

FACULDADE ATENAS

PAULA APARECIDA CORRÊA RODRIGUES

**ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE
OCORRÊNCIAS DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Paracatu

2018

PAULA APARECIDA CORRÊA RODRIGUES

**ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE
ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Monografia apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC 2).

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Msc. Talitha Araújo Veloso Faria

Paracatu

2018

PAULA APARECIDA CORRÊA RODRIGUES

**ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE
ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Monografia apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC 2).

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Msc. Talitha Araújo Veloso Faria

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, 10 de julho de 2018

Prof^a. Msc.Talitha Araújo Veloso Faria

Faculdade Atenas

Prof. Msc.Renato Philipe de Sousa

Faculdade Atenas

Prof^a. Priscila Itatianny de Oliveira Silva

Faculdade Atenas

Dedico aos meus pais, por todo apoio que me deram na realização deste sonho, pois sempre esteve do meu lado me dando força e incentivo, mesmo distante, nos momentos mais difíceis fazendo com que eu acreditasse nessa vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, presença constante em minha vida, ele que me deu força, coragem, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida, razão pela qual me fez chegar à conclusão deste curso a ele devo minha gratidão.

Ao meu esposo, por sua paciência e apoio neste período do curso em que fiquei distante todas as noites e alguns finais de semana.

Ao meu filho pela a minha ausência, nos momentos em que precisava estar presente, e eu não poderia.

Aos meus pais, pelo incentivo a força, apoio, carinho para comigo, mesmo distante, pela orações, rogando a Deus para me dar a vitória, pela as ligações naqueles momentos que me sentia fraquejada, e me dizia palavras divinas para me seguir em frente e não desistir, porque o caminho é longo mais vitória e certa e serei capaz de vencer. Obrigada por me ajudarem a realizar esse sonho.

Aos meus irmãos que me apoiaram e acreditaram em minha vitória.

Aos colegas do curso pelo o companheirismo e a amizade.

Agradeço também a minha orientadora professora e mestre Talitha Araújo Velôso Faria, pela a sensibilidade que a diferencia como educadora, uma profissional humilde, dedicada e sabia, um ser humano iluminada por Deus com o dom da sabedoria. Obrigada por fazer parte desta conquista na minha vida, pois você transmiti luz, aprendi muito com você.

“Nenhum obstáculo será grande, se sua vontade de vencer for maior” vencedor não é aquele que nunca falha, mais sim aquele que nunca desisti, o preguiçoso morre de tanto desejar e de nunca pôr as mãos no trabalho.

Provérbios 21:25

RESUMO

A úlcera por pressão representam um problema de alta relevância para a prática na enfermagem. Por isso o profissional deverá ter uma visão holística integralmente para o cuidar, por esse motivo quando se fala em prevenção de úlceras é preciso conhecer a estrutura da pele e sua função para compreender melhor os fundamentos de prevenção e cuidados eficazes com pele. Este trabalho bibliográfico tem por objetivo resolver o problema por meio de seleção e análise de referências teóricas publicadas, possibilitando discutir várias contribuições científicas disponíveis, a fim de prevenir e tratar a úlcera por pressão em pacientes hospitalizados, acamados sem mobilização, através do conhecimento de toda a equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. A metodologia utilizada no trabalho foi através de pesquisas bibliográficas em artigos. A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele causada pela associação de fatores internos e externos após um período de fluxo sanguíneo deficiente decorrente de vários fatores, a idade avançada, estado nutricional, pressão arteriolar, temperatura corporal, mobilidade reduzida, incontinência urinária e fecal e obesidade. A importância da equipe de enfermagem para a prevenção e cuidados dos pacientes, a mobilização e o reposicionamento adequado do paciente; os cuidados rigorosos com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higienização, utilização de creme hidratante, a indicação e o monitoramento das condições nutricionais a ingestão hídrica entre outros.

Palavras-chave: prevenção. Cuidados. Equipe de enfermagem. Úlcera por pressão.

ABSTRACT

Pressure ulcers represent a highly relevant problem for nursing practice. Therefore, the professional should have a holistic approach to the care of the patient, so when talking about ulcer prevention, it is necessary to know the structure of the skin and its function to better understand the fundamentals of prevention and effective skin care. This bibliographic work aims to solve the problem by means of the selection and analysis of published theoretical references, making it possible to discuss several scientific contributions available, in order to prevent and treat pressure ulcer in hospitalized patients, bedridden without mobilization, through the knowledge of the whole nursing team inserted in the hospital environment. The methodology used in the work was through bibliographical research in articles. Pressure ulcer is a localized injury to the skin caused by the association of internal and external factors after a period of poor blood flow due to several factors, advanced age, nutritional status, arteriolar pressure, body temperature, reduced mobility, urinary and fecal incontinence and obesity. The importance of the nursing team for the prevention and care of patients, mobilization and adequate repositioning of the patient; the rigorous skin care through the use of appropriate hygiene techniques, the use of moisturizing cream, the indication and monitoring of nutritional conditions and water intake, among others.

