



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**GELSIELI FERRETI**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR  
PRESSÃO**

ARIQUEMES - RO

2014

**Gelsieli Ferreti**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR  
PRESSÃO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como requisito á obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

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

Ariquemes – RO

2014

**Gelsieli Ferreti**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO E  
TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem,  
da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, como  
requisito á obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

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

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

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

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Meika Uesugui  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Ariquemes, 04 de Dezembro de 2014

*A Deus, por ser minha fortaleza.*

*Aos meus pais: Judith M. Ferreti e Gerson Ferreti, por me ensinarem a ser uma pessoa honesta e digna.*

*Ao meu esposo José Carlos da Silva Júnior, que de forma especial e carinhosa me deu forças e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.*

*A minha filha, Maria Clara, razão da minha vida e do meu aprendizado, incentivo de toda minha luta.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por fazer minha vida cheia de conquista e momentos felizes, por ter me guiado durante todo o percurso de construção de conhecimento e ter me acalentado nos momentos de desânimo;

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e dedicação. Vocês são únicos, ímpares, incomparáveis, meu porto seguro! Amo vocês!

Ao meu marido Jose Carlos, um grande enfermeiro, em quem me espelho como profissional, que sempre me auxiliou, deu carinho, compreendeu meu estresse, cansaço, meus momentos de ausência. Agradeço o incentivo, a paciência de compartilhar comigo seus conhecimentos, os conselhos, os momentos de lazer, o amor dedicado a mim e por me fazer tão feliz.

Aos meus amigos de turma, especialmente a Cássia Messias, Renata Almeida, Dryelly Bruna, Luana Ramos, Isaac Ovani. Juntos fizemos parte dessa jornada, juntos iniciamos grandes amizades. Vocês estarão dentro do meu coração pela vida toda. Agradeço pela amizade, pelos incentivos e por compartilhar momentos únicos ao longo desta trajetória;

As minhas amadas, Joverlândia Ferreti, Selma Posser, Lucilene Pereira, Thayrine Evilin e Glecilene Sousa, que em todo tempo torceram por mim, que sempre me apoiaram, vocês são meus eternos tesouros.

Agradeço aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas.

E por fim a Pessoa mais especial da minha vida, MARIA CLARA que apesar de seus cinco anos de idade, muito compreendeu minha ausência, e por ser minha maior motivadora, se muitas vezes desanimei foi por você que criei forças para continuar lutando. Obrigada amor da minha vida.

*A todos os que sofrem e estão sós, daí sempre um sorriso de alegria.  
Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso  
coração.*

*Madre Teresa de Calcutá*

## RESUMO

Úlcera por pressão é definida como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cicilhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual. A úlcera por pressão ainda é considerada um problema grave, e de grande impacto, especialmente em pacientes tetraplégicos, idosos e nas situações de adoecimento crônico. O objetivo deste estudo consistiu destacar a importância da atuação do enfermeiro frente à prevenção e tratamento das úlcera por pressão. Trata-se de um levantamento bibliográfico descritivo exploratório, as estratégias de busca foram às bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde e a Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. O Levantamento bibliográfico ocorreu entre os meses de Agosto 2013 a agosto de 2014, o delineamento dos referenciais correspondeu ao período de 1998 a 2014. Por meio da leitura e análise dos artigos concluiu-se que o enfermeiro e a equipe de enfermagem são os principais responsáveis pelo cuidado e assistência aos pacientes com úlcera por pressão e em nortear as ações que diz respeito ao uso adequado de medidas preventivas.

**Palavras-chave:** Úlcera por Pressão; prevenção; tratamento; cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

Pressure ulcers are defined as any lesion caused by unrelieved pressure or friction which could result in tissue death. A pressure ulcer is still considered a serious problem, and of great impact, especially in quadriplegic patients, the elderly and in situations of chronic illness. The aim of this study was to highlight the importance of the role of nurse in the prevention and treatment of pressure ulcers. This is an exploratory descriptive bibliographic, search strategies were to databases: Virtual Health Library (VHL), Google Scholar, Ministry of Health and Manuals Library Julius Bordignon, Faculty of Education and Environment - FAEMA . The bibliographic survey occurred between the months of August 2013 to August 2014, the design of the reference corresponded to the period from 1998 to 2014 Through the reading and analysis of articles concluded that the nurse and the nursing staff are primarily responsible the care and assistance to patients with pressure ulcers and guide the actions with regard to appropriate use of preventive measures.

**Keywords:** Pressure Ulcer; prevention; treatment and nursing care.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
NAPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
MS	Ministério da Saúde
PNSP	Programa Nacional Segurança do Paciente
UPP	Úlcera por Pressão

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Úlcera de pressão estágio I.....	19
<b>Figura 02:</b> Úlcera de pressão estágio II.....	19
<b>Figura 03:</b> Úlcera de pressão estágio III.....	19
<b>Figura 04:</b> Úlcera de pressão estágio IV.....	20
<b>Figura 05:</b> Estágios de Úlceras de pressão.....	20
<b>Figura 06:</b> Áreas susceptíveis as UPP.....	26
<b>Figura 07:</b> Mudança de decúbito .....	27

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela I:</b> Escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão.....	24
--	----

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	124
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	15
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
4.1 FISIOPATOLOGIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO .....	16
4.1.1 CLASSIFICAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO .....	18
4.2 EPIDEMIOLOGIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	21
4.3 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO .....	22
4.3.1 AÇÕES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	26
4.4 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO A ÚLCERA POR PRESSÃO .....	28
4.4.1 DEBRIDAMENTO .....	29
4.4.2 LIMPEZA DA FERIDA .....	30
4.4.3 CURATIVOS .....	31
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	35

## INTRODUÇÃO

Úlcera por pressão (UPP) é definida como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada cicilamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual, sendo frequentemente localizadas nas regiões de proeminências ósseas, que além de causar dano tissular, pode provocar inúmeras complicações e agravar o estado clínico de pessoas com restrição de mobilidade (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

As UPP têm sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços nos cuidados em saúde, nos últimos anos, as úlceras por pressão continuam sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade, constituindo grande impacto na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, gerando um problema social, econômico e de saúde pública (ASCARI et al., 2014).

