminam em apoptose, caso o suprimento sanguíneo não seja imediatamente restabelecido (GUIMARÃES; ORLANDO; FALCÃO, 2008, p. 1691).

Ainda referente ao desenvolvimento das UP, Sobrinho et al (2010, p. 471), definem que: “ As úlceras por pressão são lesões decorrentes de hipoxia celular, levando a necrose tecidual”.

A hipoxemia tecidual é o principal fator responsável pelas condições desfavoráveis ao processo de reparação das lesões de pele, como a formação de edema, presença de isquemia e desenvolvimento de infecção que, se presentes na ferida, impedem a cicatrização. (SILVA et al, 2010, p. 205).

De acordo com Silva; Dick; Martini, (2012), as UP são lesões isquêmicas decorrente da compressão por longo período de tempo em uma única posição, por diminuição do suprimento sanguíneo para a rede capilar prejudicando o fluxo sanguíneo para os tecidos circundantes, privando-os de nutrientes e oxigênio.

Baixos níveis pressóricos diminuem a perfusão dos tecidos, fragilizam a estrutura tecidual e inibem a cicatrização. As alterações circulatórias impedem o transporte de nutrientes e oxigênio para as células do corpo. |Hipotensão arterial sistêmica – ou seja, pressão sistólica abaixo de 100 e 60 mmHg, respectivamente -, por exemplo, reduz a tolerância da pele a pressão e aumenta o risco de isquemia com complicação de pressão externa (DOMANSKY; BORGES, 2012, p. 132).

Ainda para melhor entendimento do que acontece na formação de uma úlcera por pressão, Luiz et al (2010), descrevem que cada grupo histológico apresenta uma capacidade individual de suportar determinados períodos de hipoperfusão. Se esse período for prolongado, há sofrimento tecidual, resultando em acidose local, hemorragia intersticial, obstrução linfática e acúmulo de metabólicos produzidos a partir da morte celular e necrose tissular.

2.1.3 Fatores de risco

“A ocorrência de UP em pacientes internados resulta da interação de múltiplos fatores relativos ao paciente, ao ambiente e aos processos assistenciais” (ANSELMÍ; PEDUZZI; FRANÇA JR, 2009, p. 258).

[...] o desenvolvimento de UP é um processo complexo que exige a aplicação o de força externa contra a pele. Entretanto, somente as forças externas não são suficientes para causar uma úlcera, sendo necessária a interação dessas forças com fatores específicos do hospedeiro para ocorrer o dano tecidual (GUIMARÃES; ORLANDO; FALCÃO, 2008, p. 1691).

Neste mesmo contexto, Dealey (2008, p. 124), expõe que:

“As UP são causadas por uma combinação de fatores, tanto externos quanto internos ao paciente. Há três fatores que podem causar as UP, seja isoladamente ou combinados. São eles: pressão, cisalhamento e fricção”.

Fatores de risco: doenças crônicas que exija repouso no leito; desidratação; redução da percepção da dor; fraturas; história de corticoterapia; imunossupressão; incontinência; desnutrição; disfunção mental, possivelmente relacionada a coma, nível alterado de consciência, sedação ou confusão; trauma multissistêmico; paralisia; má circulação; úlceras de pressão prévias, obesidade ou magreza significativa; idade avançada, umidade da pele; temperatura corporal; estado geral de saúde (SOUZA, 2013, p. 263).

Conforme Serpa et al, (2011), vários fatores de risco têm sido associados com o desenvolvimento de UP e, especificamente no caso de pacientes na UTI, os fatores de risco incluem alterações ou déficits nutricionais, umidade, ventilação mecânica alterações circulatórias, alterações de perfusão tissular alterada e, principalmente, aumento da exposição a pressão, idade, sepsis, período prolongado de hospitalização, algumas doenças crônicas como diabetes, nefropatias e lesões medulares bem como a admissão de emergência.

Conforme afirmação de Anselmi; Peduzzi; França Jr. (2009, p. 258):

Entre os determinantes críticos para o aparecimento de UP tem-se a intensidade e a duração prolongada de pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-las. Estes aspectos estão relacionados: à mobilidade do paciente, entendida como a capacidade de mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; à habilidades em remover qualquer pressão em área 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.

Vários são os fatores de risco que podem estar associados ao aparecimento de úlcera por pressão e diversos são os cuidados de enfermagem para prevenção. Porém pode-se constatar que mesmo sendo realizadas ações de enfermagem, ocorre o desenvolvimento de UP. A identificação precoce dos riscos, pode ajudar a diminuir os casos e a gravidade das úlceras.

As úlceras por incontinência são desconhecidas ou esquecidas na prática assistencial, considerando quase todas as lesões como úlcera por pressão. Dado o exposto, Luz et al (2010, p. 38) relatam que:

“A incontinência urinária e/ou fecal é outro fator intimamente relacionado com a formação de UP. Alguns estudos sugerem que pacientes incontinentes representam risco cinco vezes maior se comparados a pacientes não continentemente”.

Dealey (2009) aponta que, lesões por incontinência às vezes são confundidas com as UP. A incontinência pode causar eritema, escoriações e maceração da pele, e então a lesão fica com aparência similar a UP. Deve-se ter cuidado ao determinar a localização precisa de qualquer lesão ou úlcera em pacientes incontinentes. Quando a lesão não está localizada sobre uma proeminência óssea, é mais provável que seja por incontinência do que por pressão.

A enfermagem desempenha um trabalho primordial para prevenção de UP atuando no controle dos fatores de risco (pressão, cisalhamento, fricção, umidade, nutrição, capacidade de movimentação). Por esse motivo, a utilização de índices de úlcera por pressão tem sido associada a um cuidado de enfermagem de qualidade. Embora se reconheça o papel da enfermagem, considera-se que toda equipe interdisciplinar tem seu papel na prevenção e tratamento de UP (SILVA; DICK; MARTINI, 2012, p. 340).

Em unidades de terapia intensiva, a quantidade de cuidados específicos, juntamente com a complexa tecnologia leva a tendência em priorizar a recuperação, estabilização do paciente crítico, sendo que a manutenção da integridade cutânea, assim como outros aspectos do paciente, podem apresentar-se comprometidos.

2.2 AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM RISCO DE DESENVOLVER ÚLCERA POR PRESSÃO

Estabelecer uma rotina de avaliação de risco; instruir os profissionais de saúde sobre melhor forma de obter uma avaliação de risco confiável; registrar todas as avaliações de risco; adotar uma escala para avaliação de risco; realizar a avaliação de risco na admissão do paciente e conforme o escore de risco e programar as intervenções necessárias são ações essenciais para o sucesso da avaliação do paciente.

