



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**LUANA DOS SANTOS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE  
PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

ARIQUEMES – RO

2011

**Luana dos Santos**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE  
PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de bacharelado em Enfermagem

Prof<sup>a</sup>. Ms. Orientadora: Mônica Fernandes Freiburger.

ARIQUEMES – RO

2011

**Luana dos Santos**

**Assistência de enfermagem ao paciente portador de úlcera de pressão.**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Ms. Mônica Fernandes Freiburger  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosani Aparecida A. Ribeiro de Souza.  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Damiana Guedes da Silva  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 11 de Julho de 2011

Dedico este trabalho, às pessoas que trabalham em prol da melhoria das condições de vida da população.

Aos pacientes hospitalizados em condições críticas de saúde.

À minha família e ao Luciano agradeço o apoio, o afeto, a compreensão por tantos momentos de ausência.

A primeira turma de enfermagem, pelo aprendizado, pela convivência e pela amizade.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditam e me incentivam a buscar meus ideais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a vida e a oportunidade de ter chegado até aqui.

Aos meus pais amados, pessoas maravilhosas que me proporcionaram uma vida digna, me mostrando a importância de ser uma pessoa honesta, me acolhendo e me amando sempre que necessitei.

Aos meus irmãos Rodrigo (Maninho) pessoa que tenho um amor incondicional, e João Victor, que muitas vezes eu sem paciência acabei brigando pelo fato de estar sempre ocupada com as minhas coisas da faculdade, não compreendendo suas brincadeiras.

Ao Luciano, por ter me proporcionado condições de cursar uma faculdade, obrigada por estar presente em tantos momentos especiais da minha vida, e que apesar da distância que nos separa nunca me deixa desamparada.

Aos meus amigos que fizeram parte da minha história e que levo pra sempre no meu coração: Aline, Ariane, Gislaine, Edgar, Gustavo, Jemerson, Pablo, Regiane, Renan, Rogildo.

A professora Mônica minha orientadora, pelo apoio, incentivo, disponibilidade, orientação, conselhos e amizade preciosa dispensada o longo deste trabalho.

Aos professores e colegas de curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

Ao Dr. Marcos Veiga, pelas dicas que me foram passadas durante o horário de trabalho que me ajudaram muito.

A enfermeira Dagna por me liberar dos plantões para que eu pudesse desenvolver meu trabalho.

A todos que, de algum modo, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

*"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes"...*

Florence Nightingale

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de úlcera por pressão. Para o desenvolvimento metodológico foi realizada uma revisão bibliográfica de caráter exploratório, descritivo, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BIREME, SciELO da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, o delineamento do estudo foi do ano de 2000 a 2010, e a coleta de dados foi no período de abril a junho de 2011, utilizando-se os descritores: Assistência de Enfermagem e Úlcera por Pressão. Na análise dos dados foram encontrados 9.995 artigos, sendo selecionados 55, referenciados 22, dos quais descrevem a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de úlcera por pressão. Com este trabalho espera-se destacar a importância da assistência de enfermagem na prevenção, cuidado e tratamento da úlcera de pressão, sendo necessária a identificação precoce dos fatores de risco, o tratamento das patologias de base quando presentes, a restauração e manutenção de uma nutrição adequada à educação de pacientes, enfermeiros e cuidadores informais. Por fim, conclui-se que existe uma concordância nas bibliografias pesquisadas quanto à importância da assistência de enfermagem no tratamento da úlcera por pressão, bem como evidenciam a necessidade do profissional estar constante atualização, de forma a prestar uma assistência integral e humanística ao paciente e sua família.

