



CLÍNICA

O ENFERMEIRO ATUANDO NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

ACTUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE PRESIÓN

*Fernandes Lobosco, AA., **Darlen Dutra de Vasconcelos, S., ***Linhares de Almeida, M. de C. ****Dire Feliciano, G.

*Aluna do 8º período do curso de Graduação da Universidade Estácio de Sá Campus Nova Friburgo. **Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Lcda. pela Faculdade de Educação da CFCH/EEAN/UFR. Docente das Disciplinas de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem I, II e III, Eixo Fundamentos de Enfermagem; Ética e Exercício Profissional da Enfermagem e Trabalho de Conclusão de Curso. ***Enfermeira. Aluna Especial do curso de Mestrado da EEAN / UFRJ. Lcda. pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá. ****Pós doutorado em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Biociências Nucleares pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

O presente estudo corresponde a um artigo resumo de Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia.

Palavras-chaves: Enfermagem, Úlceras de Pressão, Prevenção.

Palabras clave: Enfermería, úlceras de presión, prevención.

RESUMO

As úlceras de decúbito foram e continuarão sendo um cuidado importante na enfermagem. Porém, hoje compreender a prática do cuidar, só é possível a partir de uma visão holística, um cuidar que veja a pessoa integralmente. Por esse motivo, quando se fala em prevenção de úlceras é preciso conhecer a estrutura da pele e sua função para compreender melhor os fundamentos de prevenção e cuidados eficazes com pele. A manutenção da integridade da pele é responsabilidade do Enfermeiro. Os mecanismos que causam as úlceras são inúmeros e precisam ser atenuados ou prevenidos completamente para que a integridade cutânea seja mantida. Diante disso, traçamos como **objeto de estudo**: O conhecimento pela Enfermagem da Escala Preditiva de Braden na prevenção das úlceras de pressão. E como **problema** o seguinte questionamento: Como a enfermagem sistematiza a assistência na prevenção das úlceras de pressão? **Objetivos**: Identificar o que a Enfermagem conhece a respeito de Escala preditiva de Braden; Comparar o que sabem com o que fazem para prevenir as úlceras de pressão. **Metodologia**: quanto à tipologia trata-se de um estudo de caso, descritivo e utilizaremos a abordagem quantitativa. A pesquisa teve como cenário a

Unidade de Terapia Intensiva, de uma instituição pública, de médio porte, classificada como hospital geral.

RESUMEN

Las úlceras de decúbito fueron y siguen siendo un cuidado importante en la enfermería. Sin embargo, comprender hoy la práctica del cuidar solo es posible a partir de una visión holística, un cuidar que ve a la persona integralmente. Por ese motivo, cuando se habla de prevención de úlceras es preciso conocer la estructura de la piel y su función para comprender mejor los fundamentos de prevención y cuidados eficaces. La manutención de la integridad de la piel es responsabilidad del Enfermero. Los mecanismos que causan las úlceras son innumerables y precisan ser atenuados o prevenidos completamente para que la integridad cutánea sea mantenida. Ante eso trazamos como **objeto de estudio**: El conocimiento por la Enfermería de la Escala Predictiva de Braden en la prevención de las úlceras de presión. Y como **problema** el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo la enfermería sistematiza la asistencia en la prevención de las úlceras de presión? **Objetivos**: Identificar lo que la Enfermería conoce al respecto de la Escala predictiva de Braden ("Escala pronóstica de Braden"); Comparar lo que saben con lo que hacen para prevenir las úlceras de presión. **Metodología**: En cuanto al tipo se trata de un estudio de caso, descriptivo, y utilizaremos el abordaje cuantitativo. La pesquisa tuvo como escenario la Unidad de Terapia Intensiva de una institución pública, de medio porte, clasificada como hospital general.

INTRODUÇÃO

A prevenção das úlceras de pressão foram e continuarão sendo um cuidado importante na Enfermagem. Compreender a prática do cuidar, hoje, a partir do vertiginoso desenvolvimento científico e tecnológico, só é possível a partir de uma profunda concepção holística, ou seja, um cuidar que veja diante de si a pessoa integralmente. Por isso, faz-se necessário investigar e explorar os elementos que integram os cuidados para com a pele, para mantê-la íntegra durante todo o processo de internação do cliente.