O estudo realizado por Gomes et al (2010, p. 1074), demonstra que:

Em relação à ocorrência de úlceras por pressão encontrada nos CTIs pertencentes à amostra, mostra que uma taxa superior àquelas descritas na literatura, entretanto no Brasil, existem ainda poucos estudos sobre o assunto. Vale acrescentar a ocorrência de úlceras por pressão encontrada em pesquisas realizadas em outros países como Alemanha (21,1%), Suécia (13,2% e Singapura (18,1%).

2.2.1. Fatores essenciais para avaliação do paciente

Silva et al (2010, p. 142), definem:

“Um bom exame físico é aquele que revela ao enfermeiro as reais condições do organismo do cliente, facilita o diagnóstico da lesão de pele em curso e norteia a tomada de decisões para a terapêutica de enfermagem”.

Em relação ao tempo ideal e a frequência da avaliação do paciente os autores colocam que:

Os estudos disponíveis demonstram que não há uma frequência ideal de reavaliação, portanto, os intervalos devem ser determinados pelas condições individuais de cada paciente, particularmente se houver restrição ao leito ou limitação de mobilidade (KNOBEI,2006, p. 2493).

A admissão é o momento ideal para se fazer a primeira avaliação do paciente, o enfermeiro deve lembrar que as condições podem sofrer grandes alterações principalmente em pacientes internados em unidades intensivas e, portanto, as avaliações de risco devem prosseguir rotineiramente e de forma sistematizada.

É importante que sejam procuradas lesões de fácil diagnóstico, identificando e tratando desde o princípio, bolhas, vesículas, edemas, lacerações,

para que estas não se tornem lesões avaliadas somente posteriormente para tratamento, sendo estas alterações muito comuns em pacientes críticos internados em UTI.

Ainda neste mesmo contexto Silva et al (2010), descrevem que, pós a avaliação, o cliente terá o seu score de risco definido, determinando a frequência das mudanças de decúbito e as posições a serem variadas, além de outros cuidados preventivos, tais como a hidratação da pele, o uso de colchões especiais e o uso de dispositivos que aliviam a pressão, considerando as limitações individuais do cliente e da instituição.

Referente ao aspecto nutricional, relevante a este estudo Domansky; Borges (2012) relatam que, a avaliação do estado de nutrição e do estado de hidratação deve ser incluída na análise de risco do paciente para desenvolver UP. Desnutrição e desidratação podem comprometer e causar perda de peso e de massa muscular, tornando as proeminências ósseas mais expostas, dificultando a mobilização do paciente.

Knobel (2006, p. 2498), afirma que:

A relação entre estado nutricional e UP é complexa. A avaliação nutricional deve incluir a altura, peso atual, hábitos alimentares, perdas ou alterações recentes. Na vigência de risco nutricional, o acompanhamento por uma nutricionista é recomendado, pois muitas vezes pode ser necessária uma terapia nutricional mais agressiva com introdução de dieta enteral/e ou parenteral.

A solicitação de avaliação e acompanhamento nutricional pela equipe de nutrição clínica para os pacientes críticos internados em UTI tem importante participação e faz a diferença em relação à prevenção das úlceras por pressão. A prescrição de suplementos nutricionais como fonte de proteína e complemento da dieta habitual para pacientes com risco de déficit nutricional é parte integrante do plano de prevenção das UP.

Ministério da Saúde (2013, p.7) coloca que:

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando de lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar probabilidade duas vezes maior de lesões

Em relação a outros aspectos relevantes á prevenção destas lesões, a avaliação da pele assume dois importantes sentidos: proporcionar dados básicos

sobre o estado da pele no início do cuidado e proporcionar informações contínuas sobre eficácia do plano de prevenção.

A avaliação da pele é descrita por Dealey (2008), da seguinte maneira:

- Avaliação das proeminências ósseas, lembrando que pacientes edemaciados podem desenvolver UP em áreas menos comuns (p.ex. costelas);
- As condições da pele devem ser identificadas – ressecamento, fragilidade, eritema e áreas de maceração suscetíveis a lesões;
- Cor da pele – a pele escura é mais difícil de avaliar em busca de sinais precoces de lesão tissular; deve-se avaliar ressecamento, rachadura ou endurecimento.

A perda da integridade da pele causando lesões definidas como UP sempre é foco de discussão e preocupação por parte dos profissionais de enfermagem. A enfermagem é caracterizada pelo cuidado e faz parte da rotina da prática dos profissionais de enfermagem ações em busca de ofertar o conforto com qualidade, bem estar geral, a segurança, e principalmente o alívio do sofrimento do paciente crítico.

2.2.2 Escalas de avaliação de risco

“A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013, p.3).

Domansky; Borges (2012, p. 163), afirmam que:

“Antes da implementação das recomendações de prevenção de UP é essencial identificar o paciente de risco; para isso, são necessárias avaliações e inspeção da pele e aplicação de uma escala de risco”.

Um estudo mostrou a existência de mais de 40 escalas [...] A escala de Braden foi publicada em 1987 e tem sido utilizada principalmente nos Estados Unidos da América. Esse instrumento foi adaptado e validado a cultura brasileira em 1999 e tem sido aplicada desde então, em várias instituições brasileiras de saúde (SERPA et al, 2011, p.3).

“A avaliação sistemática através de escalas permite identificar precocemente os danos iniciais resultantes da pressão e as reavaliações devem enfocar particularmente as áreas de maior risco” (KNOBEL, 2006, p. 2493).

A escala de avaliação de risco para desenvolvimento de UP, a ser implementada, deve ser selecionada pelos enfermeiros responsável pelo serviço. De acordo com Blanes, Yosbitome e Ferreira (2003), dentre as escalas existentes, nenhuma foi considerada melhor ou mais apropriada para uso na maioria dos serviços, sendo recomendada, assim, a utilização de uma que seja adequada a realidade de cada instituição e ao perfil da clientela (Silva et al, 2010, p. 335).

Sobrinho et al (2012), consideraram em seus estudos, após uma comparação entre várias escala existentes, a de Braden é de melhor operacionalização além de se adaptar também melhor a realidade hospitalar.