Palavras-chaves: Úlceras por Pressão, Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aims to review literature on the importance of nursing care to patients with pressure ulcers. To develop a methodological literature review was conducted exploratory, descriptive, in the databases LILACS, MEDLINE and BIREME, SciELO Virtual Health Library (VHL), Brazilian Association of Nursing (ABEn), Julio Bordignon Library of the Faculty of Education and Environment - Faema, Virtual Library of the Ministry of Health, the study design was the years 2000-2010, and data collection was from April to June 2011, using the descriptors: Ulcer and Nursing Care Pressure. In analyzing the data found 9,995 articles, 55 were selected, referenced 22, which describe the importance of nursing care to patients with pressure ulcers. With this work we hope to highlight the importance of nursing care in the prevention, care and treatment of pressure ulcers, requiring early identification of risk factors, treatment of basic diseases when present, the restoration and maintenance of adequate nutrition to patient education and formal and informal caregivers. Finally we conclude that there is agreement in the bibliographies examined for the importance of nursing care in the treatment of pressure ulcers, however the nursing professional must always be upgrading, so as to provide a humanistic and comprehensive care to patients and their family.

**Keywords:** pressure ulcers. Nursing care,

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
UP	Úlcera de Pressão

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	11
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO .....	11
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
4.1	ÚLCERA DE PRESSÃO: UMA REVISÃO ANATOMO-FISIOLÓGICA E FUNCIONAL.....	13
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UP) é caracterizada como uma lesão em qualquer localidade da pele decorrente da compressão do tecido corporal sobre uma superfície, podendo ser de fatores etiopatogênicos. (BRUNI, 2004).

Segundo Fernandes (2000), a UP é uma lesão que pode apresentar um período de desenvolvimento bastante rápido e após sua instalação, o paciente pode experimentar um período de hospitalização ainda mais longo, causando-lhe sofrimento pela dor física, sofrimento emocional, muitas vezes, causa deformações e exposição a complicações mais sérias ocasionadas pela presença de úlcera.

O profissional da enfermagem preenche uma lacuna importante no cuidado das UPs, pois ele é o responsável pela assistência de enfermagem prestada, atuando desde a prevenção até possíveis tratamentos, sendo o profissional que está em maior contato com o paciente. Por essa razão, a enfermagem se sobreporá a outros componentes da equipe de saúde no tratamento das UPs. (CUNHA, 2006).

Por nos depararmos com pacientes portadores de UP em atividades de estágios supervisionados do Curso de Graduação em Enfermagem da FAEMA, propomos este estudo que objetiva por meio de revisão bibliográfica analisar a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de UP.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de UP.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Destacar a assistência de enfermagem no tratamento da UP;
- Descrever a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com UP.

### 3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento metodológico do presente estudo foi realizado uma revisão bibliográfica de caráter quantitativo, exploratório, descritivo, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BIREME, SciELO da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. A adoção de critérios para inclusão dos artigos deu-se conforme os objetivos desta pesquisa. Os critérios estabelecidos foram: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e livros disponíveis no acervo da biblioteca da FAEMA, o delineamento foi do ano de 2000 a 2010 onde a coleta de dados foi executada no período de abril a junho de 2011, com os descritores: Assistência de Enfermagem e Úlcera por Pressão. Os critérios de exclusão foram os periódicos e livros com publicação inferior a 2000, os que não estavam disponíveis incompletos e se encontravam sob forma de resumo e não respondiam ao objetivo da pesquisa. Na análise dos dados foram encontrados 9.995 artigos com os descritores Assistência de Enfermagem e Úlcera por Pressão, sendo selecionados 55, referenciados 22, dos quais descrevem a importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de UP.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Úlcera por Pressão: Uma revisão anatomofisiológica funcional.

A anatomia e a fisiologia da pele segundo Smeltzer e Bare (2006), transcrevem que a pele é o maior sistema orgânico do corpo sendo indispensável para a vida humana. Formando uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e participando de muitas funções corporais vitais.