A prevalência de úlceras por pressão no ambiente hospitalar é extremamente alta, variando de 2,7% a 29,5%. Pacientes tetraplégicos (60%) e idosos com fraturas de colo de fêmur (66 %) atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes (33%). De uma forma geral, aproximadamente 40% dos pacientes com lesões medulares que completam o seu tratamento desenvolverão uma úlcera de pressão (COSTA et al., 2005).

Os principais fatores de risco associados são: instabilidade hemodinâmica; significativa limitação da mobilidade decorrente de patologias diversas ou sequelas destas; estado geral comprometido; idade e condição nutricional (ARAUJO et al., 2011).

É importante que o enfermeiro saiba identificar os fatores de risco para UPP, o que facilita a prevenção das úlceras e proporciona a redução de custos relacionada ao seu tratamento (CASTILHO; CALIRI, 2005).

Para o eficaz gerenciamento tanto as práticas curativas quanto preventivas das UPP, é necessário que o enfermeiro mantenha-se constantemente vinculado as

bases científicas do cuidado, a pesquisa, consciente da sua relevância para a prática (SOUZA et al., 2010) j

Justifica se, assim a importância de realizar o presente estudo, que objetiva destacar a importância do enfermeiro na prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a importância da atuação do enfermeiro frente à prevenção e tratamento de úlcera por pressão.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar a fisiopatologia da úlcera por pressão;
- Identificar os dados epidemiológicos das úlceras por pressão;
- Descrever a assistência de enfermagem na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

### **3 METODOLOGIA**

A presente monografia se constitui de uma pesquisa bibliográfica, realizada no período compreendido de agosto de 2013 a outubro de 2014. As estratégias de busca foram às bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Úlcera por Pressão, prevenção, tratamento e cuidados de enfermagem. O delineamento dos referenciais correspondeu ao período de 1998 a 2014. A seleção dos referenciais incluiu 33 (trinta e três) artigos, 03 (três) livros e 02 (dois) manuais do Ministério da Saúde, totalizando 38 (trinta e oito) referenciais.



## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 FISIOPATOLOGIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Úlceras por pressão podem ser definidas como áreas localizadas de tecido necrótico que se desenvolvem quando a pele, tecidos adjacentes ou ambos são submetidos à pressão extrínseca, geralmente em locais adjacentes a proeminências ósseas ou em áreas onde a adiposidade subcutânea é escassa (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

As UPP desenvolvem-se em virtude de alterações patológicas na perfusão sanguínea da pele e tecidos subjacentes. Sua formação depende de uma série de fatores, porém o principal é a pressão extrínseca sobre determinadas áreas da pele e tecidos moles por tempo prolongado. Inicialmente, ocorre a privação circulatória nas camadas mais superficiais da pele e à medida que a isquemia se aproxima de proeminências ósseas, focos maiores de tecido são acometidos (ANSELM; PEDUZZI; FRANCA, 2009).

Quando ocorre uma hipoperfusão por período prolongado, há sofrimento tecidual, resultando em acidose local, hemorragia intersticial, obstrução linfática e acúmulo de metabólitos produzidos a partir da morte celular e necrose tissular. Em seguida, a atividade fibrinolítica diminui, ocorrendo depósito de fibrina que leva à obstrução intravascular. Esse quadro agrava ainda mais a hipoperfusão local, tornando-se irreversível até mesmo com a redução da pressão externa. Músculos são mais suscetíveis, seguidos por tecido subcutâneo e derme (COSTA et al, 2005).

O Metabolismo das células é dependente da circulação sanguínea para carrear os nutrientes necessários e para remover produtos do metabolismo das células; quando não há o aporte nutricional adequado, ocorre morte celular, sendo, portanto, a pressão o principal fator de risco, apesar de existirem outros motivos relacionados à formação de UPP como insensibilidade à dor e ao desconforto causados por doença neurológica; nível de consciência do paciente; doença vascular e má nutrição (LIMA; GUERRA, 2011).

Outro importante fator de risco é condição funcional do paciente acamado. A imobilidade do paciente no leito acarreta uma força de pressão que resulta em isquemia tecidual, dificultando a liberação de oxigênio para determinada região

levando ao acúmulo de metabólitos e edema. Todos esses fatores, em conjunto, podem ocasionar o aparecimento da UPP (PERRONE et al., 2011).

Estudos indicam que pressões entre 60 e 580 mmHg no período de 1 a 6 horas pode ocasionar uma úlcera. Além da pressão, forças de cisalhamento e fricção.

O cisalhamento diz respeito a uma combinação da gravidade e fricção que exerce uma força paralela à pele que resulta da gravidade e empurra o corpo para baixo favorecendo a resistência entre o paciente e a superfície de suporte, que podem agir sinergicamente no desenvolvimento de uma ferida (COSTA et al., 2005).

Já a fricção tem sua ação isolada, e, sua capacidade de danos está restrita à epiderme e derme. Resulta em uma lesão semelhante a uma queimadura leve e ocorre com maior frequência em pacientes agitados, sendo a forma mais grave de dano por fricção, associada ao cisalhamento (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar ainda, que no reposicionamento regular do paciente uma força de pressão é empregada durante o manuseio quando este é arrastado sobre a cama, e a do cisalhamento quando desliza sobre a cama. Tais situações enfraquecem a barreira natural da pele e danificam vasos sanguíneos aumentando o risco para úlcera de pressão (ASCARI et al., 2014).

Déficit nutricional – a alteração da nutrição pode afetar o desenvolvimento da UPP, pois a hipoalbuminemia altera a pressão osmótica e causa a formação de edema. A difusão de oxigênio no tecido edemaciado fica comprometida. Há uma diminuição da resistência à infecção devido ao efeito no sistema imunológico. A anemia também afeta o transporte de oxigênio. As deficiências de vitaminas A, C e E também podem contribuir para o desenvolvimento da UP devido ao papel que desempenham na síntese do colágeno, imunidade e integridade epitelial (BRASIL, 2009).