Miyzaki; Caliri; Santos, (2010), referem-se ao uso de instrumentos de avaliação de riscos para o desenvolvimento de UP, como a escala de Braden, identifica o paciente em risco e os fatores de risco associados, auxiliando o enfermeiro na tomada de decisões quanto ao planejamento das medidas preventivas subseqüentes a serem adotadas para cada paciente internado em estado crítico.

Medeiros; Lopes; Jorge, (2009), descrevem que os cuidados de enfermagem às úlceras por pressão abrangem intervenções relacionadas ao acompanhamento integral do cliente em risco de adquirir a lesão, por meio de utilização de escalas, conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde.

O enfermeiro deve conhecer essas escalas, assim como manter como prioridade na sua rotina diária assistencial, a utilização que mais se encaixe no seu ambiente de trabalho. Como parte integrante de protocolos de prevenção, as escalas de avaliação de risco de UP têm bom resultado em paciente mais vulnerável às alterações de integridade da pele, a qual é indispensável na unidade de terapia intensiva.

Concluindo os achados sobre as escalas, Luz et al (2010), considera que a estimativa do risco individual deve ser realizada periodicamente, e o emprego de escalas quantitativas de risco pode ser útil no manejo preventivo. As mais utilizadas são as escalas de Norton (avalia a condição física, mental, atividade, mobilidade e

incontinência, com nota de 1 a 4) e de Braden (analisa a percepção sensorial, grau de umidade, atividade, mobilidade, nutrição e forças de fricção e cisalhamento).

2.3 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

De acordo com Sobrinho; Peduzzi; França Jr. (2009, p. 258):

Entre as ações de enfermagem, consideradas medidas preventivas para desenvolvimento de UP, 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.

Os vários aspectos sobre a prevenção das UP podem ser resumidos de acordo com Dealey (2008):

- Avaliação; identificação dos pacientes em risco, avaliação e monitoramento da pele, especialmente as proeminências ósseas; identificação de problemas de continência;
- Planejamento das medidas preventivas apropriadas;
- Avaliação dos resultados da efetividade da prevenção;
- Assegurar que a equipe tenha adequado conhecimento das causas e prevenção das UP;
- Programação de educação para os pacientes em risco e seus familiares;
- Monitoração dos resultados de prevenção, avaliando os índices de prevalência e incidência das UP;
- Supervisão da qualidade do cuidar.

O termo “prevenção” vai direto ao ponto da posição que muitos profissionais hoje buscam na área assistencial à saúde: ajudar, prevenir, tratar e acima de tudo não causar mais danos ao quadro de doença já instalado. Os pacientes procuram a assistência de instituições de saúde quando estão no seu estado mais vulnerável e precisando de cuidados. É neste aspecto que devido as

intervenções realizadas durante este estado de doença que podem desenvolver as lesões de pele.

Lembra-se, que o desenvolvimento dessas úlceras pode ser considerado uma iatrogênia, e inclusive, gerar processos e demandas judiciais tanto para as instituições, quanto para os profissionais de saúde. Neste contexto destaca-se que a prevenção desse tipo de complicação é um desafio para a equipe de saúde, sendo o objetivo permanente de enfermagem qualificada para: identificar os fatores de risco apresentados pelos clientes; planejar e implementar medidas preventivas eficazes para reduzi-los ou eliminá-los (BRANDÃO; SANTANA; SANTOS, 2013, p.3223).

Medeiros; Jorge; Lopes, (2009), descrevem também as ações que determinam a prevenção e o tratamento das UP. A avaliação do grau de risco com individualização da assistência; confecção de protocolo de prevenção de UP; utilização de algum instrumento, escalas de avaliação de risco (Braden, Norton, Waterloo); colchões especiais, mobilização e proteger saliências ósseas, assim como o tratamento precoce da pele para prevenir lesão; são cuidados essenciais em pacientes acamado e em estado crítico.

Cuidados específicos com a pele podem prevenir o surgimento de UP. Higienizar a pele após cada evacuação, evitando; não massagear área de proeminências ósseas; reconhecer e tratar condições que aumentem a umidade da pele, a incontinência, sudorese intensa. Nestes casos aplicar creme de barreira ou protetor cutâneo na presença de dermatite associada à incontinência.

Usar água morna, (não quente) e sabonete neutro ou suave; evitar a força e fricção sobre a pele; aplicar loção hidratante; reduzir a exposição ao frio; não massagear proeminências ósseas; utilizar materiais absorventes para controlar a umidade resultante da incontinência, perspiração ou drenagem de feridas evitando a irritação e o ressecamento. Para a prevenção de lesões, pode-se utilizar filme transparente ou hidrocoloide como coadjuvante de prevenção. Todas as intervenções e resultados devem ser avaliados e registrados (KNOBEL, 2006, p 2498).

A prevenção da UP é uma tarefa que deve ser exercida rotineiramente com o foco de identificação precoce dos pacientes com risco de desenvolver UP. O surgimento destas lesões pode estar associado às doenças agudas. Assim que o estado geral do paciente melhora, outros fatores de mobilidade e atividade também podem apresentar melhora. Alguns pacientes podem necessitar de atividades de reabilitação para aperfeiçoar seus níveis de mobilidade. Portanto medidas profiláticas intensificadas podem impedir a evolução da UP.

2.3.1 Dispositivos de redistribuição de pressão

“A escolha do dispositivo mais apropriado deve levar em consideração características do equipamento (custo e facilidade de uso e do paciente (risco para desenvolver lesões, presença de comorbidades, prognóstico)” (LUZ et al, 2010, p.41).

Os dispositivos de redistribuição da pressão devem ser utilizados para diminuir os fatores de risco que causam UP. São indicados para pacientes graves, com alto risco para desenvolver a UP, sendo que, distribuem o peso exercido em áreas já comprometidas ou que estão em processo de evolução favorável.

Knobel (2006, p. 2496) afirma:

“[...] a decisão sobre quais equipamentos e materiais utilizar deve ser baseada no julgamento clínico do enfermeiro após uma avaliação global do paciente e não somente nos escores obtidos por meio de uma escala de avaliação de risco”.