Segundo os autores acima citados ela é composta por três camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo, assim descrito: A epiderme é a camada mais externa das células. Composta por quatro camadas distintas. Essa camada externa é quase completamente substituída a cada 3 a 4 semanas. A derme constitui a maior porção da pele, fornecendo a força e a estrutura. Ela é composta de duas camadas, vasos sanguíneos e linfáticos, glândulas sudoríparas e sebáceas, e raízes pilosas. Com freqüência a derme é referida como a “pele verdadeira”. Tecido subcutâneo, ou hipoderme, é a camada mais interna da pele, é constituído principalmente de tecido adiposo, o qual proporciona um acolchoamento entre as camadas cutâneas músculos e ossos. Ela promove a mobilidade da pele, modela os contornos corporais e isola o corpo no aspecto térmico.

O corpo quando comprimido, mais especificamente na região sacro, cóccix, trocanteres, tornozelos e calcanhar entre uma saliência óssea e uma superfície dura provocam uma pressão maior que a do interior dos capilares, ocorrendo assim isquemia localizada. Quando essa pressão é aliviada surge uma área hiperemiada conseqüente de um aumento temporário do fornecimento de sangue para a região, sendo uma resposta fisiológica do organismo. Se a pressão não for aliviada persistindo por um longo período de tempo haverá necrose tecidual. Pois a pressão prolongada provoca alterações dos tecidos moles e resulta na destruição do tecido próximo ao osso o que chamamos de UP. (MOURA, 2009).

A patogênese das úlceras por pressão é um problema complexo e três fatores principais são de grande importância nesse processo: a pressão direta, as forças de cisalhamento e fricção. Um paciente que sofre uma combinação de fatores predisponentes é mais suscetível ao desenvolvimento de úlcera. Tais fatores podem ser divididos em dois grupos: Intrínsecos, são os aspectos do tipo de compleição corporal do paciente, mobilidade, estado nutricional, incontinência, infecção e condições clínicas; por exemplo, doenças malignas, neurológicas e anemia; Fatores extrínsecos incluem os efeitos externos de drogas, distribuição de peso,

regime de tratamento (clínico ou cirúrgico, cuidados intensivos), cuidados de higiene e técnicas de manuseio do paciente. (ROCHA e BARROS, 2007).

A pele reflete muitos aspectos da saúde do paciente. É a única parte do organismo, juntamente com parte externa da boca e olho, onde se pode observar com um simples olhar alguma alteração como o estado nutricional. A equipe de enfermagem é quem tem maiores disponibilidade de observar o estado da pele do paciente e detectar rapidamente qualquer alteração que apareça. (AVELLO e GRAU, 2005).

A patogenia das UPs consiste em um problema decorrente de três fatores principais de grande importância nesse processo: pressão direta que é a forma mais importante, o tecido é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura. Ocorre uma pressão maior que a pressão capilar, causando a isquemias. Cisalhamento ocorre quando o indivíduo desliza na cama, o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel. Fricção ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A forma mais comum de ocorrência desse tipo de problema é arrastar o paciente ao invés de levantá-lo, o que remove as camadas superiores das células epiteliais. A umidade piora os efeitos da fricção. Um paciente que sofre combinação de fatores predisponentes é mais suscetível ao desenvolvimento de úlcera. (MOURA, 2009).

A localização da UP no corpo do paciente vai depender do seu posicionamento no leito e do tempo de imobilização. Nos pacientes acamados com ou sem lesão medular as úlceras sacrais são as mais frequentes levando em média 48 horas para se desenvolver, trazendo desconforto extremo ao paciente pela dor e sua localização que aumenta ainda mais a imobilidade no leito. (MOURA, 2009).

Segundo Goulart et al.,(2008) as UPs são as únicas feridas que são estagiadas. O estagiamento é realizado quando se examinam e registram as condições da ferida e são classificadas segundo critérios estabelecidos pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) em 1989, entidade norte americana, que discrimina quatro estágios observados visualmente na evolução de uma úlcera por pressão.