Outros importantes fatores no desenvolvimento da UPP são a idade avançada pois nesta fase ocorrem o achatamento entre a derme e epiderme, uma menor troca de nutrientes, menor resistência à força de cisalhamento e diminuição da capacidade de redistribuir a carga mecânica exercida pela pressão, hipotensão que pode desviar o sangue da pele para órgãos vitais. As pressões geralmente consideradas são pressão sistólica abaixo de 100 mmHg e diastólica abaixo de 60 mmHg, capilares podem ocluir-se por pressão reduzida, estado psicológico, motivação, energia emocional, estresse, temperatura corporal elevada pode estar

relacionada ao aumento da demanda de oxigênio em tecidos com anoxia, incontinência urinária ou fecal, doenças crônico-degenerativas, diabetes, hipertensão, doença vascular periférica, doença autoimune e o próprio câncer e medicações (CASTILHO;CALIRI, 2005).

O conhecimento acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados é um aspecto primordial na avaliação de qualquer paciente que se encontre hospitalizado para posterior realização de medidas preventivas (ALVES et al.,2008).

#### 4.1.1 CLASSIFICAÇÃO FISIOPATOLÓGICA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Recentemente foi desenvolvido por Braden e Bergstron um método de classificação das úlceras por pressão, esse método consiste na utilização de um sistema adotado para avaliação dos estágios. Esse sistema esta baseado na descrição anatômica da profundidade da ferida. Para classificar esses estágios precisamente é necessário conhecer as camadas da pele, sendo uma desvantagem desse sistema de estágio uma úlcera coberta com tecido necrosado que não poderá ser avaliada até que seja debridada. Esses sistemas utilizam os critérios estabelecidos pelo NationalPressureUlcerAdvisoryPanel (NPUAP) entidade norte americana que define quatro estágios para evolução das UPP (POTTER; PERRY, 2005).

- Estágio I

Úlcera por pressão em estágio I é uma alteração na pela intacta relacionada à pressão, cujos indicadores, quando comparados com uma região adjacente ou oposta do corpo, podem incluir alterações em um ou mais dos seguintes itens: temperatura da pele (quente ou fria), consistência tecidual (firme ou rígida) ou sensação (dor, prurido) A UPP aparece com uma região definida com vermelhidão persistente na pele de cor clara. Já, em pele escura a úlcera pode aparecer com um vermelho persistente, azul ou azul purpúreo, não existindo áreas da pele expostas.



Figura 01: Úlcera por pressão estágio I

Fonte: Oliveira, 2012

- Estágio II

Perda parcial da espessura da pele envolvendo a epiderme e/ou derme. A úlcera é superficial e apresenta clinicamente uma abrasão, bolha ou orifício superficial.



Figura 02: Úlcera por pressão estágio II

Fonte: Oliveira, 2012

- Estágio III

Perda total da espessura da pele envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo, que pode se entender em profundidade, mais não totalmente, na fáscia subjacente.



Figura 03: Úlcera por pressão estágio III

Fonte: Oliveira, 2012

- Estágio VI

Perda total da espessura da pele com destruição extensa, necrose tecidual ou danos aos músculos, ossos ou das articulações.



Figura 04: Úlcera por pressão estágio IV

Fonte: Oliveira, 2012

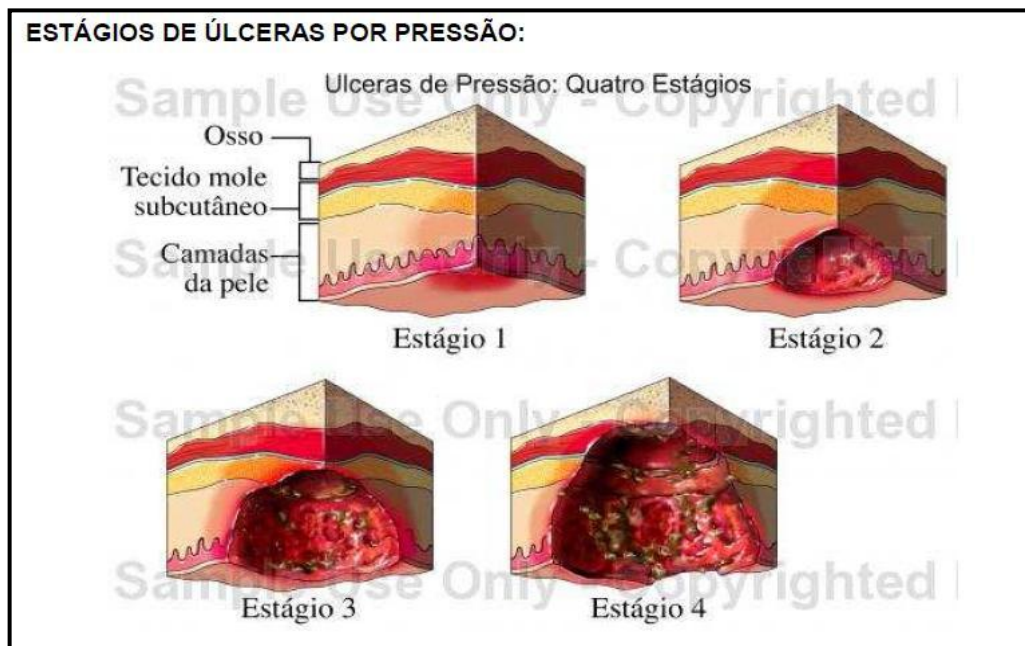


Figura 05: Estágios de Úlceras por pressão

Fonte: Campos 2010

Tradicionalmente, os termos escara e úlcera de decúbito são utilizados de maneira errada em referência às úlceras de pressão. O termo escara se refere à necrose tecidual, podendo estar presente ou não sobre as úlceras de pressão em fases iniciais e antes de qualquer procedimento de limpeza cirúrgica. Úlceras de decúbito, do latim “*decumbere*”, e são aquelas desenvolvidas com o paciente deitado, fato que não se aplica, por exemplo, às úlceras isquiáticas (STUDART et al., 2011).

## 4.2 EPIDEMIOLOGIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

A incidência de úlcera por pressão é considerada como um indicativo da qualidade dos cuidados. Sua presença é associada ao aumento do tempo de internamento, de carga de trabalho para enfermagem e aumento de custos, além de maior morbidade e mortalidade de pacientes hospitalizados (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.
- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%, conforme protocolo para prevenção de úlceras por pressão (BRASIL, 2013).