Neste sentido, estas questões nos impulsionam a estudar a dinâmica de atuação do Enfermeiro referente aos elementos necessários à preservação da pele. Por isso, faz-se necessário abordarmos alguns conceitos. Então, de acordo com *Brunner e Suddarth*¹ *Úlceras de pressão são áreas de necrose localizadas na pele e nos tecidos subcutâneos, produzidos por compressão*. Então, podemos dizer que as causas das úlceras de pressão são inúmeras e compreendem fatores de natureza intrínseca e extrínseca, e dentre estes podemos citar a pressão exercida sobre a pele e os tecidos subcutâneos, a qual interfere no suprimento sanguíneo, ou seja, impedindo a irrigação tecidual na região de pressão, em consequência deste fato e levando em consideração o tempo prolongado de pressão, o tecido poderá ser levado à necrose, ou seja, a morte desse tecido. Podemos dizer ainda que outros fatores contribuem para a formação de úlceras por pressão como: a má nutrição, edema e umidade.

Diante do conhecimento dos fatores que predispõe o aparecimento de uma úlcera por pressão, ou mesmo quando já temos a lesão instalada, torna-se necessário o estabelecimento de metas e um planejamento que nos direcione a um tratamento que seja específico, de acordo com a característica tecidual, estágios da lesão entre outros elementos; bem como possa direcionar nossas ações de forma a estabelecer processo avaliativo contínuo que nos leve ao estabelecimento de ações preventivas e não somente curativas.

Sendo assim, sabemos que na assistência a saúde, em sua grande maioria, os profissionais tem como prática desenvolverem suas ações voltadas para as atividades de recuperação e tratamento do cliente, e assim deixa a desejar, algumas vezes, em intervenções voltadas para os aspectos preventivos ou de profilaxia. Pressupomos que tais fatos se dêem em virtude de conhecimentos deficientes, ou mesmo falta de treinamento para detecção precoce das úlceras por pressão.

Outro ponto a considerar é que no âmbito da legislação, e podemos dizer das responsabilidades da Enfermeira, estão inclusos os cuidados com a manutenção da integridade da pele. Com isto fica evidente a necessidade de desenvolvermos cuidados destinados a prevenção e manutenção da pele íntegra. E por isso, é fundamental conhecer a estrutura da pele e função da mesma como fundamento, tanto da prevenção como dos cuidados eficazes das feridas.

Neste sentido, tomamos por base a inserção da Escala de Braden na assistência ao cliente internado, uma vez que se trata de um instrumento que permite fazer uma avaliação minuciosa do cliente, no tocante a pele. Fornecendo assim, base para as intervenções preventivas, pois esta Escala trabalha com a avaliação de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão.

Por tudo isso, buscando estabelecer uma relação entre a prática do enfermeiro e as atividades preventivas voltadas para a prevenção de úlceras de pressão, é que traçamos como objeto de estudo: O conhecimento, pela Enfermagem, sobre o uso da Escala Braden na prevenção das úlceras de pressão.

Algumas escalas foram desenvolvidas por estudiosos, e estas tem por objetivo auxiliar o Enfermeiro numa avaliação profunda sobre o estado geral do cliente e seu grau de dependência.

Uma dessas escalas é utilizada e considerada por alguns profissionais da enfermagem como a mais completa: Escala Preditiva de Braden. Para a medida de prevenção das úlceras a utilização dessas escalas em uma rotina de enfermagem é de suma importância que os enfermeiros tenham conhecimento e utilizem em sua prática esta Escala, pois ela permite a realização de um levantamento dos problemas, planejamento dos cuidados e uma avaliação completa do cliente.

Além disso, com a utilização dessa escala, seguindo passo a passo, é possível avaliar entre outros itens, estado nutricional, nível de mobilidade, fatores de risco encontrados na pele, alterações do sistema circulatório. Após a avaliação, seguindo a escala item por item, o enfermeiro consegue chegar a uma pontuação final, a qual irá determinar o risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. E a partir desta premissa será possível elaborar um plano de cuidados para cada cliente, a partir do valor encontrado.

Com base em tais considerações, na assistência de Enfermagem e as interfaces entre conhecimento e prática preventiva das úlceras por pressão, levantamos a seguinte problemática, e temos a seguinte indagação:

Como a Enfermagem sistematiza a assistência na prevenção das úlceras de pressão?