Ainda para esses autores, os estágios são divididos em I, II, III e IV, que serão descritos a seguir:

- a) Estágio I: Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor. Pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.
- b) Estágio II: Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/ rompida. Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou arroxamento (aspecto de equimose), abrasões da pele por adesivos, dermatite perineal, maceração ou escoriação. Indica suspeita de lesão tissular profunda.
- c) Estágio III: Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis. A profundidade da úlcera por pressão em estágio III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maleolar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em estágio III bastante profundas.
- d) Estágio IV: Perda total de tecido com exposição óssea, músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. A profundidade da úlcera por pressão em estágio IV varia conforme a localização anatômica. Podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.

Tão importante quanto se saber sobre as fases da ferida é o processo de cicatrização que consiste em uma complexa sequência de eventos coordenados e desencadeados pelo organismo, que objetivem reconstituir estrutural e funcionalmente o tecido comprometido em sua maior plenitude. (SILVA, FIGUEIREDO e MEIRELES, 2007).

A cicatrização da UP é um processo complexo que envolve diversos estágios fisiológicos interdependentes e simultâneos, os quais devem ser conhecidos pelo enfermeiro, como exemplo: a inflamação que se caracteriza pela presença de edema, calor eritema e dor inicia-se no momento em que ocorre a lesão, durante 4 a 6 dias. A proliferação que dura de 4 a 24 dias. Em casos de ferimentos abertos, caracteriza-se por tecidos de granulação. A maturação que pode levar até 21 dias a 2 anos, as fibras de colágenos se reorganizam, remodelam e amadurecem, ganhando força de tensão. (MARIN et al., 2002).

Há três tipos de cicatrização: a cicatrização de primeira, segunda e terceira intenção. A cicatrização de primeira intenção ocorre quando o reparo da ferida provem de uma incisão cirúrgica limpa não infectada e aproximada por sutura. Há formação mínima de tecido de granulação, resultando em uma pequena cicatriz. Ocorre à cicatrização por segunda intenção, quando a ferida fica aberta propositadamente, para fechamento espontâneo ou, em caso de deiscência, quando a ferida se abre mesmo após seu fechamento primário, formando um grande coagulo, se a infecção associada, surge reação inflamatória exuberante. A cicatrização por terceira intenção ocorre quando há uma correção cirúrgica após a formação de tecido de granulação, serve como artifício técnico para mudar a evolução do processo de cicatrização, resultando em processo mais rápido e em melhores condições funcionais e estéticas. Ocorre uma formação de uma crosta protetora sobre o tecido de granulação, é muito comum em escoriações e queimaduras. (MALAGUTTI e KAKIHARA, 2010).

## **5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO.**

Historicamente, percebe-se que o surgimento das UPs era atribuído exclusivamente à falta de cuidado por parte da equipe de enfermagem. Atualmente isso vem mudando de forma gradativa, pois, apesar de a compressão do tecido entre dois planos constituir a causa essencial para o seu aparecimento, há entre profissionais maior consciência de que fatores externos como forças mecânicas raramente ocorrem de forma isolada. (SILVA, 2010).

O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de enfermagem e responsável pelo gerenciamento do cuidado. Gerenciamento este, que destaca a tomada de decisão, e que propicia a escolha da melhor prática de cuidado a ser empregada ao paciente hospitalizado. Entretanto, faz-se necessário

que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica, para a otimização dos recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição. (SOUZA, et al., 2010).

A individualização do cuidado pela assistência de enfermagem e a utilização de recomendações para a prática clínica baseadas em evidências podem promover a melhoria da qualidade do cuidado e proporcionar benefícios para os pacientes. (ALVES, 2008). As metas e os resultados esperados são estabelecidos, e, a partir disso, o enfermeiro planeja as terapias de acordo com a gravidade ou grau da UP, a presença de alguma condição que cause complicação, como mobilidade física, durante o uso de aparelhos como respiradores e trações, durante o uso de medicações como ansiolítico, analgésico, sedativo, no caso de necessidade de contenção do paciente no leito, doenças neurológicas, infecção, deficiência nutricional, idade avançada, incontinência urinária ou fecal, alterações do metabolismo endócrino, doenças circulatórias, uso de antiinflamatórios não esteróides, imunossupressores e citotóxicos, realização de radioterapia e a diálise. (FERNANDES, CALIRI e HASS, 2008).