Keywords: *Prevention. Care. Nursing team. Pressure ulcer.*

LISTA DE IMAGEM

Figura 01: Categoria/Grau 1 - Eritema persistente, não branqueável	21
Figura 02: Categoria/Grau 2 - Perda de espessura parcial de pele	22
Figura 03: Categoria/Grau 3 - Perda total de pele	22
Figura 04: Categoria/Grau 4 - Perda de tecido subcutâneo	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	11
1.2 HIPÓTESES	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4 JUSTIFICATIVA	12
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	13
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2. CONCEITUAÇÃO DA ÚLCERA POR PRESSÃO E OS FATORES DESENCADEADORES	15
Quadro 01: Vários fatores que podem desencadear a ulcera por pressão	16
3. AS ATRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A UPP	19
4. AS ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DO QUADRO DE ÚLCERA DE PRESSÃO	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Segundo Pestana e Vieira (2012) úlcera por pressão, resumidamente chamada UPP, caracteriza-se uma lesão da pele causada por associação de vários fatores, internos e externos, que, em decorrência de um período de fluxo sanguíneo insuficiente no qual os nutrientes não chegam à célula, fazendo com que os produtos de degradação se acumulem, ocorrendo processos denominados de isquemia seguida de hiperemia, edema e necrose tecidual, evoluindo para a morte celular.

Essa interrupção de suprimento sanguíneo, segundo Gogia (2002), geralmente é caracterizada por pressão, cisalhamento e fricção, podendo associar-se a outros fatores, tais como a idade avançada, o estado nutricional, pressão arteriolar, temperatura corporal, patologias associadas derivadas da mobilidade reduzida, obesidade e outros mais.

Ainda para Gogia (2002) o aparecimento de UPP em clientes hospitalizados é entendido como um importante indicador da assistência ofertada pela há equipe de enfermagem. Dessa forma, medidas adequadas são recomendadas para acompanhar a incidência e/ou prevalência do problema.

Pestana e Vieira (2012) orientam que caso um paciente desenvolva UPP a intervenção da assistência da enfermagem é questionada principalmente pelo fato de que prejudica muito o bem estar do doente e pela elevação do custo total do tratamento, além do fato de existir o risco de evolução do quadro de doença.

O Ministério da Saúde (2013) considera que, no Brasil, a úlcera de pressão seja como uma das complicações mais recorrentes a que estão sujeitos os pacientes críticos hospitalizados, com ênfase para aqueles submetidos a

procedimentos cirúrgicos mais prolongados, pois estes ficam mais expostos aos fatores de risco que facilitam o desenvolvimento desse tipo de lesão. Como pacientes críticos entenda-se aqueles que apresentam condições clínicas graves, podendo também, apresentar necessidade de controle mais frequente e rigoroso, junto a uma terapia mais complexa.

1.1 PROBLEMA

Quais são as atribuições da enfermagem frente à prevenção e tratamento das úlceras por pressão?

1.2 HIPÓTESES

Acredita-se que a equipe de enfermagem é uma área da saúde com grande responsabilidade pela implantação de medidas profiláticas e de tratamento das úlceras de pressão.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações de enfermagem necessárias à prevenção de úlceras por pressão.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) conceituar e caracterizar a úlcera por pressão e os fatores desencadeadores.
- b) apresentar as atribuições da enfermagem em relação à UPP;
- c) apresentar as orientações consideradas adequadas à prevenção do quadro.

1.4 JUSTIFICATIVA

O tema escolhido para estudo é justificado pelo papel essencial do enfermeiro para prevenir e tratar as UPP e pelo fato de que estas ocorrências afetam os pacientes, o sistema de saúde envolvido e aumentam a possibilidade do surgimento de outros quadros, como as infecções.

O desconforto gerado pelas UPP ao paciente acarreta a necessidade de mais cuidados dos enfermeiros e perda de bem estar do paciente, prejudicando o restabelecimento.

Entende-se que tal profissional deva aliar conhecimentos aprofundados sobre os fatores que favorecem tal ocorrência, preventivas e às formas de tratamento mais eficientes. Confirmando essa opinião, Pestana e Vieira (2012) entendem que a úlcera por pressão também é um indicador para visualizar a qualidade da assistência de enfermagem.

Desta maneira, considera-se que o tema a ser estudado poderá contribuir para ampliação dos conhecimentos dos acadêmicos da enfermagem, profissionais da área e outras pessoas que possam se interessar pelas informações que serão

apresentadas na pesquisa, constituindo, para o pesquisador, uma oportunidade de aprofundamento de conhecimentos.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

A pesquisa aqui proposta caracteriza-se como bibliográfica ou revisão de literatura no qual, segundo Rodrigues (2006), busca-se resolver um problema por meio de seleção e análise de referências teóricas publicadas, possibilitando discutir as várias contribuições científicas disponíveis.

Para Silva e Menezes (2005) as pesquisas assim desenvolvidas vão em busca de conceitos diversos na tentativa de demonstrar sua aplicabilidade ou tornar clara sua compreensão. Também possibilitam mostrar as relações existentes entre o tema estudado e outras áreas do saber, delineando a construção de pontes entre diferentes áreas.

A elucidação de conceitos de origens distintas, compreende Rodrigues (2006), que considera a melhor compreensão dos fenômenos, levando à compreensão de determinadas partes da realidade a partir da utilização de uma base conceitual.