Domansky; Borges, (2012), descrevem algumas ações efetivas para o reposicionamento reduzindo a pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo. Considerar o reposicionamento uma estratégia para prevenção; determinar a frequência do reposicionamento, observando a tolerância tecidual, as condições da pele, o conforto do paciente, o nível de atividade e mobilidade, a condição clínica geral e os objetivos do tratamento; realizar o reposicionamento evitando expor a pele a pressão e cisalhamento. O paciente deve ser elevado, e não arrastado durante a mudança de decúbito; evitar posicionar o paciente diretamente sobre dispositivos médico-hospitalares, tais como drenos, cateteres e tubos, ou proeminências ósseas com hiperemia; efetuar o reposicionamento a 30° em decúbito dorsal e durante o posicionamento lateral (alternar lado direito, dorso e lado esquerdo). Utilizar a posição prona caso as condições clínicas do paciente permitam. (Evitar posições que aumentem a pressão, como decúbito a 45° ou 90°, lateral ou dorsal); evitar elevar a cabeceira do leito acima de 30°; colocar os pés do paciente sobre um apoio, quando os pés não alcançarem o chão na posição sentada, impedindo que deslize para fora da cadeira; restringir o tempo em que o paciente permanecer sentado na cadeira sem alívio de pressão; registrar o regime de posicionamento, especificando

a frequência e a posição adequadas; fornecer instrução sobre o papel do reposicionamento na prevenção de UP a todas as pessoas envolvidas no cuidado do paciente; fornecer treinamento sobre as técnicas de reposicionamento e utilização de equipamentos a toda equipe.

O gerenciamento de cuidados enfermagem para prevenção da UP requer do profissional a identificação e aplicação de intervenções adequadas, incluindo dispositivos eficazes e seguros de redistribuição da pressão com evidências de benefícios e desenvolvidos para este fim.

Não deve ser utilizado como alívio de pressão: luva cheia de água e peles de carneiros naturais ou sintéticos (não redistribuem a pressão); equipamentos em formato de coroa tais como: rodas de espuma, água ou silicone (prejudicam a circulação e a drenagem linfática, favorecendo a formação da UP) (KNOBEL, 2006, p, 2496).

A mobilização precoce do paciente crítico é um dos fatores mais importante para prevenir a ocorrência de UP, esta ação pode ser realizada tanto pela equipe de enfermagem, quanto como em conjunto com fisioterapeutas, não esquecendo de que a mobilização influencia consideravelmente na melhora do estado geral do paciente que permanece no leito por muitos dias.

2.3.2 Reposicionamento do paciente com risco de UP

Diante de tal problemática, Silva et al (2010, p. 176), referem que:

A falta de mobilidade é um dos fatores de risco mais considerados para formação de UP, pois propicia a presença de pressão nos locais de proeminências ósseas, fazendo com que haja destruição tecidual. A prevenção da UP depende principalmente da enfermagem que é quem na maioria das vezes manipula o paciente nas 24h do dia.

Segundo Luz et al (2010, p.41):

“A cada mudança de decúbito a pele deve ser reavaliada quanto a temperatura, turgor, umidade, presença de eritema ou bolhas, de modo a identificar sinais precoces de lesão e evitar ressecamento excessivo e a descamação”.

O alívio da pressão é a principal estratégia usada na prevenção das UP. O método mais comum é o reposicionamento do paciente. Uma alternativa à tradicional mudança de decúbito do paciente é a inclinação a 30 graus. Esse método de posicionar os pacientes foi desenvolvido numa unidade de jovens deficientes. O paciente é colocado numa posição inclinada, utilizando travesseiros. Uma vez nessa posição não há pressão no sacro e nem nos calcânhares (DEALEY, 2008, p. 131).

A mudança de decúbito faz parte das ações para alívio de pressão prolongada sobre as áreas suscetíveis, a mesma deve ser realizada mesmo nos pacientes em uso de equipamentos de redistribuição de pressão ou com outros dispositivos utilizados.

Os pacientes que apresentam deficiência de mobilidade, atividade e percepção sensorial irão necessitar de assistência para o reposicionamento ou mudança de posição a intervalos regulares para aliviar ou facilitar a redistribuição de pressão, proporcionando conforto e prevenindo o desenvolvimento de UP. Deve-se considerar o reposicionamento para todos os pacientes sob risco de desenvolver UP. A implementação bem sucedida dos horários de reposicionamento será influenciada pelo conhecimento e habilidades de todos os indivíduos envolvidos no cuidado das pessoas vulneráveis ao desenvolvimento de UP, inclusive os próprios pacientes (DOMANSKY; BORGES, 2012, p. 170).

De acordo com Knobel (2006), em ângulos maiores de 30°, o corpo do paciente pode escorregar ocasionando atrito e cisalhamento. A permanência em poltrona não deve ultrapassar duas horas durante as quais se devem alterar os pontos de pressão pelo menos a cada hora. Para indivíduos restritos ao leito e de alto risco, a mudança de decúbito deve ser sistemática realizada a cada duas horas, além do uso de coxins, travesseiros ou protetores de espuma para as proeminências ósseas e uso de materiais que reduzem a pressão sobre os calcâneos.

Quando os pacientes começam a sair do leito e sentar-se fora da cama, em poltronas, sofás, cadeiras eles devem ser avaliados como a mesma periodicidade, pois tendem a permanecer nas poltronas por longos períodos de tempo sem serem movimentados.

Medidas profiláticas são primordiais em relação à UP, principalmente em pacientes críticos, internados em unidades de terapia intensiva. Para que a efetividade da prevenção ocorra é necessário investimento em dispositivos que apresentem eficácia e conseqüentemente que reflita na qualidade dos serviços prestados.

2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

Conforme Silva et al (2010, p.30):

Acompanhando o histórico do tratamento de feridas, observa-se o despontar da enfermagem, participando de forma direta e ativa tanto nos processos de prevenção quanto no de tratamento de feridas. Os enfermeiros tem se destacado na pesquisa clínica e no desenvolvimento de novas alternativas de intervenção de enfermagem ao cliente portador ou com risco de desenvolver lesões.

Domansky; Borges, (2012, p.1), afirmam que:

“Muitos profissionais de saúde continuam a tratar as feridas de acordo com práticas antigas, apesar de inúmeras pesquisas mostrarem evidências científicas para as escolhas terapêuticas tanto para prevenção quanto para o tratamento das feridas”.

No Brasil, ainda não existe diretriz nacional para prevenção e tratamento da UP. Mesmo com o aumento de estudos e publicações nos últimos anos, no país, esses não são suficientes para a proposição de recomendações diferentes daquelas existentes. Especialistas no assunto utilizam as diretrizes internacionais para fazer recomendações aos cenários da saúde brasileira (MIYAZAKI et al, 2010, p. 03).