Para a efetividade do tratamento de UPs, o profissional deve estabelecer uma interação com o paciente e seus familiares através de orientações sobre a importância da adesão, a continuidade do tratamento e a prevenção de complicações. (BRASIL, 2002).

Sabemos que a UP é um problema evitável na maioria das vezes, consideramos que a prevenção é fundamental e se torna indispensável à reavaliação dos processos de cuidado prestados pela equipe de enfermagem. Uma forma de sistematizar esse cuidado é o estabelecimento de protocolos que incluam avaliação de risco, medidas preventivas e terapêuticas. (MENEGON et al., 2007).

Um protocolo é um instrumento de desenho para qualidade que mostra as formas de atuação, auxilia os profissionais a decidirem adequadamente a atuação frente a problemas concretos de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo um guia de avaliação de qualidade, controlando riscos e reduzindo queixas. (MALAGUTTI e KAKIHARA, 2010).

Por isso a implantação de um protocolo para avaliação das UPs representa um avanço da enfermagem, sendo um instrumento seguro para a prevenção,

acompanhamento e controle dos casos diariamente. (SILVA, 2010). Avaliado indivíduos em risco de desenvolver UP e com isso se pode prevenir o seu aparecimento. Isto é realizado através de inspeções sistemáticas da pele pelo menos uma vez por dia, prestando atenção nas regiões de proeminência óssea. Essa avaliação pode ser conseguida usando a escala de Braden, onde irá predizer o risco do paciente para a UP e nortear a seleção das medidas preventivas necessárias. (SILVA, 2010).

Há uma grande importância em se usar a Escala de Braden para prevenção das UPs, pois possui seis parâmetros numéricos com subescalas identificando a percepção sensorial, atividade motora, umidade local, mobilidade e condições nutricionais do paciente e intensidade da fricção e cisalhamento, destes três parâmetros medem os determinantes clínicos de exposição extensa e prolongada e, outros três mensuram a tolerância do tecido à pressão. (SOUZA, SANTOS e SILVA, 2006).

Segundo o mesmo autor, torna-se necessário qualificar os profissionais de enfermagem com o saber que, neste caso específico, é sua instrumentalização com recursos que os capacitem para predizer se o cliente corre o risco de desenvolver uma UP. Desta forma entende-se como medida preventiva de UP, a importância da utilização de escala preditiva, tal como a Braden, no cuidar de enfermagem, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente haja vista incluir o diagnóstico, em termos de UP, intervenção de enfermagem através das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado. Cabendo assim à enfermagem identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de UP nos clientes e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a qualidade da assistência que lhes é devida. (Em anexo Escala de Braden).

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

e agitação que podem levar à constante fricção. (SOUZA, SANTOS e SILVA, 2006).

Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. A contagem de pontos baixa, na escala de Braden, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão. Ao fim da avaliação do cliente pelo enfermeiro, chega-se a uma pontuação, que nos diz que: Abaixo de 11= Risco Elevado, 12-14 = Risco Moderado, 15-16 = Risco Mínimo. (SOUZA, SANTOS e SILVA, 2006).

Vale salientar a prevenção sendo tópico mais importante no tratamento das UPs, e visa principalmente à diminuição da pressão sobre saliências ósseas, por meio da mobilização continuada em intervalos menores do que duas horas, e da utilização de colchões apropriados. Procurando, também, evitar a umidade cutânea por meio de roupas próprias; evitar atritos, diminuindo o espasmo muscular e o uso de roupas com tecido adequado; prevenir infecções e melhorar o estado nutricional. Os cuidados rotineiros com esses pacientes devem ser muito mais intensos do que para com indivíduos com sensibilidade e motricidade normais. (FERREIRA e CALIL, 2001).