A incidência de UPP em pacientes hospitalizados nos EUA varia de 2% a 40%. De acordo com estudo realizado nos Estados Unidos por The National Pressure Ulcer Advisory, o custo estimado do tratamento para úlcera de pressão é de US\$ 2.000 a US\$ 30.000 por paciente, sendo o custo anual estimado em US\$ 8,5 bilhões, e afirmaram que 1,7 milhão de pessoas desenvolvem UPP anualmente nos Estados Unidos. E ressaltaram a necessidade do comprometimento do treinamento periódico da equipe de enfermagem (RANGEL; CALIRI, 2009).

No Brasil a prevalência de úlceras de pressão no ambiente hospitalar é extremamente alta, variando de 2,7% ao máximo de 29,5%. Pacientes tetraplégicos (60%) e idosos com fraturas de colo de fêmur (66 %) atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes (33%). De uma forma geral, aproximadamente 40% dos pacientes com lesões medulares que completam o seu tratamento desenvolverão uma úlcera de pressão (COSTA et al., 2005).

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 UPP (RANGEL; CALIRI, 2009).

No que diz respeito à localização das úlceras, a região sacral é a mais acometida. Sua incidência pode variar de 29,5% a 35,8%, 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 13,7%. Outros locais com acometimento menos frequente (incidência entre 6% e 1%) incluem pernas, pés, maléolos, glúteos, escápulas, região isquiática e cotovelo (ANSELM; PEDUZZI; FRANCA, 2009).

#### 4.3 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Desde a década de 90, a úlcera por pressão tem sido considerada como um resultado negativo do cuidado e adotada como um dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem por instituições norte-americanas com esforços direcionados para a redução da incidência por meio de programas de prevenção (FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008).

O desenvolvimento de uma úlcera por pressão pode ocorrer em menos de duas a seis horas e a identificação precoce dos pacientes vulneráveis vai ao encontro da aplicação de estratégias de prevenção, fundamentais para a obtenção dos resultados desejados (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

A implantação de um Protocolo de Prevenção e Assistência à UPP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais. Essa iniciativa, liderada pelo enfermeiro, representa um esforço institucional que integra várias equipes profissionais. O Protocolo UPP é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que qualifica o cuidado prestado, com repercussão no indicador de qualidade assistencial de enfermagem através da redução da incidência de UPP (MENEGON et al., 2007).

A Fiocruz, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013) publicaram os protocolos básicos de segurança do paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria Ministerial (MS) nº 529 de 01/04/13 tem como um dos seus objetivos específicos “produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente. O Ministério da Saúde visando o alcance desse objetivo publicou por intermédio da Portaria Ministerial nº 1.377, de 09 de julho de 2013, os três primeiros

protocolos que tratam das temáticas “Cirurgia Segura”, “Prática de Higiene das mãos” e “Úlcera por pressão”.

O Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão visa prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões da pele, visto que é uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais. Sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito. O reconhecimento dos indivíduos em risco para desenvolverem UPP não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas, também, do uso de instrumento de avaliação apropriado (GOMES 2010).

É muito importante que o enfermeiro saiba identificar os fatores de risco para UPP, tal habilidade facilita a prevenção das úlceras e proporciona a contenção dos custos de cuidado de saúde, pois, estudos demonstram que os custos relacionados ao tratamento de pacientes com úlceras por pressão são significativamente maiores que os custos gerados por medidas preventivas básicas (WADA; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Muitas escalas ou instrumentos de avaliação de risco podem ser eficientes na identificação precoce de pacientes em risco de desenvolvimento de UPP. Entretanto, tanto a Escala de Braden como a Escala de Norton são preconizadas como instrumentos para auxiliarem os enfermeiros na discussão clínica quanto aos riscos dos pacientes desenvolverem a úlcera de pressão (CASTILHO 2005).

A utilização de escalas de avaliação de risco para UPP requer pouca habilidade do profissional enfermeiro, embora requeira mais tempo na assistência para sua avaliação e acompanhamento, mas é de extrema importância para o prognóstico, já que a identificação dos pacientes em risco permite a implementação de medidas preventivas precocemente, o que pode reduzir em até 50% a incidência da UPP. Porém, é importante entender que a avaliação de risco deve sempre estar acompanhada do julgamento clínico do enfermeiro, o qual nada mais é do que a aplicação do processo de enfermagem, considerado uma atividade científica e privativa do enfermeiro por meio do qual a prática de enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistematizada (ARAUJO 2011).

A Escala de Braden foi desenvolvida por Braden e Bergstron como estratégia para diminuir a incidência de UPP no serviço onde trabalhavam. É composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento.



No Brasil, a Escala de Braden foi traduzida e validada para a língua portuguesa, conforme o trabalho de Paranhos e Santos, atingindo 94% de sensibilidade, 89% de especificidade; 88 e 94% para validade preditiva dos testes positivo e negativo, respectivamente. Esses dados justificam a opção em utilizar a Escala de Braden para avaliação de risco de UPP em pacientes adultos (MENEGON et al., 2007).

A Escala de Braden possui índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade adequadas, além de ter sido traduzida e validada para o português. O uso da Escala de Braden, é realizado na admissão do paciente cada alteração do seu estado geral (GOMES et al., 2010).

As cinco primeiras sub escalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta sub escala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. Em relação à avaliação dos resultados; uma pontuação baixa na Escala de Braden indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão. A avaliação é realizada conforme a pontuação alcançada: Abaixo de 11= Risco Elevado, 12–14 = Risco Moderado, 15 – 16 = Risco Mínimo (MARGATO et al., 2001).

Essa avaliação também oferece subsídios ao processo de raciocínio diagnóstico e implementação das intervenções de enfermagem, conforme o protocolo assistencial (GOMES et al., 2010).