Silva e Menezes (2005) entendem que, dessa forma, as pesquisas bibliográficas são notáveis, na medida em que contribuem para a reflexão, discussão e análise, rumo à construção do conhecimento científico. Assim, deve ser considerada a base investigativa sobre o qual toda ciência é edificada, permitindo o esclarecimento dos procedimentos que fundamentam a ciência.

Caracteristicamente, entende Rodrigues (2006), a pesquisa bibliográfica limita-se à revisão de literatura já publicada. Desta forma, não há coleta de dados, amostra ou local de estudos.

Neste estudo serão excluídas fontes bibliográficas anteriores ao ano de 2003, pois buscará apresentar discussões e teorias mais recentes.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho é constituído de cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta à introdução, o problema, a hipótese, os objetivos, a justificativa e a metodologia do estudo.

O segundo capítulo descreve sobre o conceito e a caracterização da úlcera por pressão e os principais fatores desencadeadores.

O terceiro capítulo descreve sobre as atribuições e cuidados da enfermagem com o paciente portador da úlcera por pressão.

O quarto capítulo descreve as orientações e instruções adequadas do enfermeiro, para prevenção do quadro que se encontra o paciente.

O quinto capítulo apresenta as considerações finais sobre o trabalho científico.

2. CONCEITUAÇÃO DA ÚLCERA POR PRESÃO E OS FATORES DESENCADEADORES

Segundo Rogenski (s.d.) os pacientes mais vulnerável às ulcera por pressão são indivíduos, que se encontram imóveis, acamados ou à cadeira de rodas. Esses indivíduos não se restringe somente aos idosos, mas a todo os pacientes cuja percepção sensorial esteja comprometida ou seja, aqueles não aptos a detectar sensações que indiquem a necessidade de mudança de decúbito, como os indivíduos com paraplegia, indivíduos em coma, indivíduos submetidos às cirurgias de grande porte, pós-traumas em sedação ou aqueles sob restrição mecânica com aparelhos gessados ou com trações ortopédicas todos esses fatores aumenta a possibilidade de desencadear restrição da mobilidade corporal, favorecendo o aparecimento das UPs.

Esclarece Rolim et al (2013/14) que na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há limitações da atividade e da mobilidade impostas ao paciente pela sua condição clínica, pela necessidade de haver controles mais rigorosos, associados às terapias de maior complexidade, encontram-se outros fatores de risco, como uso de sedativos, alterações do nível de consciência, uso de drogas vasoativas e instabilidade hemodinâmica, que os tornam propensos a UPP. Assim, segundo Campanili et al. (2015), no paciente cirúrgico, é normal observar o aparecimento de UP desde o ato operatório até cinco dias após a exposição, à pressão sofrida no centro cirúrgico, onde muitas vezes, elas sejam despercebidas pelo os profissionais e apenas descritas como uma hiperemia identificada na UTI. A vascularização do sistema cardiovascular no procedimento cirúrgico é submetida por medicamentos que visam manter o retorno venoso e a resistência vascular sistêmica adequada.

Fernandes (2008) relata que estes fatores são divididos em sistêmicos, locais ou externos (Quadro 01).

Quadro 01: Vários fatores que podem desencadear a ulcera por pressão

Fatores de Risco	
Sistêmicos	Idade; Diabetes <i>mellitus</i> ; Aterosclerose; Insuficiência renal e hepática; deficiência de proteína, de vitaminas A, C, B ⁶ , K, zinco e cobre; drogas citotóxicas, anti-inflamatórios, corticoides; instabilidade hemodinâmica; desnutrição; paralisias; obesidade.
Locais	Infecção local; necrose tecidual; edema; hematoma; tensão na linha de sutura; aplicação de antissépticos tópicos; corpos estranhos; curativos inadequados; aplicação imprópria de aparelhos de gesso.
Externos	<p>Pressão: se a pressão da perfusão dos capilares excede de 30 a 40 mmHg para os capilares arteriais e 10 a 14 mmhg para os capilares venosos por um tempo prolongado, após duas horas o tecido passa a sofrer alterações celulares da isquemia e de reperfusão;</p> <p>Cisalhamento: é resultante de duas forças, da gravidade que empurra o corpo para baixo e da fricção ou resistência entre o paciente e a superfície de suporte. Isto ocorre quando é elevada a cabeceira da cama do paciente, a pele adere ao leito, mas o esqueleto empurra o corpo para baixo, neste momento os vasos sanguíneos são esticados ou acotovelados dificultando ou interrompendo o fluxo sanguíneo podendo resultar em morte tecidual;</p> <p>Fricção: é o resultado do atrito entre a pele e o suporte da superfície que danificam a epiderme e derme produzindo uma lesão semelhante a queimadura;</p> <p>Umidade: suor e urina provocam alterações na resistência da epiderme à ação das forças externas.</p>

Fonte: Fernandes (2008)

Segundo Silva et al. (2011) a visualização precoce destes fatores de risco encontrado no desenvolvimento de UP permite aos profissionais da enfermagem a tomar medidas preventivas, assim como nortear a melhor escolha no tratamento para estas lesões. Este pode ser demorado, principalmente em estágios avançados, sendo que em alguns casos, haverá a necessidade de intervenção cirúrgica, acarretando elevados custos ao sistema de saúde, além de maior sofrimento físico e emocional ao paciente portador da lesão cutânea e aos seus familiares.