Um aspecto importante sobre o tratamento envolve analisar as condições do paciente e das lesões da pele. Assim, as úlceras devem ser acompanhadas diariamente em todas as suas categorias, tamanho, exsudado, fístulas, tecido de granulação e tecido necrosado. Analisar também os fatores associados à lesão como a pele circundante, efetividade do produto usado, estado do curativo, enfim, todo processo evolutivo deve ser acompanhado, avaliado e registrado.

Knobel (2006, p. 2499), destaca como objetivo do tratamento:

[...] a promoção de ambiente que favoreça o processo de sua cicatrização, proteção e limitação/redução de edema. O curativo ideal é aquele que promove os seguintes fatores: manutenção de integridade fisiológica, proteção da lesão, biocompatibilidade e promoção de hidratação ideal. A condição do leito da úlcera e função desejada do curativo determina o tipo de cobertura necessária. A regra principal é manter o tecido da ferida úmido e pele seca e íntegra ao redor.

Os hidratantes, emolientes podem ser utilizados no tratamento de pacientes com pele muito seca durante o banho, ou em forma de creme. Os cremes devem ser aplicados suavemente na área afetada, evitando esfregar em excesso. Se a pele estiver úmida, a fonte de umidade deve ser identificada e, se possível,

tratada. Um creme barreira para proteger a pele contra a umidade pode ser necessário e indispensável para pacientes críticos acamados.

De acordo com Ministério da Saúde (2013), quando não se pode controlar os fatores de umidade da pele agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele podem ser utilizados. O tratamento da pele seca com hidratante tem se mostrado efetivo na prevenção de UP.

Segundo Luz et al (2010), a maior parte as úlceras por pressão apresenta boa evolução com medidas conservadoras do tratamento, entretanto alguns pacientes necessitam de tratamento cirúrgico para fechar a lesão, especialmente aqueles com melhora na qualidade de vida com fechamento em curto espaço de tempo.

Apesar dos grandes avanços na área de produtos destinados ao tratamento e à prevenção das lesões de pele, ainda é preciso progredir muito, não só para se entender que essas tecnologias nada mais são do que um dos fatores que contribuem para o sucesso da terapêutica de enfermagem, mas principalmente conhecer e compreender os fatores subjetivos, não menos importantes que os racionais, que estão presentes e são parte integrante do corpo do cuidado, este portador de lesão de pele (SILVA et al, 2010, p. 208).

Para Dealey (2008), existem inúmeros produtos à disposição para tratamento de feridas, e muitas são opiniões conflitantes sobre a maneira de usá-los. Muitas enfermeiras têm grande interesse por este assunto e se orgulham das habilidades adquiridas, que facilitam o manuseio de curativos. O desenvolvimento tecnológico recente mostra a necessidade de transformar ou adaptar as práticas tradicionais

2.6 MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

De acordo com Silva et al (2010, p. 31):

“É obrigação do enfermeiro manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão”.(Resolução COFEN n. 240/2000, art. 18)

Os programas educacionais podem auxiliar a diminuir a ocorrência de UP por promover uma orientação de melhoria contínua da qualidade e estimular a equipe interdisciplinar a valorizar e adotar as medidas de prevenção na prática assistencial diária (Knobel, 2006, p. 2500).

Medeiros; Lopes; Jorge, (2009), referem que é necessária maior socialização do conhecimento baseado em evidências científicas acerca do tratamento, assim como da prevenção da UP, para que se possa oferecer intervenções efetivas e direcionadas ao cuidado com a pele.

Somente decorrente dos conhecimentos adquiridos pode-se prestar uma assistência humanizada e com certeza de estar fazendo o correto. Os profissionais de enfermagem geralmente concluem o ensino superior e não se atualizam mais. Alguns esquecem que toda equipe precisa de educação continuada, treinamentos, informações baseadas em evidências. É o enfermeiro chave fundamental para o preparo da equipe que trabalha em unidade de terapia intensiva, já que pela complexidade dos pacientes muitas vezes se esquece de pensar e se dedicar a prevenção

Conforme descritos por Miyazaki; Calibri; Santos, (2010), em relação as úlceras de pressão, vários autores destacam a necessidade de conhecimento científicos da equipe de enfermagem, pois freqüentemente, as praticas realizadas não estão baseada em evidencias, mas sim em aprendizados populares, credices ou relatos dos próprios colegas de profissão. Estudos sobre conhecimento sobre UP com enfermeiros e estudantes demonstram características individuais e educacionais que se associam a prática assistencial.

Dealey (2008, p. 137) descreve que, “há benefícios limitados em desenvolver uma política de prevenção de UP se não houver esforços para promover educação relevante dos profissionais de saúde, auxiliares, pacientes e cuidadores”.

A constante atualização do enfermeiro e sua equipe refletem positivamente nas condutas e ações para a prevenção de diversos aspectos do paciente crítico, principalmente se tratando de medidas eficazes de prevenção de UP. Com embasamento se torna mais tranqüila e segura a assistência prestada aos pacientes críticos.

Ainda referente as idéias de Knobel (2006), as informações claras de prevenção e os demais cuidados de tratamento que são destinados a equipe, paciente e família devem incluir os fatores de risco, fisiopatologia, instrumentos disponíveis para avaliação de risco e suas limitações, técnicas de posicionamento e transferência de pacientes, escolha e utilização de equipamentos de redistribuição de pressão e estratégias para sua prevenção.

A educação dos profissionais relacionados à área de tratamento de lesões, também tem sido realizada por enfermeiros. Hoje, esses profissionais atuam em empresas, hospitais, ambulatórios, clínicas e ainda têm presença marcante em congressos médicos e de enfermagem (SILVA et al, 2010, p. 30).

Atividades participativas facilitam a construção compartilhada do conhecimento entre equipe de enfermagem, assim como equipe multidisciplinar,, promovendo transformação do ambiente assistencial, por meio de profissionais dotados de pensamento crítico, reflexivos e comprometidos com a melhora da qualidade da assistência.

A partir de Anselmi; Peduzzi; França Jr. (2009), a literatura internacional demonstra que as institucionalizações de protocolos para prevenção de UP e programas educativos diminuem comprovadamente sua incidência. Em internações de longa permanência após realização de medidas educativas o índice passou de 23% a 5%.

A enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência que cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano – prestado individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo-se individualmente ou em equipe, atividade de promoção, proteção, prevenção e recuperação de saúde (Domansky; Borges, 2012, p. 226).