Enfocamos esse problema devido ao fato de que a maioria das lesões tem como principal causa os fatores extrínsecos, os quais podem ser evitados, ou mesmo controlados pelo Enfermeiro para evitar o surgimento de uma lesão. E assim a prática em sua maioria mostra

que as lesões surgem após a admissão hospitalar. Então, podemos inferir que algo equivocado poderá estar acontecendo na assistência hospitalar, o que pode ser comprovado pelo fato de que as úlceras de pressão se desenvolvem, em sua maioria, após admissão hospitalar. Configurando-se assim, em uma problemática diretamente relacionada à assistência de enfermagem.

As equipes prestadoras de cuidados de saúde deverão possuir os conhecimentos necessários para identificação e quantificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que são causadores das úlceras de decúbito. Um elemento que poderá ser de grande utilidade e através do uso de um sistema de pontuação adequado, o qual permitirá realizar uma avaliação prévia, e assim determinar cuidados preventivos. Além disso, os encargos inerentes aos cuidados com as feridas crônicas, em termos de tempo despendido pelo pessoal e de materiais gastos, são enormes e poderiam ser melhor investidos em esforços planejados voltados para a prevenção.

É difícil calcular o custo real dos cuidados com as úlceras de pressão, o qual estão relacionados ao tempo de internação, materiais, pessoal treinado. Porém, devemos nos ater também há um custo não revelado, o qual está inserido no âmbito emocional da família e do cliente assistido, assim em termos de dor, vergonha da lesão, baixa da auto estima e sofrimento. Um dado importante é exposto em um estudo Inglês, o qual revela em seus estudos que o custo do tratamento de úlceras de pressão pode chegar a 750 milhões libras por ano. Essa quantia é maior que o custo revelado do tratamento de doenças cardíacas no Reino Unido (500 milhões de libras por ano). E ainda segundo o autor Dealey²

O autor Preston calculou o custo das úlceras de pressão nos pacientes de uma comunidade, em um determinado distrito. Ele sugere que o distrito "perde" 250 mil libras por ano tratando este tipo de paciente. O custo de um colchão adequado para evitar mais danos de tecido após a alta ou durante a internação é de 450 libras, o que indica que a prevenção é mais barata que a cura.

Neste sentido, os estudos apresentados pelos autores acima, reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações direcionadas para práticas preventivas ao surgimento de úlceras de pressão. E ainda contribuem para argumentar quanto à necessidade de investimentos em treinamento e práticas preventivas em saúde. Por isso o desenvolvimento de estudos sobre o custo da saúde pode funcionar como um dos elementos de avaliação dos cuidados empregados.

Por tudo isso, o presente estudo defende a hipótese de que muitos enfermeiros não conhecem as escalas preditivas, em especial a escala de Braden, que auxiliam na prevenção do aparecimento das úlceras de pressão, pois são armas eficazes e instrumentalizam enfermeiro para o processo de cuidar da pele em clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Sendo assim, insistir com a equipe de enfermagem e com os enfermeiros sobre a realização de curativos baseados em técnicas rigorosamente assépticas é uma das prioridades e necessidades da assistência, bem como a atualização profissional para o processo de cuidar e tratar das lesões da pele como as úlceras. Porém, há uma importância ainda maior de se levar em consideração, que é o aspecto preventivo das úlceras por pressão, e por isso acreditamos que o conhecimento, ou mesmo o reforço na utilização das Escalas Preditivas, são armas eficazes em nosso cotidiano para a prevenção e o controle de úlceras. Neste sentido, levando em consideração nossa premissa, traçamos como objetivos:

- * **Identificar** o que os Enfermeiros conhecem a respeito da escala preditiva de Braden;
- * **Comparar** o que sabem com o que fazem para prevenir as úlceras de pressão.

Acreditamos que nosso estudo traga contribuições para os enfermeiros, dando subsídios para a prática da prevenção das úlceras por pressão, através da utilização das escalas preditivas. E assim possam estabelecer planos de cuidados voltados para a prevenção. Outra questão assistencial, é que possibilitará ao enfermeiro realizar treinamentos em sua equipe, voltados para a prevenção de úlceras, e assim poderá interferir reduzindo o tempo de hospitalização de alguns clientes. E desta maneira contribuirá para a assistência de enfermagem.

No tocante a pesquisa, nosso estudo visa fomentar estudos voltados para a prevenção de úlceras de pressão, estimular o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática, uma vez que pesquisa gera pesquisa, e lança novas lacunas do conhecimento que necessitam de estudos que fundamentem a prática de enfermagem.