De acordo com Souza e Santos (2007), os fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para o aparecimento de UP, os fatores intrínsecos consistem na perda da sensibilidade e diminuição da força muscular ou mobilidade, incontinência, hipertermia, anemia, desnutrição protéica, tabagismo e idade avançada. Os fatores extrínsecos incluem a fricção e o cisalhamento e a umidade. A pele mais envelhecida acarretam alterações involutivas que ocorrem em diversas partes do organismo, sendo classificada em dois tipos: intrínseca - cronológica (genético) ou patológica (genético ou não) - e extrínseca. A senescência é, portanto consequência biológica do envelhecimento no decorrer da vida. Já, a pseudo-senescência decorre da agressão de fatores ambientais sobre a pele humana durante a sua existência. Assim, diz Fernandes e Braz (2002), os locais mais propícios ao desenvolvimento de úlceras de pressão são as proeminências ósseas devido ao excesso de peso pressionadas nessas áreas. Úlceras de pressão podem ocorrer sobre o sacro, ísqueo, trocanter do fêmur, cotovelo, calcâneo, escápula, osso occipital, esterno, costelas, crista ilíaca, patela, maléolos porém devido à maior concentração de proeminências ósseas e da distribuição desigual de peso, a maior parte dessas úlceras ocorrem na parte inferior do corpo.

Em todas essas situações, o paciente crítico sofre com a interrupção do fluxo sanguíneo para a área que está sob pressão, interferindo na oxigenação e nutrição dos tecidos naquele local e podendo desenvolver, isquemia, hipóxia, acidose tissular, edema e necrose tecidual. A tolerância dos tecidos à pressão e à isquemia depende de cada tipo dos tecidos e é influenciada pela habilidade da pele e das estruturas de suporte em redistribuir a pressão aplicada (CAMPANILI et al., 2015).

Rolim et al. (2013/14) dizem que os pacientes que não conseguem se levantar durante a locomoção e a transferência na troca de roupa de cama, o atrito causado pelo movimento do corpo sobre o lençol pode romper a função de barreira do estrato córneo. Nestes casos, a presença de umidade, sujidade ou dobras nos lençóis deve ser uma preocupação pertinente dos profissionais de enfermagem, pois, quando esses fatores estão presentes, aumenta-se o risco de essa lesão se desenvolver, o cisalhamento compreende a força mecânica mais paralela do que perpendicular à pele, que danifica os tecidos profundos, como músculos normalmente ocorre quando a cabeceira da cama está elevada e o indivíduo escorrega para baixo.

3. AS ATRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A UPP

De acordo com Rodrigues, Souza e Silva (2008), a pele é o maior órgão do corpo constituída por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. A epiderme é a mais fina e mais externa das camadas sendo coberta por tecido epitelial. A derme é formada por tecido conjuntivo, camada da pele composta por fibras, vasos sanguíneos e terminações nervosas, fornece suporte, resistência, sangue e oxigênio à pele. A hipoderme, camada rica em fibras e células conhecida como tecido subcutâneo, é a camada mais profunda da pele, formada basicamente por células de gordura, promove um depósito de calor e mantém a temperatura corporal. Essas características favorecem o desenvolvimento de úlcera por pressão.

Em se tratando de UPP, tanto o diagnóstico do estágio quanto os cuidados são essenciais ao tratamento e prevenção. Estas estratégias justificam a necessidade da qualificação dos profissionais da enfermagem para o conhecimento e devida utilização de todos os instrumentos disponíveis que possam estimar o risco de iniciar a UPP. A escala a Braden na assistência de enfermagem, por exemplo, é uma ferramenta válida porque permite realizar uma avaliação da situação do cliente e sua suscetibilidade diante de situações influentes no seu quadro geral, tais como sua capacidade de movimento, de alimentação, de autonomia e as condições ambientais que também influem (FERNANDES, 2008).

A resolução do COFEN nº 0501/2015 regulamenta a competência do enfermeiro no cuidado as feridas. Estabelece que cabe ao enfermeiro devidamente capacitado a avaliação e prescrição de coberturas para tratamento das feridas crônicas (LOBOSCO, 2008). Segundo Fernandes (2008), todos os profissionais de enfermagem tem um papel essencial no tratamento de feridas, pois

aproximadamente 80% dos casos são acompanhados por atendimento primário ou ambulatorial e a realização dos curativos é de responsabilidade da equipe de enfermagem.