Tabela I: Escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão

	<b>1. Completamente limitada:</b>	<b>2. Muito limitada:</b>	<b>3. Ligeiramente limitada:</b>	<b>4. Nenhuma limitação:</b>
<b>Percepção sensorial</b>				
Capacidade de reação significativa ao desconforto	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.	Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	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.	Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto

<b>Umidade</b>	<b>1. Pele constantemente úmida:</b>	<b>2. Pele muito úmida:</b>	<b>3. Pele ocasionalmente úmida:</b>	<b>4. Pele raramente úmida:</b>
Nível de exposição da pele à umidade	A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	A pele está por vezes umidade, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Atividade</b>	<b>1. Acamado:</b>	<b>2. Sentado:</b>	<b>3. Anda</b>	<b>4. Anda</b>
Nível de atividade física	O doente está confinado à cama.	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.	ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b>	<b>1. Completamente imobilizado:</b>	<b>2. Muito limitada:</b>	<b>3. Ligeiramente limitado:</b>	<b>4. Nenhuma limitação:</b>
Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b>	<b>1. Muito pobre:</b>	<b>2. Provavelmente inadequada:</b>	<b>3. Adequada:</b>	<b>4. Excelente:</b>
Alimentação habitual	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.	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.	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.	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 cisalhamento</b>	<b>1. Problema:</b>	<b>2. Problema potencial:</b>	<b>3. Nenhum 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.	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.	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.	

Desta forma entende-se como medida preventiva de UPP, a importância da utilização de escala preditiva, tal como a de Braden, no cuidar de enfermagem, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente haja vista incluir o diagnóstico, em termos de UPP, intervenção de enfermagem através das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

#### 4.3.1 AÇÕES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O enfermeiro possui ações determinantes na prevenção das úlceras por pressão. As rotinas de prevenção incluem:

- Confecção de um protocolo para prevenção da UPP. A implantação do Protocolo UPP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais
- Utilização de escala, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente haja vista incluir o diagnóstico, em termos de UPP, intervenção de enfermagem através das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado (MENEGON et al., 2007).
- Quadro demonstrativo enfatizando as áreas susceptíveis as UPP conforme a figura 06:

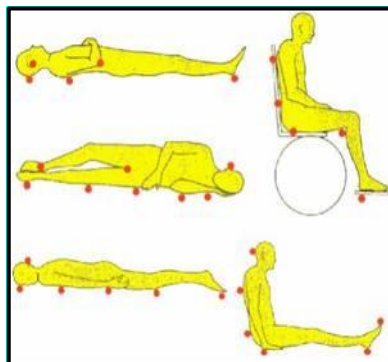


Figura 06: Áreas susceptíveis as UPP

Fonte: Afonso 2011

- Providenciar um colchão adequado, principalmente para cadeirantes e acamados. O uso de colchões especiais como o de ar, água e caixa de ovo é essencial para sustentar o corpo do paciente uniformemente diminuindo a pressão nas regiões da proeminência óssea. Deve-se atentar que quando

utilizados não garantirão a manutenção da integridade cutânea do paciente (SILVA; FRANCELINO; SILVA, 2011).

- Mobilização ou mudança de decúbito a cada duas horas.

A mudança de decúbito alivia a compressão sobre as proeminências ósseas, melhorando o fluxo sanguíneo e evitando morte tecidual, devem ser realizadas pelo menos a cada duas horas, ressalvada pelas condições gerais do paciente.



Figura 07: Mudança de decúbito

Fonte: Germano 2012

- Proteger áreas de proeminência óssea principalmente calcâneo com rolos e travesseiros, coxins auxilia na redução da compressão e cisalhamento (ASCARI et al., 2014).
- Monitorar e relatar intervenções e resultados obtidos.
- Registrar alterações da pele. O registro sistemático das alterações na integridade da pele permitirá a realização de pesquisas sobre os fatores de risco dos pacientes atendidos no serviço, possibilitando atenção individualizada (MACEDO et al., 2002).
- Checar as áreas vulneráveis, otimizando o estado da pele através de hidratação com cremes a base de ácidos graxos essenciais, pois os mesmos promovem quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos) acelerando o processo de granulação tecidual (MANHEZ; BACHIONI; PEREIRA, 2008).
- Criar e disponibilizar um programa de orientação aos os pacientes de risco e seus cuidadores a longo prazo (ARAUJO et al., 2011).

Portanto, cabe à enfermagem identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP nos clientes e planejar ações de caráter preventivo, a fim

de melhorar a qualidade da assistência que lhes é devida (FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008).

#### 4.4 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO A ÚLCERA POR PRESSÃO

O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional de saúde e líder da equipe de enfermagem é responsável pelo gerenciamento do cuidado. Gerenciamento este, que destaca a tomada de decisão, e que propicia a escolha da melhor prática de cuidar a serem proporcionadas ao paciente hospitalizado. Entretanto, para uma prática com qualidade, faz-se necessário que as ações de cuidado estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica, para otimizar recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição. Dentre os tratamentos que geram altos custos evidenciam-se os destinados às úlceras por pressão (SOUZA et al., 2010).

Os cuidados necessários à completa recuperação da integridade da pele são complexos e exigem a atuação de uma equipe multiprofissional. Neste contexto, o enfermeiro tem um papel importante, em muitos momentos sua atuação se sobrepõe à dos outros profissionais da equipe interdisciplinar, uma vez que a equipe de enfermagem permanece a maior parte do tempo com os clientes. Nesse âmbito, esse profissional possui autonomia e liberdade para traçar as estratégias de cuidados a serem adotadas no tratamento de feridas, que incluem avaliação da ferida e da pele do cliente como um todo, seguido por planejamento do cuidado e avaliação do alcance das metas de cicatrização, prevenção de complicações, auto cuidado e reabilitação (ROCHA et al., 2009).

A assistência de enfermagem ao portador de UPP deve estar fundamentada na metodologia científica, para isso o enfermeiro tem disponível um instrumento efetivo, trata-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem, considerado como um método de solução dos problemas dos pacientes, com as etapas de investigação ou histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação. Este diferencial estratégico “possibilita a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado da assistência prestada (ROCHA et al., 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que vai instrumentalizar o trabalho, possibilitando a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado de assistência prestada (CUNHA, 2006).

O enfermeiro deve considerar de modo amplo tanto o cliente quanto a ferida. O sucesso da cicatrização de feridas depende do cuidado prestado em cada etapa do tratamento, incluindo avaliação crítica, planejamento, implementação, evolução e registro de enfermagem (FOULY; LEITE; LIMA, 2008).