E no que se refere ao ensino, esta vertente é fundamental, pois acreditamos que o estudo possibilite incitar discussões sobre a temática, e ainda a inserção mais detalhada no que se refere aos conteúdos programáticos das disciplinas, enfocando a dinâmica da prevenção das úlceras nos estudos da graduação em enfermagem. E assim buscando incentivar e incutir no mercado de trabalho, enfermeiros preparados para os dilemas da assistência de enfermagem.

ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS

As tentativas humanas de intervir no processo de cicatrização das feridas, acidentais ou provocadas intencionalmente como parte da realização de procedimentos, remontam à antiguidade, demonstrando que desde então já se reconhecia à importância de preveni-las de forma a evitar que se complicassem e repercutissem em danos locais ou gerais para o paciente.

Hoje se sabe, que algumas lesões são decorrentes de fatores inerentes a doença e ao estado do paciente de alto risco, no entanto a maior parte do problema pode ser evitado através do uso de materiais e equipamentos adequados para alívio da pressão, cuidados adequados com a pele e considerações com aspectos nutricionais. A presença de úlcera de pressão tem sido considerada um indicador de qualidade de serviço de saúde na América do Norte e Europa e esforços tem sido feitos para o estabelecimento de diretrizes que norteiem a prática visando a redução do problema.

A ferida crônica foi definida por Fowler in Dealey³ como: uma ferida onde há déficit de tecido como resultado de uma lesão duradoura ou com reincidência freqüente. Apesar dos cuidados médicos e de Enfermagem, essas feridas não cicatrizam facilmente. Elas têm mais probabilidade de aparecer nas pessoas idosas ou nas pessoas com problemas sistêmicos múltiplos. As feridas crônicas provocam grande desconforto e muita dor.

De acordo com Dealey³ *Uma úlcera de pressão pode ser descrita como uma lesão localizada da pele provocada pela interrupção do fornecimento de sangue para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção ou uma combinação das três.*

Durante muito tempo as úlceras de pressão foram consideradas como falta de tratamento e, particularmente, consequência de uma enfermagem ruim, conforme já dizia Florence

Nightingale. Ela encarava as úlceras de pressão como culpa da enfermeira e não da doença. Um famoso médico francês: (Charcot) achava que os médicos não podiam fazer nada em relação a elas.

Essa atitude hoje em dia está mudando e há uma consciência maior, tentando-se descobrir a verdadeira causa, ao invés de se colocar a culpa em outra pessoa. No entanto, a Enfermagem continua tendo responsabilidades com essa ocorrência.

Anatomia e Fisiologia da Pele

Pele, o maior órgão do nosso organismo, tendo em média, no adulto, uma área total de 2m, pesa aproximadamente 2.7kg. recebe 1/3 do volume de sangue circulante, é ativa, sendo suas funções vitais para a manutenção dos mecanismos de defesa contra doenças. É o revestimento do corpo, formando uma barreira protetora contra o meio externo, ao mesmo tempo em que mantém a homeostase. Secreta e excreta água e produtos metabolizados, participa da regulação da temperatura corporal, contém terminações nervosas sensitivas, participando do feedback sensorial para equilíbrio, proteção contra ferimentos, defesa contra organismos patógenos, sendo portanto, indispensável à vida humana.

Kreutz e Silva⁴ referem que:” O fato de a pele nos ser familiar e palpável, não significa que seja simples e que a conhecemos adequadamente. Tampouco, que saibamos cuida-la ou trata-la dessa mesma forma.”

A manutenção da sua integridade é um processo complexo porque numerosos fatores influenciam a sua habilidade para prover adequadamente suas funções, a exemplo da idade, exposição a radiação ultravioleta, hidratação, medicações, nutrição, danos entre outros.

Dealey³ enfatiza a necessidade do conhecimento da estrutura e função da pele como fundamento, tanto para a prevenção, quanto para os cuidados eficazes da ferida. Wysocki e Bryant⁵

Reforçam essa afirmativa, referindo que o conhecimento básico sobre a estrutura e função da pele dá à enfermeira a capacidade para distinguir, baseadas em dados coletados através de entrevista e avaliação do paciente, cada tipo de dano a pele e, partir daí, iniciar prevenção e tratamento.