Segundo Fernandes e Braz (2002), a Escala de Braden é um instrumento que serve para avaliação que permite quantificar o risco que o indivíduo possui para desenvolver úlceras por pressão e determinar medidas preventivas a esse mesmo risco. Considerada a mais ampla e completa para utilização dos pesquisadores. Fornece seis parâmetros para avaliação chamados de subescala (1), percepção sensorial (2), umidade (3), atividade (4), mobilidade (5), nutrição (6), fricção e cisalhamento. Cada subescala tem uma pontuação que varia entre 1 a 4. O valor total fica entre os valores de 6 a 23. Quanto maior a pontuação final melhor, pois menor ou igual a 16 haverá risco de aparecimento de úlceras de pressão. Costa (2003) da mesma forma explica que, as UPPs têm origem multifatorial, o cuidado de prevenir e controlar precisa ser envolvido por uma equipe multidisciplinar, que trabalhe de forma integrada, onde todos conheçam e compreendam o suficiente para que seja possível implantar medidas de prevenir e tratamento realmente eficazes. Como as causas são multifatoriais o tratamento exige que todos os profissionais de enfermagem criem estratégias e sigam programas específicos às necessidades locais, tornando possível prevenir e intervir o mais cedo possível no aparecimento das UPPs, avaliando, verificando e definindo recursos apropriados e orientações relativos aos cuidados que deverão ser tomados.

Segundo Fernandes (2005), o grau de danos das UPPs é classificado em estágios I, II, III, IV e os locais mais propícias à ocorrência são a sacrococcígea; ilíaca; trocanter; escapular; joelhos; maléolos; calcânea; occipital; orelhas; cotovelos

e entre duas superfícies (axilas, mamas). Assim, os estágios, ficam assim distribuídos:

Estágio I: apresenta pele íntegra, mas com presença de eritema que não volta a coloração normal da pele mesmo após aliviar a pressão (Figura 01). (CARE 2013)

Figura 01: Categoria/Grau 1 do eritema persistente, não branqueável



Fonte: Care (2013)

Estágio II: é caracterizada pela perda total da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas. A úlcera apresenta como uma abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa (Figura 02) (CARE 2013).

Figura 02: Categoria/Grau 2 - Perda de espessura parcial de pele



Fonte: Care (2013)

Estágio III: é caracterizada pela perda da pele na sua espessura total apresentando cratera profunda com ou sem necrose do tecido subcutâneo (Figura 03) (CARE 2013).

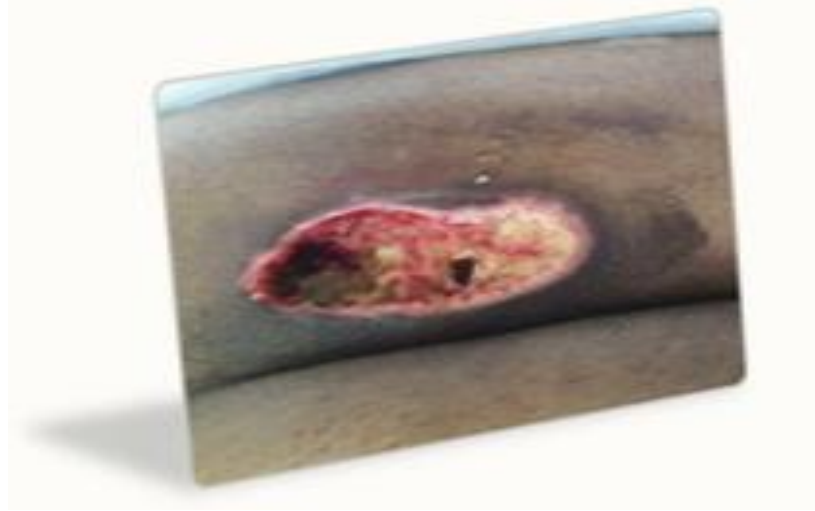
Figura 03: Categoria/Grau 3 - Perda total de pele



Fonte: Care (2013)

Estágio IV: apresenta perda da pele com extensa destruição ou necrose dos músculos e ossos (Figura 04) (CARE 2013).

Figura 04: Categoria/Grau 4 - Perda de tecido subcutâneo



Fonte: Care (2013)

De acordo com Rodrigues, Souza e Silva (2008), a assistência de enfermagem ocorre através da sistematização (SAE) que procede por várias etapas, visando à prevenção de ulcera por pressão: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planos de cuidados de enfermagem e evolução de enfermagem. Devem ser através do histórico de enfermagem que são obtidas as informações necessárias sobre o estado geral de saúde do paciente, sobre a integridade da pele e grau de risco de aparecimento de ulcera por pressão. Será muito importante a coleta de dados e anamnese contendo as informações pessoal do paciente na unidade que se encontram em atendimento. Idade, doenças de base, situação nutricional, anemia, uso de medicamentos, história prévia de perda da integridade cutânea, presença de edemas e/ou infecção, flictema em região de proeminência óssea, turgor de pele, sensibilidade e motricidade, incontinência urinária e fecal.

O enfermeiro exerce papel importante na assistência por ser um profissional que tem por atribuições de avaliar o cuidado diariamente do paciente atentando-se aos riscos e as Necessidades Humanas Básicas (NHB), sem deixar de

lado os princípios técnico-científicos para o planejamento dos cuidados que atendam estes quesitos, através de valores éticos indispensáveis a prática profissional. A equipe de enfermagem é responsável pelo gerenciamento da assistência e o cuidado direto com o paciente, se tornando a esta equipe a maior parcela de todos os cuidado (ASCARI et al., 2014).