Medidas educativas, treinamentos, palestras, enfim, diversos métodos de ensino ocupam um papel muito importante no esclarecimento de soluções para prevenção de úlceras por pressão, inclusive em unidade de terapia intensiva, onde se encontram maior número de pacientes com alto risco de desenvolver UP. As informações adquiridas a partir destas medidas são essenciais frente à mudança de atitude dos profissionais de enfermagem com relação à prevenção de UP.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o caminho que norteou este estudo, a caracterização do estudo, a fonte e coleta de dados e como os dados foram analisados.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, qualitativo, desenvolvido a partir de artigos científicos publicados entre 2009 e 2013, revistas eletrônicas de enfermagem e terapia intensiva, indexados na Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Google acadêmico a fim de se identificar publicações recentes envolvendo prevenção das úlceras por pressão em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva. Foram utilizados livros do acervo pessoal para realizar o embasamento teórico deste trabalho, alguns com publicações superiores á cinco anos, porém relevantes ao estudo.

3.2 FONTE E COLETA DOS DADOS:

Os critérios para seleção dos artigos para a presente pesquisa foram:

1. Artigos que relatam o assunto;
2. Artigos publicados em revistas de enfermagem e terapia intensiva, na base de dados Scielo e Google acadêmico;
3. Livros (acervo pessoal), alguns com datas superiores a cinco anos porém relevantes ao tema;
4. Artigos que compreendam as palavras chaves: úlcera por pressão, feridas, unidade de terapia intensiva, paciente crítico, prevenção;

5. Artigos publicados no idioma português;
6. Artigos publicados no período de 2009 a 2013.

3.3 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor sistematização e clareza acerca do processo de coleta de dados, o mesmo foi dividido por momentos:

Primeiro momento:

A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a seleção de datas, onde foi dada ênfase a publicações recentes, entre os anos de 2009 e 2013.

Segundo Momento:

A segunda avaliação ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto, onde foram totalizados 10 artigos, estes foram selecionados por categoria (Apêndice A).

Terceiro Momento

A terceira avaliação procedeu-se com leitura dos artigos selecionados na íntegra, o qual proporcionou a identificação de três aspectos a serem analisados: Ações de enfermagem para prevenção das úlceras por pressão; avaliação do paciente com risco de desenvolver UP; conhecimento da enfermagem sobre UP.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas através da revisão de literatura foram agrupadas de acordo com a questão norteadora (Quais ações de enfermagem devem ser realizadas para se obter sucesso na prevenção de UP em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva?) por semelhanças e analisada à luz do referencial teórico proposto.

Foi realizada análise do conteúdo dos artigos selecionados através de leitura minuciosa, na íntegra, necessárias para o alcance dos objetivos propostos.

Os dados foram agrupados de acordo com três aspectos que mais se destacaram e foram relevantes ao tema:

- Ações de enfermagem para prevenção das úlceras por pressão;
- Avaliação do paciente com risco de desenvolver UP;
- Conhecimento da enfermagem sobre úlcera por pressão.

Ações de enfermagem para prevenção das úlceras por pressão:

Luz et al (2010), descrevem que a identificação dos pacientes suscetíveis precocemente e a realização sistematizada de medidas preventivas das lesões devem ter início na admissão, devendo ser mantidas durante toda internação. Ainda afirma que o emprego de dispositivos redistribuidores da pressão pode exigir maiores investimento, porém, em longo prazo, com a redução dos custos da hospitalização prolongada e das medidas empregadas no controle de complicações, acaba sendo custo-efetivo.

A partir de Silva et al (2010), a aplicação do protocolo de prevenção de UP significa uma atitude estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistências para a enfermagem e toda equipe multidisciplinar. Essa iniciativa liderada pelo enfermeiro representa um esforço institucional que integra várias equipes profissionais, tornando a prevenção mais acessível de se alcançar.

Brandão et al (2013), coloca que em relação a enfermagem, além da avaliação dos fatores de risco, destacam-se alguns dos principais cuidados essenciais para a prevenção das UP em pacientes críticos; inspeção diária da pele, registros das observações; reposicionamento do cliente no leito ou cadeira a cada 2

horas, higiene da pele com sabonetes neutros, evitando fricção; secagem cuidadosa; hidratação constante da pele; troca de fralda sempre que necessário, entre outros.

Avaliação do paciente com risco de desenvolver UP:

Conforme descrito por Sobrinho et al (2010), as escalas de avaliação de risco direcionam o trabalho do enfermeiro e se torna uma ferramenta para direcionamento de suas ações. A literatura mostra a importância da utilização de escalas para prevenção de úlcera por pressão por padronizar a forma de avaliação da enfermagem.

Para Gomes et al (2010), a UP é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, inclusive a prevenção. Portanto, diante de pacientes com risco para desenvolvimento de úlcera por pressão, uma equipe multidisciplinar tem a responsabilidade de implementar medidas preventivas e agir sobre os riscos do desenvolvimento das UP.

Silva et al (2012), identificaram em sua pesquisa que vários são os fatores de riscos que podem estar associados ao desencadeamento de UP e que diversos são os cuidados de enfermagem para prevenção. Apesar de se constatar a existência de ações de cuidados de enfermagem, houve o desenvolvimento de UP. Destaca-se necessidade de ampliar a coleta de informações para identificação dos riscos, atuação frente a estes fatores e conseqüentemente diminuição dos casos de UP, bem como sua gravidade.

Conforme descrevem Cremasco et al (2009), a avaliação do risco para UP realizada através de uma escala, tipo a de Braden é importante, visa detecção precocemente e a adoção de intervenções necessárias. Ressaltam-se outros fatores do próprio paciente ou cuidado, como a gravidade do estado do paciente e a carga de trabalho de enfermagem, também devem ser considerados, pois podem contribuir com o aparecimento de UP.

Conhecimento da enfermagem sobre UP:

A revisão de estudos realizada por Miyazaki; Caliri; Santos, (2010), demonstra que apesar dos avanços da tecnologia e comprovações científicas na área

de saúde e da existência de diretrizes que fazem recomendações para prevenção da UP, o problema ainda é persistente e mundial, e o conhecimento dos profissionais de enfermagem se mantém deficiente acerca da prevenção.

Medeiros; Lopes; Jorge, (2009), descrevem em sua conclusão que na prática assistencial, as intervenções preventivas e terapêuticas para úlcera por pressão com novas tecnologias, ainda encontram-se em fase de conhecimento dos enfermeiros, tornando-se umas práticas não institucionalizadas, sendo difícil o acesso a tecnologias nos serviços de saúde, tornando assim a rotina de prevenção ineficiente.