A pele possui duas camadas: a epiderme, mais superficial, e a derme, subjacente aquela. A derme é rica em fibras colágenas e elásticas que dão a pele a capacidade de distender-se quando tracionada, voltando ao seu estado original quando a tração é interrompida. É ricamente irrigada, possuindo uma extensa rede de capilares e nervos. Repousa na tela subcutânea, que é rica de tecido adiposo. O tecido adiposo varia de acordo com a parte do corpo. É mais espesso no sexo feminino do que no masculino e tem como funções impedir a perda de calor, e fazer a reserva de material nutritivo.

A pele possui também numerosas glândulas sudoríporas, sebáceas e folículos pilosos. As glândulas sudoríporas estão localizadas na derme ou tela subcutânea, tendo como função a regulação da temperatura corporal, porque sua secreção, o suor, absorve calor por evaporação da água, possuindo também um longo e tortuoso ductor secretor que atravessa a epiderme, abrindo-se na superfície da pele por meio de poros. As glândulas sebáceas localizam-se na derme, sendo sua secreção conhecida como sebo, que serve para lubrificar a pele e os pelos.

A cor da pele depende da quantidade de pigmentação, da vascularização e da espessura dos estratos mais superficiais da epiderme. Entre os pigmentos encontrados na pele, a melanina é o mais importante e sua quantidade varia com a raça, com a pigmentação após inflamação, exposição ao calor, aos raios solares e ao raio-X.

Prevenção de úlceras

As prevenções das úlceras de pressão foram e continuarão sendo um cuidado importante na Enfermagem, e por que não dizer: retrata a qualidade da assistência de enfermagem. Compreender a prática do cuidar só é possível a partir de uma concepção holística, ou seja, um cuidar que veja diante de si a pessoa integralmente.

Todos os pacientes confinados ao leito por períodos prolongados, com disfunção motora e sensitiva, com uso de sedativos, presença de edema, atrofia muscular e redução do coxim estão propensos a desenvolver úlceras de pressão. Por esses motivos faz-se necessário implementar atividades diárias de prevenção de úlceras para esses pacientes. Segundo Stei⁶:

Avaliar o nível de mobilidade, tônus muscular ou pressões locais prolongadas e força de cisalhamento; Verificar alterações do sistema circulatório; A avaliação diária do paciente, cabe ao Enfermeiro a inspeção e descrição individualizada dos locais críticos e dos demais fatores de risco, relacionados ao desenvolvimento das úlceras de pressão e esclarecer um quadro de identificação que consiste em:

Avaliar as condições gerais da pele ao menos duas vezes ao dia; Avaliar as áreas quanto à resposta de palidez; Identificar os fatores de risco, observando pressão, eritema, umidade, erupções; Avaliar o estado nutricional, hidratação, imunodepressão, incontinência e traumas múltiplos; Identificar alterações do hematócrito, hemoglobina, bioquímica do sangue e valores de albumina sérica; Registrar aspectos importantes

Escalas Preditivas

Com a intenção de colaborar na prevenção de úlceras de pressão, dando subsídios para que os enfermeiros pudessem mais objetivamente indicar quais os pacientes que correm risco para desenvolvê-las, vários pesquisadores elaboraram escalas para predizerem o risco para sua formação. Entre as mais citadas estão as de Norton, de Gosnell, de Waterlon e a de Braden.

A primeira escala a se desenvolvida foi a de Norton no início dos anos 60. A escala consiste de cinco fatores de risco: condição física, estado mental, mobilidade e incontinência. Cada um dos fatores de risco é dividido em vários níveis, e cada nível é pontuado numa escala de 1 a 4, com uma ou duas palavras descritas para cada nível. A soma dos cinco níveis produz um escore que pode variar de 5 a 20, com um baixo escore indicando risco aumentado.

Gosnell, em 1973, fez uma adaptação da escala de Norton, acrescentando nutrição e retirando condição física. A escala de Gosnell, está constituída também de cinco fatores de risco: estado mental, incontinência, mobilidade, atividade e nutrição, contendo três ou mais palavras ou sentenças descritivas para cada fator de risco.

Além disso, a autora também estudou algumas variáveis adicionais, tais como temperatura corporal, pressão sanguínea, cor e aparência geral da pele, medicação e diagnóstico médico, embora não as tenha incluído na pontuação. A faixa de pontuação possível para a escala de Gosnell varia de 5 a 20, quanto mais baixo for este escore o paciente apresentará risco.