São consideradas ações e atribuições preventivas de enfermagem para o aparecimento de ulcera por pressão a mobilização e o reposicionamento adequado do paciente; os cuidados rigorosos 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 (ANSELMÍ, PEDUZZI E JUNIOR, 2008).

Segundo Mittag et al. (2017), o cuidado em Enfermagem é uma ação estratégica para se obter bons resultados na prevenção e no tratamento das úlceras por pressão dos pacientes hospitalizado, dessa forma será essencial a atualização e treinamentos oferecidos pelas as instituições hospitalares, diretamente para a equipe de enfermagem visando investimento e desenvolvimento na capacitação de toda a equipe para o alcance de uma assistência de qualidade, atividades seguras, dinâmicas e individualizada para os pacientes, e cabe ao enfermeiro manter a equipe motivada a participar de treinamentos, cursos e palestra oferecidas pela a instituição. Araújo e Santos (2015) salientam que, o enfermeiro deverá se dispor de um método que promova a educação permanente e deverá obter conhecimentos específicos, na prevenção e tratamento com qualidade, e ao mesmo tempo com o objetivo de redução dos gastos, diminuição do tempo de internação, e um ambiente de conforto para o paciente. Visando que a internação de longa permanência favorece o crescimento bacteriano e a formação de biofilme, que se desenvolve nos

tecidos celulares onde o paciente se torna suscetível a UPP, causando danos e dificultando o processo de cicatrização das feridas, aumentando o risco de infecção e promovendo mecanismos de resistência contra a ação dos fármacos antimicrobianos.

4. AS ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DO QUADRO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Segundo Saldanha (2016), será muito importante que os profissionais de enfermagem tenham uma visão holística e conhecimento da classificação das úlceras por pressão, a fim de observar lesões em estágios iniciais e quando há apenas sinais de hiperemia não branqueável em locais de proeminência óssea pois, a principal complicação das úlceras por pressão, é a infecção onde a apresentação clínica será, calor no local, eritema, secreção purulenta e odor fétido. Em estágios iniciais o diagnóstico da úlcera por pressão permite um maior cuidado afim de evitar a progressão das lesões. Se houver presença de hiperemia deve-se mudar o decúbito do paciente e reavaliar o local em 15 a 30 minutos em locais de proeminência óssea. Se permanecer a hiperemia, constata-se o início de úlcera por pressão em estágio I, e a partir daí se desenvolver há outros graus. A orientação Devem ser imediato o paciente e sua família sobre s conscientização do problema. É importante o esclarecimento de dúvidas com a família e demonstrar o comprometimento dos profissionais de saúde de um atendimento com a qualidade, deverão ser anotado no prontuário do paciente qualquer alteração encontrada na inspeção da pele do paciente.

A úlcera por pressão em elevado grau de desenvolvimento poderá surgir várias complicações desagradáveis e dolorosas, para o paciente, e sua prevenção e tratamento se tornará em elevados custos, algumas formas de prevenção poderão ser utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, como por exemplo, manter a integridade da pele, deixando-a sempre limpa, sem umidade e mantê-la sempre hidratada com óleos naturais para evitar o ressecamento e

fissuras, ao utilizar fraldas absorventes, trocá-las sempre a cada 3 horas de uso, embora os lençóis estejam secos não será indicado o uso de calças plásticas pois deixará a pele úmida. Outras orientações preventivas são a mudança de decúbito a cada 02 horas em pacientes acamados, forma intercalada nos quatro decúbitos: ventral, dorsal, e laterais, controle do excesso de pressão sobre as proeminências ósseas podem ser realizadas protegendo-as com travesseiros, almofadas ou colchões de caixa de ovo, ar, gel ou água, pois redistribuem o peso e diminui a pressão, se o paciente necessitar de cadeira de rodas ou poltronas, nunca use aquelas almofadas que tem um orifício no meio, pois elas favorecem o aumento da pressão e a presença da ferida, use- se uma almofada de ar, água ou gel (PESTANA E VIEIRA, 2012).

De acordo com Borghardt et al. (2015), o estado nutricional dos pacientes são muito importante, pois apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem ulcera por pressão se estiver desnutrido. O déficit proteico desencadeia a redução da proliferação de fibroblastos, da síntese de colágeno e da angiogênese, responsáveis pela manutenção dos tecidos conjuntivos. Nesse caso a equipe de enfermagem juntamente com o nutricionista formará um plano de orientações e cuidados para esses indivíduos, com a finalidade de corrigir a deficiência nutricional. Quando não há recursos humanos, materiais e um número de profissionais suficientes para atender a demanda institucional representa um risco para a segurança do paciente, os cuidados prestados acabam sendo superficiais para atender as necessidades individuais, Consequentemente, os pacientes estão vulneráveis a eventos adversos e iatrogenias, aumentando seu tempo de permanência na instituição e gastos no tratamento.

Segundo Rodrigues, Souza e Silva (2008), são atribuições da enfermagem realizar exame físico observando e atentando para a situação geral da pele: se está muito seca, desidratada, se há áreas de hiperemia, edema, se há áreas potenciais de ruptura, avaliar regiões como áreas sob aparelhos gessados, tração, talas, colares, dentre outros é importante ressaltar que os clientes em risco de desenvolvimento de ulcera por pressão deverão ser avaliados todos os dias, através da escala bradem e do exame físico, em que deve ser prestada uma atenção especial aos locais de proeminência óssea.