Anselmi; Peduzzi; França Jr. (2009), concluíram em seus estudos que propostas de educação permanente implementadas em serviços de saúde requerem articulação com mudanças na estrutura física, nas condições de trabalho, no gerenciamento de enfermagem e na gestão em saúde, a fim de assegurar qualidade nos processos assistências.

A partir dos dados descritos anteriormente, pôde-se analisar que os autores referem-se a muitas questões; ações, métodos, que na prática da assistência de enfermagem são realizados. Porém estes aspectos não são avaliados e medidos em relação a sua eficácia. Em unidades de terapia intensiva, dada a magnitude e complexidade dos procedimentos, indispensáveis à recuperação e restabelecimento da saúde dos pacientes internados, muitas vezes a priorização da assistência compromete as ações de prevenção. Desse modo, mesmo realizando algumas ações para diminuir ou evitar, a UP acaba aparecendo e se tornando, portanto, um constante desafio para a enfermagem intensiva.

5 CONCLUSÃO

A UP ainda é considerada problema muito grave, especialmente em pacientes críticos hospitalizados, com doenças crônicas incluindo os múltiplos fatores agravantes que contribuem para o desenvolvimento de tal lesão de pele. Apesar do crescente interesse dos profissionais de saúde no que diz respeito à prevenção e tratamento das feridas, ainda existe no meio assistencial uma grande desinformação sobre o assunto, o que muitas vezes contribui para o insucesso das ações realizadas.

O verdadeiro sucesso na prevenção da UP principalmente de pacientes internados em unidades de terapia intensiva, depende diretamente dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde sobre o assunto, principalmente da equipe de enfermagem que são a base direta de cuidados diários aos pacientes críticos internados.

A prevenção da úlcera de pressão é uma tarefa multidisciplinar que deve ser exercida diariamente com objetivo de identificar mudanças precoces no estado clínico do paciente. A pele deve ser examinada constantemente com o objetivo de identificar lesões em seu estado precoce. Desse modo, medidas profiláticas podem ser intensificadas impedindo a evolução das lesões. (Luz et al, 2010, p. 40)

Ter como meta o direcionamento á programas educacionais com equipe de enfermagem, estudos de casos da prática assistencial, discussão com equipe interdisciplinar e médica, com o objetivo de mudar a cultura da equipe e da instituição com ênfase na prevenção seria um grande passo na busca da diminuição da incidência das UP.

Além dos diversos problemas que podemos rever em todo o desenvolvimento deste trabalho, sabemos que as úlceras por pressão causam males e prejuízos imensos a pacientes e familiares, dor física e emocional. Há necessidades urgentes de pesquisas envolvendo a atuação ideal do enfermeiro e toda equipe na avaliação do paciente e no desenvolvimento de programas de prevenção.

Ao confrontar os dados obtidos com a revisão, pode-se verificar que os objetivos propostos foram alcançados. Verificou-se que, existem inúmeras ações que previnem as úlceras por pressão, como por exemplo, reposicionamento,

cuidados com umidade, fricção, cisalhamento, mobilização, nutrição adequada entre outras. Outro aspecto que compreendeu grande parte da pesquisa foi a avaliação do paciente com risco de desenvolver UP através de instrumentos, escalas. E o conhecimento da enfermagem frente às UP. Apesar do tema, ser discutido nas instituições de ensino, hospitais, serviços públicos, ainda é carente de estudos direcionados a reflexão da prevenção, o que merece atenção dos enfermeiros da prática, assim como da docência. É a partir da conscientização de todos os profissionais que prestam cuidados ao paciente crítico, que será possível uma mudança de atitude, o que leva a transformar a realidade.

A implantação do protocolo de prevenção de UP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais. Essa iniciativa liderada pelo enfermeiro representa um esforço institucional que integra várias equipes profissionais. (Silva et al, 2010,p.180)

A partir dos descritos dos autores que fizeram parte desta revisão, conclui-se que na prática assistencial, as ações preventivas com novas tecnologias ainda não são de conhecimento geral por parte da equipe de enfermagem. Isso torna mais difícil a atuação acertada de medidas de prevenção. Faz-se necessário maior investimento tanto pessoal quanto institucional a fim de se ter um embasamento científico para realizar as ações efetivas com segurança para enfermagem e principalmente para o paciente internado em unidade de terapia intensiva.

É preciso ter consciência de que medidas preventivas só serão utilizadas efetivamente se o profissional de enfermagem, além de ter conhecimento, demonstrar também sensibilidade e comprometimento, assumindo atitudes pró-ativas em relação ao tema prevenção de úlcera por pressão.

REFERÊNCIAS

Anselmi, ML; Peduzzi, M; França Júnior, I. **Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem**. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.22, n.3, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000300004&script=sciarttext>

Acesso em: 04.abr.2014.

Brandão, ES; Mandelbaum, MHS; Santos I. **Um desafio em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente**. R. pesq.: cuid. Fundam. Online, v.5, n. 1, Jan./mar.2013. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1956>

Acesso em: 08.abr.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde/ANVISA/Fio Cruz. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. 2013. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>. Acesso em: 08.abr.2014.

Camponogara, S. et al. **O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica**. R. Enferm. UFSM, v. 1, n. 1, Jan./Abr. 2011. Disponível em:

<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2237>

Acesso em: 10.abr.2014.

Cremasco, MF. et al. **Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem**. Acta Paul Enfer, São Paulo, v. 22 (Especial 70 anos), 2009. Disponível em:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700011

Acesso em: 08.abr.2014.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3 ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

DOMANSKY, Rita de Cássia; BORGES, Eliane Lima. **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

Gomes, FSL et al. **Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de adulto**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em:

www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400031&script=sciarttext.

Acesso em: 07. abr.2014.

GUIMARÃES, Helio Pena; ORLANDO, José Maria da Costa; FALCÃO, Luiz Fernando dos Reis. **Guia prático de UTI da AMIB**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 3 ed. São Paulo : Editora Atheneu, 2006.

Luz SR.et al. **Úlcera de pressão**. revista SBGG.Curitiba PR, v. 4, n. 1, 2010. Disponível em: <www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/artigo06.pdf>. Acesso em: 08. Abr.2014.

Medeiros, ABF; Lopes,CHAF; Jorge MSB. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão proposto por enfermeiros**. Rev.Esc Enferm USP [internet] v.43, n.1, 2009 Disponível em:< www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.Pdf> Acesso em: 08.04.2014

Miyazaki, MY; Caliri, MHL; Santos, CB. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet], v.18, n.6. Nov./dez. 2010. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt-22pdf > Acesso em: 04. abr.2014.