A assistência de enfermagem tem caráter preventivo constituídas nas práticas diárias, com detecção precoce para evitar o surgimento de UPs. As intervenções relacionadas devem abordar aspectos como: cuidado com a integridade da pele usando emolientes para hidratação corporal com áreas de ressecamento, utilização de dispositivos para incontinência, posicionamento no leito, cuidados higiênicos e nutrição. As intervenções de enfermagem devem ser reforçadas como a equipe multiprofissional interagindo no planejamento das atividades educativas, realização de pesquisas de enfermagem abordando fatores de risco, prevenção e novas terapias utilizadas nas UPs, conhecimento de novas tecnologias na prevenção e tratamento. (MEDEIROS, LOPES e JORGE. 2009).

A elaboração do plano de cuidados e o registro da conduta terapêutica devem contemplar a classificação, localização, tamanho de túneis (especificando o comprimento, a largura, a profundidade e a formação), aspecto do tecido da ferida e da pele adjacente, drenagem, dor ou hipersensibilidade (infecção, insuficiência vascular) e temperatura. O cuidado inicial da UP pode envolver desbridamento, limpeza da ferida,

aplicação de curativo e, em alguns casos, cirurgia reparadora. Em todos os casos, as estratégias específicas de cuidados de feridas devem ser consistentes com os objetivos gerais ou metas do tratamento do cliente. (SILVA, FIGUEIREDO e MEIRELES, 2007).

O tratamento das UPs deixou de ser apenas focado na realização da técnica de curativo, para incorporar toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta, com avaliação do estado geral do paciente, exame físico direcionado de acordo com a etiologia da lesão, escolha do tratamento e da cobertura a ser utilizada. (CARMO, 2007).

O processo de limpeza do ferimento envolve, além da seleção de uma solução de limpeza, os meios mecânicos para fazer com que essa solução chegue até a ferida, como jato com seringa e gaze embebidas, por exemplo. A limpeza de rotina deve ser realizada com o mínimo de soluções químicas e traumas mecânicos possíveis. (SILVA, FIGUEIREDO e MEIRELES, 2007). Para que a enfermagem possa avaliar a UP é necessário: localizar anatomicamente; dimensão (comprimento, largura e profundidade); existência de fistulas ou cavidades; aspectos do leito da úlcera (tecido de granulação e necrótico, sinais inflamatórios, exsudato e suas características: quantidade, consistência, odor, e coloração; aparência da pele circulante). (ROCHA, J. A., MIRANDA, M. J. e ANDRADE, M. J., 2005).

Tecidos desvitalizados favorecem o crescimento de bactérias patológicas. Assim, sua remoção altera favoravelmente o ambiente de cicatrização de uma ferida. É preciso selecionar o método de desbridamento mais apropriado para as condições e metas do tratamento do cliente. As técnicas de desbridamento cirúrgico, mecânico, enzimático ou autolítico podem ser usados quando não houver necessidade clínica urgente de drenagem ou remoção de tecido desvitalizado. (SILVA, FIGUEIREDO e MEIRELES, 2007).

O cuidado com a pele pelo profissional de enfermagem pode ser feito por meio da limpeza sempre que necessário ou preferência do paciente; a pele deve ser tratada com cremes hidratantes para evitar ressecamento, devendo-se promover a diminuição de fatores ambientais que levam ao ressecamento. O posicionamento adequado e o uso de técnicas corretas para transferência e mudança de decúbito pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do paciente, são também cuidados de enfermagem que evitam a

fricção e força de cisalhamento do tecido prevenindo as UPs. Uma escala realizada e supervisionada pelo enfermeiro com horários por escrito deve ser prescrita para que a mudança de decúbito e reposicionamento sistemático do indivíduo seja feito sem esquecimentos. (RANGEL e CALIRI, 2009).

Materiais de posicionamento como travesseiros ou almofadas de espuma devem ser usadas para manter as proeminências ósseas longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama, de acordo com um plano de cuidados por escrito. (ALVES, 2008).