A pele, sendo o maior órgão do corpo, é a barreira de defesa do organismo mais importante, por isso para evitar o seu comprometimento deverá ser alvo de higienização e cuidados específicos, deverá mantê-la limpa, hidratada e sem excesso de umidade, por isso aconselha utilizar água morna e sabão neutro para diminuir a irritação e o ressecamento da pele, o uso de água quente devem ser evitado a excessiva fricção da pele, após o banho utilizar hidratantes (ácidos graxos essenciais) nos pacientes idosos ou com pele ressecada pelo menos uma vez ao dia, durante a hidratação não massagear áreas de proeminência óssea ou áreas de hiperemia, a hidratação deverá ser feita suaves movimentos. A equipe de enfermagem precisa estar sempre atenta as fontes de umidades como à incontinência urinária e fecal, e também o suor excessivo e o exsudato de feridas. É preciso ter o cuidado de não fazer movimentos de fricção, durante o reposicionamento do paciente ou seja, evitar arrastar o mesmo sobre o lençol, e sempre será necessário elevar a cabeceira da cama até no máximo 30 graus, e conseqüentemente ocasionar movimentos de fricção e cisalhamento devido o corpo do paciente escorregar sobre o lençol (SALDANHA, 2016).

De acordo com Rolim et al. (2013/14), o curativo é o tratamento considerado ideal quando protege a ferida, e hidrata a pele adequadamente. Os curativos e desbridamento são as medidas terapêuticas utilizados no tratamento de úlcera por pressão. Curativo adequado duas vezes ao dia ou sempre que houver necessidade. Curativo minucioso duas vezes ao dia, com soro fisiológico 0,9%, alguma pomada dependendo do grau da úlcera. Curativos desbridantes, hidrocoloide, preventivos e desbridamento. É importante escolher um curativo que controle o exsudato, mas que não resseque o local da úlcera. O exsudato excessivo pode atrasar a cicatrização da ferida e macerar o tecido ao redor.

Rosa et al. (2012), recomendam para o tratamento das UPP, a utilização da solução de soro fisiológico 0,9% para realizar a limpeza das úlceras por pressão em estágios II, III e IV uma vez ao dia, até a cura completa, como técnica prévia a outros tratamentos. O uso de colagenase são utilizadas em úlceras por pressão estágio II, III e IV, com tecido necrótico, após desbridamento, com troca de curativo de uma a duas vezes ao dia, de 4 a 12 semanas ou até houver melhora. É recomendado a aplicação de papaína em úlceras por pressão estágio III e IV com tecido de granulação, pouco exsudato, sem sinais de inflamação ou osteomielite. Recomenda-se realizar a troca de curativo duas vezes ao dia, durante 6 a 10 semanas, para aumento da proliferação de tecido de granulação e cicatrização completa da UPP. Recomenda-se a aplicação de alginato de cálcio associado a hidrocoloide em úlceras por pressão em estágio III e IV, com grande quantidade de exsudato, uma vez ao dia por 12 semanas. É utilizado também o carvão ativado que deve ser aplicado após desbridamento ambulatorial e limpeza com solução de soro fisiológico 0,9% em úlceras por pressão em estágios II, III e IV, com tecido necrótico e grande quantidade de esfacelos, que estejam ou não drenando exsudato, por um

período de quatro semanas, com troca de curativo duas ou três vezes por semana. A técnica do desbridamento cirúrgico é utilizada em úlceras em estágio III e IV com tecidos de necrose, grande quantidade de esfacelos e pouco tecido de granulação, após limpeza com solução fisiológica 0,9% nas regiões isquiática, sacra, maleolar, trocântér e calcâneo.

A avaliação dos profissionais de enfermagem deverá ser em relação a presença de infecção, exudato, características das feridas e à quantidade de secreção produzida, então os profissionais precisa estar atentos de que os curativos úmidos produzem maior secreções de aspectos diversos e estas secreções devem ser reconhecidas e informadas ao paciente e aos familiares (FRANCO E GONÇALVES, 2008). Nas palavras de Lobosco et al. (2008), os cuidados e a prevenção das úlceras de pressão devem ser constante dos profissionais da enfermagem, motivando-os a procurar informações e buscar novos recursos que permitam racionalizar o tratamento e oferecer ao paciente a melhor assistência possível. Para que isso possa ser bem sucedido devem orientar e educar todos aqueles que prestam assistência no processo de prevenção, tratamento e cicatrização. Todos precisam entender os fatores predisponentes, a causa, os mecanismos de prevenção e as condições ideais para a cura. Os profissionais, os familiares, e os pacientes tem que estarem cientes de todos estes aspectos para que somem forças e se unem em todo processo de prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As úlceras por pressão são lesões localizadas da pele ou tecido subjacente, causada por associação de vários fatores, internos do indivíduo (idade, morbidades, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade e nível de consciência) e externos (pressão, cisalhamento, fricção e umidade sobre uma prominência óssea). De acordo com a pesquisa foi possível afirmar que os pacientes mais vulnerável às ulcera por pressão são indivíduos, que se encontram imóveis, acamados ou à cadeira de rodas. Esses indivíduos não se restringe somente aos idosos, mas a todos os pacientes cuja percepção sensorial esteja comprometida ou seja, aqueles não aptos a detectar sensações que indiquem a necessidade de mudança de decúbito, como os indivíduos com paraplegia, indivíduos em coma, indivíduos submetidos às cirurgias de grande porte, pós-traumas em sedação ou aqueles sob restrição mecânica com aparelhos gessados ou com trações ortopédicas todos esses fatores aumenta a possibilidade de desencadear restrição da mobilidade corporal, favorecendo o aparecimento das úlceras por pressão.