Serpa, LF. et al. **Validade preditiva da Escala de Braden para risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet], v.19, n.1. Jan./fev. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf> Acesso em: 04. abr.2014.

SILVA, Roberto Carlos Lyra, FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MEIRELES Isabela Barbosa. **Feridas: fundamentos e atualização em enfermagem** – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007. (6 reimpressão da 2 edição – 2010)

Silva, EWNL. et al. **Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva**. Rev.Bras. Ter. Intensiva, v.22, n.2, 2010. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf> Acesso em: 08.abr.2014.

Silva, MRV; Dick, NRM; Martini, ACM. **Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem**. Rer. Enfer. UFSM,v,2, n. 2 Mai./ago. 2012 Disponível em: www.cascavel-cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5238 Acesso em: 06.abr.2014.

Sobrinho, N. et al. **Avaliação de risco para desenvolver úlcera por pressão no cliente crítico**. R. pesq.: cuid. Fundam. Online. Out./dez. 2.(Ed. Supl.)2010

Disponível em:

www.seer.unirio.br/index.pdf/cuidadofundamental/article/view/1048/pdf-187 .Acesso em: 08.abr.2014

SOUZA, Paulo Cesar Pereira de; KNIBEL, Marcos Freitas **Gestão, qualidade e segurança em UTI**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013

APÊNCIDES

APÊNDICE A - Artigos selecionados por categoria:

Identificação	Autor/Ano	Título	Objetivo	Resultado	Conclusão	Fonte
1	Miayazaki et al (2010)	Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão.	Descrever analisar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem que atuam diretamente na assistência.	A porcentagem média de acertos no teste de conhecimento foi de 79,4% para enfermeiros.	Ambas as categorias de profissionais apresentam déficits em algumas áreas referentes ao tema.	Revista Latino Americana de Enfermagem (SciELO)
2	Serpa Et al (2011)	Validade preditiva da escala de Braden para risco de desenv. de UP em paciente críticos.	Analisar a validade preditiva da escala de Braden em pacientes críticos.	Os pacientes foram classificados em baixo risco 30,5%, moderado 40,3%, alto risco 29,2%. Foi realizado 3 avaliações.	O escore de 13 da escala de Braden, obtido na terceira avaliação, apresentou a melhor performance para predizer o risco de desenvolviment o de UP em pacientes críticos.	Revista Latino America de Enfermagem. (SciELO)
3	Medeiros et al (2009)	Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros	Identificar as produções bibliográficas sobre ações de prevenção e tratamento realizadas por enfermeiros no período de 1999 a 2004.	Identificação de 3 aspectos: prevenção, tratamento e cuidados de enfermagem às UP.	Necessidade de pesquisas envolvendo a atuação do enfermeiro na avaliação clínica do cliente e no desenvolviment o de programas de prevenção.	Revista Escola Enfermagem USP (SciELO)
4	Luiz et al (2010)	Úlcera de pressão	Apresentar e discutir, com base em evidencias científicas, as medidas que visam a prevenção das UP.	Medidas profiláticas podem ser intensificadas impedindo a evolução da doença. Ainda é incerta a real eficácia dessas medidas em pacientes de alto risco e mais estudos devem ser realizados para comprovar essa hipótese.	Para que a prevenção das UP seja efetivada, é necessário que haja um treinamento adequado dos profissionais de saúde, juntamente com apoio financeiro da instituição que disponibilizem treinamento e materiais adequados.	Revista Universidade Campinas
5	Sobrinho et al	Avaliação de risco para	Identificar na literatura	Atualmente há em torno de	As escalas possibilitam ao	Revista de Pesquisa:

	(2010)	UP no cliente crítico.	escalas e elaborar um instrumento de avaliação de riscos para UP em pacientes graves de um hospital.	40 escalas de avaliação de risco e seus estudos são opiniões de especialistas ou adaptações de escalas já existentes	enfermeiro uma ferramenta de trabalho para direcionamento de suas ações.	cuidado é fundamental Online
6	Silva et al (2010)	Aplicabilidade e do protocolo de prevenção de UP em unidade de terapia intensiva.	Avaliar a aplicabilidade da escala de Braden em pacientes de terapia intensiva.	21 pacientes participaram 57% alto risco e 28,2% moderado, maior prevalência das UP em pacientes acima de 60 anos, sexo feminino.	O instrumento (escala de braden) foi bem interpretado e compreendido pelos examinadores, possibilitando diagnóstico adequado aos pacientes com risco de desenvolver UP.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva. (SciELO)
7	Brandão et al (2013)	Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir UP	Refletir sobre a atuação do enfermeiro junto ao cliente centrada na prevenção de UP.	Apresenta-se a importância da avaliação do cliente e os cuidados preventivos fundamentados em recomendações de órgãos públicos.	Indispensável implementar programas educacionais que sejam estruturados, direcionados a todos os níveis de serviços de saúde.	Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online UNIRIO
8	Gomes et al 2010	Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de Adultos	Estimar a ocorrência de úlceras por pressão e seus fatores associados em CTIs.	A ocorrência de pele menos uma UP por paciente foi de 35,2%.	Conclui-se que sepse, tempo de internação e risco alto e elevado na escala de Braden são fatores potenciais	Rev Esc Enferm USP (SciELO)
9	Silva et al (2012)	Incidência de Úlcera por Pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem.	Analisar a incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade assistencial no Hospital Coronel Frota/Porto Alegre.	Foram identificados baixos índices de úlceras por pressão.	Apesar de se constatar a existência do cuidado de enfermagem preventivo, mesmo assim houve o desenvolvimento de úlcera por pressão. Evidenciou-se a necessidade de ampliar as ações de prevenção de	Rev Enferm UFSM

					úlceras por pressão bem como, avaliar a acurácia das notificações dos eventos adversos.	
10	CreMASCO et al 2009	Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.	Verificar a associação entre a ocorrência de UP em pacientes em estado crítico, gravidade e carga de trabalho de enfermagem.	Os fatores estudados como idade, tempo de internação e risco confirmaram sua associação com a ocorrência de UP. Não se encontrou relação com carga de trabalho da enfermagem.	A ocorrência de UP associou-se à idade mais elevada, maior tempo de internação e gravidade do paciente.	Acta Paul Enferm (SciELO)