Para indivíduos comprometidos nutricionalmente um plano de suporte nutricional e ou suplementação deve ser utilizado desde que atenda às necessidades do indivíduo e seja consistente com os objetivos gerais da terapia, a enfermagem contribui supervisionando a dieta e sua aceitação pelo paciente. (CALIRI, 2010).

As UPs requerem curativos para manter a sua integridade fisiológica. O curativo ideal deve proteger a ferida, manter controle do exsudato, pois em excesso pode atrasar a cicatrização, ser biocompatível e fornecer uma hidratação ideal. A condição do leito da úlcera determina o tipo de curativo que será usado. É importante manter o tecido da UP e a pele ao seu redor intacta e seca, proporcionando um ambiente adequado para a cicatrização, sendo este cuidado de responsabilidade da enfermagem. (CALIRI, 2010).

## 6. CONCLUSÃO

Foi constatado por meio da leitura e análise dos artigos que a enfermagem é a principal responsável pelo cuidado e assistência a pacientes com UP, pelo fato do mesmo permanecer um período de tempo bem maior que outros profissionais ao lado do paciente, podendo assim nortear as ações que diz respeito ao uso adequado das medidas preventivas de forma a se obter um resultado preciso, reduzindo o tempo de internação hospitalar, sobretudo diminuir o sofrimento e dor, melhorando a qualidade do cuidado. Porém, sabe-se que a atuação deve ser multiprofissional, pois a predisposição para o desenvolvimento das UP é multifatorial.

Com este trabalho se espera destacar a importância da assistência de enfermagem na prevenção, cuidado e tratamento da UP, evidenciando que se exigem mais do que a redistribuição mecânica do peso corporal, sendo necessária a identificação precoce dos fatores de risco, o tratamento das patologias de base quando presentes, a restauração e manutenção de uma nutrição adequada à educação de pacientes e cuidadores formais e informais.

Por fim, conclui-se que existe uma concordância nas bibliografias pesquisadas quanto à importância da assistência de enfermagem no tratamento da UP, porém este profissional deve estar sempre atualizado, de forma a prestar uma assistência integral e humanística ao paciente.

## REFERÊNCIAS

AVELO, Isabel M. Sancho; GRAU, Carme Ferré. Enfermagem: fundamento do processo de cuidar. 4ª edição. Difusão Cultural do Livro.

ALVES, Angela Rodrigues, et al. **A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado.** Rev. Inst. Cienc. Saúde, 2008. <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04\\_out\\_dez/V26\\_N4\\_p397-402.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf)>. Acesso 25 de maio de 2011.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas**, 1ª edição. Brasília, 2002. <[http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.ufu.br/files/documentos/Manual\\_de\\_Condutas\\_para\\_Ulceras\\_Neurotroficas\\_e\\_Traumaticas\\_MS2002.pdf](http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.ufu.br/files/documentos/Manual_de_Condutas_para_Ulceras_Neurotroficas_e_Traumaticas_MS2002.pdf)>. Acesso em 31 de maio de 2011.

CALIRI, Maria Helena. **Úlcera por pressão/ Diretrizes para tratamento/AHCPR.** Reformulação 2010. <[http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10&Itemid=18](http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=18)>. Acesso dia 13 de junho de 2011.

CARMO, Sara da Silva; et al. **Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa.** Ver. Eletr. Enf. 2007. <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2a17.htm>>. Acesso em 01 de junho de 2011.

CUNHA, Anelise Araujo. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas.** Retirado do Site ABEn/PE, 2006. [www.abenpe.com.br](http://www.abenpe.com.br). Acesso em 31 de maio de 2011.

FERNANDES, Luciana Magnani. **Úlcera de Pressão em Pacientes Críticos Hospitalizados. Uma Revisão Interativa da Literatura.** Ribeirão Preto-SP: Esc. Enf./USP; 2000. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-092213/pt-br.php>. Acesso em 4 de junho de 2011.