O Processo de Enfermagem englobando essas etapas constitui uma proposta de melhoria da qualidade do cuidado prestado aos clientes enfocando um relacionamento dinâmico entre o profissional e seu cliente (CUNHA, 2006).

As recomendações para o tratamento da UPP destacam a necessidade de incluir a avaliação do paciente e das úlceras, o controle da sobrecarga dos tecidos, o cuidado da ferida, o controle da colonização bacteriana e da infecção, o reparo operatório por meio de cirurgia plástica. Para a avaliação do paciente e da úlcera recomenda-se uma verificação do estado geral do paciente, com exame físico e do estado psicossocial (RANGEL; CALIRI, 2009).

Em razão da necessidade de se aplicar tratamento curativo, intensivo e eficaz, deve-se realizar avaliação minuciosa do grau, local e extensão da lesão e fatores de risco existentes (GONÇALVES; PARIZOTTO, 1998).

O cuidado inicial da úlcera por pressão pode envolver debridamento, limpeza da ferida, aplicação do curativo e, em alguns casos, cirurgia reparadora. Em todos os casos, a estratégia específica de cuidados de feridas devem ser consistentes com os objetivos gerais ou metas do tratamento do cliente (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007)

#### 4.4.1 DEBRIDAMENTO

O desbridamento é o processo de remoção de corpos estranhos e tecidos desvitalizados ou necróticos com o objetivo de limpeza, deixando em condições adequadas para a cicatrização (BLANES, 2004).

O termo desbridar origina-se do Francês “*débrider*”, significando “para dar livre curso a”, foi provavelmente empregado pela primeira vez, como termo médico, por cirurgiões, há centenas de anos atrás, em zonas de guerra, ao reconhecerem

que feridas de tecidos moles grosseiramente contaminadas tinham melhor chance de cicatrização, se tecidos necrosados fossem removidos cirurgicamente.

A remoção do tecido necrótico por desbridamento é benéfico por várias razões. O desbridamento remove tecidos mortos, desvitalizados ou contaminados, assim como qualquer corpo estranho no leito da ferida, ajudando a reduzir o número de microrganismos, toxinas e outras substâncias que inibem a cicatrização (SANTOS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Em situação onde o material necrótico é observado, é indicado com objetivo de diminuir a quantidade de bactérias presentes no foco de lesão, tendo o cuidado de não se retirar tecido de granulação. As técnicas de debridamento cirúrgico, mecânico, enzimático ou autolítico podem ser utilizadas quando não houver necessidade clínica urgente de drenagem ou tecido desvitalizado. Porém as técnicas de debridamento instrumental devem ser realizados por profissionais especializados (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006).

O debridamento autolítico consiste na autodegradação do tecido necrótico, requer que o leito da ferida seja mantido com umidade fisiológica e temperatura de 37°C, pois a autólise é um processo ativo que requer enzimas e células, sendo necessário impedir a dissecação e promover a autólise. Recomenda-se a utilização de coberturas sintéticas retentoras de umidade. O processo químico é uma técnica que realiza a remoção do tecido necrótico através da utilização de enzimas proteolíticas promovendo a degradação do colágeno. Já a mecânica requer a retirada da necrose do leito da ferida, utilizando-se de força física, que pode ser empregada por meio de fricção ou uso de gaze e instrumento cortante (BLANES, 2004).

A realização do desbridamento cirúrgico por enfermeiro tecnicamente apto e legalmente assistido viria, desta forma, somar efetivamente esforços a equipe de saúde garantindo uma assistência pública de qualidade (SANTOS; OLIVEIRA; SILVA, 2013)

#### 4.4.2 LIMPEZA DA FERIDA

De acordo com Yamada (2003), limpeza refere-se ao uso de fluidos para, remoção suave de bactérias, fragmentos, exsudato, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos.

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, a exemplo do jato com seringa. A limpeza de rotina deve ser realizada com o mínimo de solução química e traumas mecânicos, observando-se alguns cuidados:

- Utilizar técnicas menos traumáticas possíveis, buscando utilizar pouca força mecânica quando estiver limpando a úlcera.
- Evitar o uso de anticéptico:
- Utilizar solução salina ou soro fisiológico
- Um curativo ideal deve proteger a ferida, deve ser biocompatível e fornecer uma hidratação ideal. Nesse caso, a regra é manter o tecido da ulcera úmido e a pele ao redor intacta e seca (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2010).

A melhor técnica de limpeza no leito da ferida compreende a irrigação com jatos de soro fisiológico a 0,9%, que serão suficientes para remover os corpos estranhos e os tecidos frouxamente aderidos, além de preservar o tecido de granulação neoformado (BRASIL, 2009).

Evitar fricção da pele íntegra ao redor da área para não traumatizá-la, uma vez que serve como barreira protetora à penetração de bactéria. Na técnica limpa de limpeza de feridas, utiliza-se a água corrente, e a umidade é retirada com uso de gaze não estéril. As luvas devem ser utilizadas atendendo a medida de biosegurança.

A técnica estéril é recomendada para o uso no ambiente hospitalar, uma vez que a existência de microorganismos patogênicos e a possibilidade de infecção cruzada são maiores (BRASIL, 2009).

#### 4.4.3 CURATIVOS

A escolha do curativo mais indicado para o tratamento das úlceras de pressão deve levar em consideração a quantidade de exsudato, o grau de ressecamento da lesão e a presença de tecido infectado ou necrótico (RAMPAZZO et al., 2010).

As úlceras por pressão requerem curativos para manter a sua integridade fisiológica. Hoje no mercado há vários tipos e marcas de curativos, formando uma gama de opções. Assim é necessário que o enfermeiro detenha conhecimento específico e saiba fazer uma boa avaliação para a escolha do curativo ideal. Na



maioria dos casos a escolha é orientada pelas características da lesão e do quadro clínico do cliente (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

As características de um curativo ideal são:

Impermeabilidade à água e outros fluidos; viabilidade às trocas gasosas; fácil aplicação e remoção sem causar traumas; auxiliar na hemostasia; proteger a ferida contra trauma mecânico e contra infecção; Limitar o movimento dos tecidos ao redor da ferida; promover um ambiente úmido; absorver exsudato; promover o desbridamento; aliviar a dor e proporcionar condições favoráveis às atividades da vida diária do paciente (BRASIL, 2009).