Acredita-se que através do resultado dessa pesquisa a equipe de enfermagem precisam entender todos os fatores predisponentes, a causa, os mecanismos de prevenção e as condições ideais para o tratamento e a cura. Conclui-se que todos os aspectos que foram citado para a prevenção, inclui-se também aos familiares, e os pacientes á estarem cientes de todos estes aspectos para que somem forças multidisciplinar e se unem em todo processo de prevenção.

REFERÊNCIAS

- ANSELMINI, M. L. PEDUZZI, M. JUNIOR, I. F. **Incidência de úlceras de pressão e ações de enfermagem.** Ribeirão Preto. São Paulo. Acta Paul Enferm. 22(3): 257-64, 2009.
- ARAÚJO, A. A. SANTOS, A. G. **Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura.** Ciência e saúde, 9(1): 38-48, 2016.
- ASCARI, ROSANA. AMORA, et al. **Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem.** v.6, n.1, pp.11-16, 2018.
- BORGHARDT, ANDRESSA. TOMAZINI, et al. **Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados.** Revista Brasileira Enfermagem (REBEN) [Internet]. mai-jun; 69(3): 460-7, 2016.
- CARE, M. H. **Prevenção de úlceras por pressão: categorias de úlceras.** Setembro 10, 2013. Publicado. Disponível em: www.molnlycke.pt/.../prevencao-de-ulceras-por-pressao/categorias-ulceras-por-pressao Acesso em 22 abril. 2018.
- CAMPANILI, TICIANE CAROLINA. GONÇALVES. FAUSTINO, et al. **Incidência de úlceras por pressão em pacientes de unidade de Terapia Intensiva cardiopneumológica.** Revista da Escola Enfermagem da USP. 49(Esp): 7-14, 2015.
- COSTA, I. G. **Incidência de úlceras de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva** [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032004-084518/pt-br.php>> Acesso em: 12 set. 2017.
- FERNANDES, N. C. S. **Úlceras de pressão: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva** [Dissertação]. Natal: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14831>> Acesso em: 19 set. 2017.
- FERNANDES, L. **Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão.** Acta Paul Enferm. 21(2): 305-11, 2008.
- FERNANDES, L. M. BRAZ, E. **Avaliação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.7, n.1, p.17-22, 2002.
- FRANCO, D. GONÇALVES, L. F. **Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado.** Rev. Col. Bras. Cir. v.35, n.3, 2008.
- GOGIA, P. P. **Feridas: tratamento e cicatrização.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

LOBOSCO, F. **O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão.** Rev Eletrônica Cuatrimestral Enferm. v.13, p.1-15, 2008.

LUZ, SHEILA. RAMPAZZO, et al. **Úlceras de pressão.** Geriatria & Gerontologia. v.4, n.1, p.36-43, 2010.

MITTAG, BARBARA. FRANCO, et al. **Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem.** Curitiba- PR, ESTIMA, v.15 n.1, p.19-25, 2017.

PESTANA, M. P. VIEIRA, R. dos S. **Ações de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em UTI.** Revista Recien. n.2, v.5, p.11-18, 2012.

RODRIGUES. A. de J. **Metodologia Científica: completo e essencial para a vida universitária.** São Paulo: Avercamp, 2006.

RODRIGUES, M. M. SOUZA, M. de. S. SILVA, J. L. **Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão.** Niterói RJ Cogitare Enferm. v.13, n.4, p.566-75, 2008.

ROGENSK, M. N. B. **Úlceras por Pressão: Definição, Fatores de risco epidemiologia e classificação.** (S.D). Disponível em: <www.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/15056082.pdf> Acesso em: 22 abril. 2018.

ROLIM, JAIANY. ALENCAR, et al. **Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste Rev Rene. v.14, n.1, p.148-57, 2013.

ROSA, TALITA. JUSTINO. DOS SANTOS; et al. **Úlceras por pressão: tratamento.** Revista Acta Fisiátrica. v.20, n.2, 2013.

SALDANHA, OLAVO. CORRÊA. ARÊAS, et al. **Elaboração de um protocolo de prevenção de úlcera por pressão.** Revista Salus Jornal Of Health Sciences. v.2, n.2, p.48-63, 2016.

SILVA, DEBORA. PRUDENCIO, et al. **Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):118-23. Available from: Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm>> Acesso em: 25 março. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES. E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4.ed. Ver. Atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUZA, D. M. S. T.de. SANTOS, VL. C. de G. **fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados.** Rev. Latino-am Enfermagem. v.15, n.5, 2007.