FERNANDES, Luciana Magnani; CALIRI, Maria Helena Larcher; HAAS, Vanderlei José. **Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão.** Actapaul.enferm. São Paulo, 2008. <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000200012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000200012&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 31 de maio de 2011.

FERREIRA, Lydia Masako, CALIL, José Augusto. **Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão.** Revista Diagnóstico & Tratamento, 2001. <[http://www.apm.org.br/fechado/d\\_tratamento/dt\\_6ed3/rdt%206\(3\)%20pg%2036-40.pdf](http://www.apm.org.br/fechado/d_tratamento/dt_6ed3/rdt%206(3)%20pg%2036-40.pdf)>. Acesso em 01 de junho de 2011.

GOULART, Fernanda Maria et al. **Prevenção de úlcera de pressão em pacientes acamados: uma revisão de literatura.** Faculdade Objetivo, 2008. <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf>> Acesso dia 04 de maio de 2011.

MALAGUTTI, Willian e KAKIHARA, Cristiano Tárzio. **Curativos, Estomias e Dermatologia.** 1ª Edição. Editora Martinari.

MARIN, José Maria Sanches, et al. **Assistência de Enfermagem ao Portador de Alteração na Integridade Cutânea: Um relato de Experiência de Ensino-aprendizagem.** Ver. Esc. Enf. USP, São Paulo, 2002. <http://www.scielo.br/scielo.php?scielo=S008062342002000400007&Ing=en&nrm=iso> acesso em 12 de outubro de 2010.

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires de FREITAS; Jorge, Maria Salete Bessa. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros.** Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.1 São Paulo Mar. 2009. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342009000100029&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100029&lang=pt)>. Acesso em 01 de junho de 2011.

MENEGON, Doris Baratz et al. **Implantação do Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera de Pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Rev. Do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2007. <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2031/1174>>. Acesso em 03 de junho de 2011.

MOURA, Carine. **Prevenção de Úlcera por Pressão em Pacientes Hospitalizado.** Publicado em agosto de 2009. <<http://www.webartigos.com/articles/24522/1/Prevencao-de-Ulcera-porPressao-em-PacientesHospitalizados/pagina1.html#ixzz1OSgyqL4F>>. Acesso dia 01 de junho de 2011.

RANGEL, Elaine Maria Leite; CALIRI, Maria Helena. **Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral.** 2009 <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=uso%20das%20diretrizes%20para%20tratamento%20da%20ulcera%20por%20pressao%20por%20enfermeiros%20>

de%20um%20hospital%20geral&where=ALL&index=&lang=pt&\_charset\_=iso-8859-1>. Acesso dia 13 de julho de 2011.

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; ROCHA, Sonia Maria Oliveira. **Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow**. Acta paul. enferm. vol.20 no.2 São Paulo Apr./June 2007. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002007000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 15 de julho de 2011.

SILVA, Emanuely Wedja do Nascimento Lima 1 et al. **Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva**. Rev. Bras Ter Intensiva. 2010. <<http://WWW.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em 01 de abril de 2011.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da Silva, FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida e MEIRELES, Isabela Barbosa. **Feridas**. 2ª ED. Yendis Edição, 2007.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª Ed. V.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, Thais Sanglard, et al. **Estudos Clínicos sobre a úlcera por pressão**. Rev. Brás.Enferm, vol.63,2010.[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000300020&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300020&lang=pt). Acesso em 13 de julho de 2011.

SOUZA, Cristina Albuquerque, SANTOS, Iraci e SILVA, Lolita dopico. **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão – evidencias do cuidar em enfermagem**. Rev. Brás, enferm, 2006 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672006000300006&lang=pt2006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000300006&lang=pt2006). Acesso em 13 de junho de 2011.

## ANEXO

## ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Cama: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.						
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.						
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.						
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.						
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.						
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.							
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					<b>Pontuação total</b>					