Desse modo, além do desconforto e sofrimento causados ao paciente que já se encontra com UPP, o tratamento constitui um gasto financeiro muito maior do que a prevenção. Ao evitar as úlceras por pressão, ocorre a redução dos custos diretos e indiretos, a permanência do cliente em ambiente hospitalar e conseqüentemente o risco de infecções secundárias (ASCARI et al., 2014).

As diretrizes para o tratamento da UPP destacam que as instituições preocupadas com o cuidado da saúde são responsáveis pelo desenvolvimento e implementação de programas educacionais, destinados a traduzir o conhecimento sobre UPP em estratégias eficazes de tratamento. Enfatizam que os programas de educação deveriam incluir informações relacionadas tanto à prevenção quanto ao tratamento (RANGEL; CALIRI, 2009).

Deste modo, torna-se fundamental que a equipe de saúde mantenha-se atualizada, empregando o raciocínio crítico ao realizar sua assistência (DAVIN; TORRES, 1999).

Em relação ao tratamento de uma ferida o enfermeiro deve ter uma visão ampla, pois a atuação desse profissional não se resume apenas a executar os curativos, mas avaliar e intervir em cada fase do processo cicatricial, assistindo com qualidade. Uma vez que o cuidado de enfermagem vai além da visão biomédica de assistência ao doente, sendo o foco principal a saúde sob uma perspectiva integral, o enfermeiro torna-se um educador em potencial, sendo o principal atuante no processo de cuidar por meio da educação em saúde (BRAGA et al., 2013).

As atividades de Educação em Serviço de saúde constituem-se em uma estratégia capaz de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação ao cuidado oferecido aos usuários. Dessa forma, torna-se imprescindível que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação

permanente de sua equipe, potencializando o padrão de assistência prestada em todos os níveis de atenção, promovendo a valorização dos recursos humanos em saúde (FERREIRA; LUCAS; APARECIDA, 2003).

A Educação em Serviço mostra-se um instrumento imprescindível para qualificar o atendimento do profissional de enfermagem, visto que contribui para uma assistência comprometida, competente, respaldada em consistentes conhecimentos teóricos. Convém salientar que a atualização desses profissionais repercute diretamente na qualidade de atendimento prestado aos usuários. Ela beneficia tanto o paciente, gerando sua satisfação, quanto ao profissional que atua de forma mais segura e independente, assim como destacando o compromisso da instituição para com a comunidade que dela se utiliza, prestando serviços com garantia de qualidade (JACONDINO et al., 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da leitura e análise dos artigos concluímos que cabe ao enfermeiro identificar os fatores de risco e planejar ações que antecipem o aparecimento e o desenvolvimento de UPP, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada, pois os enfermeiros são os principais responsáveis por nortear as ações que diz respeito ao uso adequado de medidas preventivas.

No tratamento ao paciente portador de UPP toda a equipe multidisciplinar, incluindo os enfermeiros, são considerados responsáveis e devem responder pelo oferecimento de cuidados seguros e apropriados. Uma vez que a falta deste cuidado para este tipo de paciente pode levar a danos a sua saúde e até mesmo a morte.

Portanto, evitar e cuidar de úlceras por pressão é um desafio cotidiano para o enfermeiro e toda sua equipe. Neste contexto pretendemos reforçar a necessidade dos profissionais de enfermagem na busca por informações atualizadas e científicas sobre as abordagens preventivas e de tratamento das UPP, contribuindo para a produção do conhecimento a ser utilizado na prática assistencial.

Considerando os agentes envolvidos na recuperação do paciente propenso a desenvolver úlceras por pressão, é a equipe de enfermagem que desprende o maior tempo de assistência ao paciente interno e propenso a desenvolver tal complicação ao estado mórbido inicial. Com isso é fundamental que as equipes reflitam sobre sua responsabilidade na prestação de uma assistência onde o aparecimento de tal agravo se dará sempre que houver uma falha na assistência prestada por essa mesma equipe.

Novos estudos a respeito do tema proposto são importantes para conscientização do profissional enfermeiro de sua relevância para prática e na contribuição de planejamento de ações e estratégias que visam à prevenção e o tratamento das úlceras por pressão.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, E. **Como prevenir úlceras por pressão em acamados**, 2011. Disponível em: <[http://www.4work.pt/cms/index.php?Id=98&no\\_cache=1&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=120&tx\\_ttnews\[backPid\]=1&cHash=385327b086](http://www.4work.pt/cms/index.php?Id=98&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=120&tx_ttnews[backPid]=1&cHash=385327b086)>. Acesso em: 04 de Março de 2014.

ALVES, A. R. et al. A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Rev. InstCiênc Saúde** 2008. Disponível em :<[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 em: 01 de Abril de 2014.

ANSELMINI, M.; PEDUZZI, M.; FRANCA JUNIOR, I. Incidência se úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Rev. Acta paul. enferm.** 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a04v22n3.pdf>>. Acesso em: 02 de outubro de 2013.

ARAUJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. bras. enferm.** 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400007)>. Acesso em: 30 de Agosto de 2013.

ASCARI, R. et al. **Úlcera por pressão: um desafio para a Enfermagem** . 2014. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301\\_132755.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf)>. Acesso em: 18 de Março de 2014.

BLANES, L. **Tratamento de feridas**. Batista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: 2004. Disponível em: <[www.ebah.com.br/content/ABAAAAi30Al/feridas-i](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAi30Al/feridas-i)>. Acesso em: 25 de Novembro de 2013.

BRAGA A. L. S.; COSTA, K. F.; LOPES M. R.; SOARES, R. S.; SILVA T. C. **Capacitação dos profissionais de enfermagem em tratamento de feridas: relato de experiência**. 2013. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0462po.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0462po.pdf)> Acesso em: 07 de Dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**; Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS. Anvisa/ Fiocruz; 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos**, 2009 Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas\\_Tumorais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf)>. Acesso em: 04 de Março de 2014.

CASTILHO, L. D.; CALIRI, M. H. L. Úlcera de pressão estado nutricional: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.** 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500018&script=sci_arttext) >. Acesso em: 02 de outubro de 2013.

CAMPOS, J. **Estágios de Úlcera de pressão**, 2010. Disponível em:<<http://conheendoapatologia.blogspot.com.br/2010/09/ulcera-de-pressao.html>> Acesso em: 24 de Setembro de 2013.

COSTA, P. et al. **Epidemiologia e tratamento o das úlceras por pressão: experiência de 77 casos**. Trabalho realizado: divisão de cirurgia plástica e instituto de ortopedia e traumatologia hospital das clínicas FMUSP 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>>. Acesso em: 24 de Setembro de 2013.

CUNHA, N. A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. Retirado do Site ABEn/PEOlinda – 2006. Disponível em: <[www.abenpe.com.br/diversos/sae\\_tfc.pdf](http://www.abenpe.com.br/diversos/sae_tfc.pdf)>. Acesso em: 05 de Agosto de 2014.

DAVIN, R.; TORRES, G.V. Educação continuada em enfermagem, conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. **Rev Latino Am Enfermagem**. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411691999000500006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411691999000500006&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 07 de Dezembro de 2014.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Acta paul. enferm.** 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000200012>>. Acesso em: 30 de Agosto de 2013.

FERREIRA, E.; LUCAS R.; APARECIDA L. Curativo do paciente queimado, uma revisão de literatura. **Rev Esc Enferm USP**. 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/123.pdf>> Acesso em: 07 de Dezembro de 2014.

FOULY, P. S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, (Brasília). 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a15v61n6.pdf>>. Acesso em: 05 de Agosto de 2014.

GERMANO, G. **Mudança de decúbito**, 2012. Disponível em :<<http://prosaude-to.blogspot.com.br/2012/05/prevencao-em-lesao-de-pele-e-tema-de.html>>. Acesso em: 05 de Agosto de 2014.

GOMES, F. S. L. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400031>>. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

GONÇALVES, G; PARIZOTTO, N.A. Fisiopatologia da Reparação Cutânea: Atuação da Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisiot**. 1998. Associação Brasileira de Fisioterapia. Disponível em: <<http://www.rbf-bjpt.org.br/files/v3n1/v3n1a02.pdf>> Acesso em: 24 de Setembro de 2013.

JACONDINO, C.B.; FERNANDES, D.; RODRIGUES K. R.; LIMA, L.; COELHO, S. **Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas**. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17867/11659>> Acesso em: 07 de Dezembro de 2014.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100029>> Acesso em: 30 Agosto de 2013.

MACEDO, A.F.; MONTAGNOLI, E.T.L.; LOPES, M.H.B.M.; GRION, R.C. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13339.pdf>>. Acesso em: 01 de Abril de 2014.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. (org).**Curativos, estomias e demartologia: uma abordagem multiprofissional**, (orgs).- São Paulo: editora: Martinari, 2010.

MANHEZ, A. C.; BACHIONI, M. M.; PEREIRA, A. L.. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. **Rev.BrasEnferm**. Brasília 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a15v61n5.pdf>>. Acesso em: 04 de Março de 2014.

MARGATO, C. et al. **Escala de braden para avaliação do risco de úlceras de pressão**, 2001. Disponível em: <[http://ice-mac.org/pdf/escala\\_de\\_braden.pdf](http://ice-mac.org/pdf/escala_de_braden.pdf)>. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

MEDEIROS, A. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100029>>. Acesso em: 24 de Setembro de 2013.

MENEGON, D. B. et al. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no hospital de clínicas de porto alegre. **Rev HCPA**. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2031/1174>>. Acesso em: 24 de Setembro de 2013.

OLIVEIRA, A. **Úlceras de pressão**. 2012. Disponível em: <<http://cuidando-bem.blogspot.com.br/2012/11/ulceras-de-pressao-um-problemao.html>>. Acesso em: 30 outubro de 2013.

PERRONE, F. et al. Nutritional status and functional capacity predispose hospitalized patients to pressure ulcers. **Rev. Nutr.** vol.24. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732011000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000300006) >. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; [ tradução Luciana Teixeira Gomes, Lucya Helena Duarte, Maria Inês Correa Nascimento]. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2005.

RANGEL, E.M.L.; CALIRI, M.H.L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>>. Acesso em: 25 de Novembro de 2013.

RAMPAZZO, S.; LOPACINSKI, A. C.; FRAGA, R.; ANDRADE, C. **Úlceras de pressão**. 2010. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4numero1/artigo06.pdf>>. Acesso em: 18 de Março de 2014.

ROCHA, C. G.; CHAVES, A. P. R.; GEORGO, K. B.; BOAVENTURA, A. C.; SANTOS V. B. Úlcera por pressão: proposta de sistematização da assistência de Enfermagem em unidade de cuidados intensivos à luz da literatura. **Rev. bras.**

**enferm.** 2009. Disponível em: <[www.ceen.com.br/midias/downloads /11022014191109.pdf](http://www.ceen.com.br/midias/downloads/11022014191109.pdf)>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SANTOS, I. C. R. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. **Debridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro.** Artigo Original Enferm, Florianópolis, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_22.pdf)>. Acesso em: 04 de Março de 2014.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES I. B. Organizadores. **Feridas: fundamentos e atualizações de enfermagem.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora 2007.

SILVA, A. A. B.; FRANCELINO, G. A.; SILVA, M. F. S.; ROMANHOLO, H. S. B. A Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão por Fatores Extrínsecos em um Hospital Público no Município de Espigão do Oeste - RO. 2011. **Revista Eletrônica da Facimed**, 2011. Disponível em: <<http://www.facimed.edu.br/site/revista/pdfs/bae9b49b6a0da459df71d856626d0a96.pdf>>. Acesso em: 25 de Novembro de 2013.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300006)>. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

SOUZA, T. S. et al. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. bras. enferm.** 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300020>>. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

STUDART, R. M. B. et al. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev. bras. enferm.** 2011,. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a13>>. Acesso em: 02 de Outubro de 2013.

WADA, A.; TEIXEIRA N. N.; FERREIRA M.C. Úlceras por pressão. **Rev Med** (São Paulo). 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46293/49949>>. Acesso em: 01 Abril de 2014.

YAMADA, B.F.A. **Úlceras venosas.** Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3812.pdf>>. Acesso em: 04 de Março de 2014.