Segundo Dealey³, a escala mais amplamente utilizada nos hospitais do Reino Unido é a *pontuação de Waterlow*. Esta pontuação está constituída por maior número de fatores de risco que a de Norton e a de Gosnell, levando em consideração: constituição/peso para altura, continência, áreas visuais de risco/tipo de pele, sexo/idade, mobilidade apetite, má nutrição dos tecidos, débito neurológico, cirurgia de grande porte/trauma e medicação.

A escala de Braden é bastante utilizada nos Estados Unidos da América e Brasil, também é única escala validada no Brasil. Ela é composta de seis sub escalas.

De acordo com Dealey³, As escalas de risco são úteis, trazendo *benefícios na avaliação sistemática do paciente, devendo a equipe de enfermagem ter o cuidado de utilizar as medidas preventivas cabíveis quando o paciente é considerado de risco.*

Segundo a autora, essa avaliação deve ser regular e não ocasional, como é o caso de sua aplicação unicamente na admissão do paciente.

A pontuação de Braden (Amplamente utilizada nos EUA, Brasil), foi demonstrado que ela tem uma sensibilidade maior e é mais específica do que outras escalas. Porque de acordo com a escala de Braden são avaliados seis fatores de risco no paciente, entre eles: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Cisalhamento. Ao fim da avaliação chegamos a uma pontuação, que nos diz: Abaixo de 12 = Risco elevado, 13-14 = Risco moderado, 15-16 = Baixo risco. Associado a essa avaliação, segundo Braden a outros fatores que devem ser analisados: Uso de Corticóide, Neoplasias, Desidratação, Diabete Mellitus, Insuficiência Renal, Insuficiência Cardíaca, DPOC, Traumas Múltiplos, Sedação, Obesidade ou Caquexia.

Esse modelo de indicador de risco acima mencionado é voltado para hospitais e não se encaixa imediatamente no cenário comunitário. Para este foi desenvolvido um outro indicador, que não vem ao caso nesse momento.

Paranhos & Santos⁷, validaram no Brasil a escala de Braden para a língua portuguesa. Constataram ao realizar testes de sensibilidade, especificidade e validade preditiva positivo e negativo, na primeira avaliação dos pacientes, que o escore 13 foi o melhor preditor, que chegou mais próximo da validade ideal. Foi feita uma segunda avaliação, 48 horas após a primeira, o escore de 11 foi o que obteve melhor desempenho, com 68% de sensibilidade e 84% de especificidade, validade preditiva de 78% para teste positivo e 76% para teste negativo. Na última avaliação, o escore 13 apresentou melhor predição para testes positivos de 80% e negativos de 94%.

Não foram feitos estudos sobre a confiabilidade desse modelo, porém apesar das críticas feitas, há benefícios em se utilizar um método sistemático de avaliar e identificar pacientes com risco de desenvolver úlceras de pressão. A importância de uma avaliação regular dos pacientes, ao invés de avaliações ocasionais. Deve-se observar também que, uma vez que o paciente é classificado como sendo de risco, é preciso tomar atitudes preventivas. A ausência dessas atitudes pode fazer com que o Enfermeiro seja acusado de quebra do código de ética, Tiago⁸.

Rotina de Prevenção

Para as medidas de prevenção das úlceras é necessário que seja utilizada uma rotina de prescrição de enfermagem, elaborada após um período de aprofundamento sobre o assunto, realizada e respeitada por toda equipe multidisciplinar. A mesma consiste em: Levantamento do problema; Levantamento dos cuidados; e a Avaliação.

Na internação do paciente o Enfermeiro realiza uma inspeção geral, incluindo a escala de Braden e o exame físico: Observa a integridade da pele, o estado geral do paciente, considera os fatores de risco e registra os dados junto a evolução diária do paciente. A partir daí especifica as rotinas de prevenção, que incluem:

- A pele deverá ser limpa no momento que se sujar. Evite água quente e use um sabão suave para não causar irritação ou ressecamento da pele. A pele seca deve ser tratada com cremes hidratantes de uso comum.
- Evite massagens nas regiões de proeminências ósseas se observar avermelhamento, manchas roxas ou bolhas, pois isto indica o início da úlcera e a massagem vai causar mais danos.
- Se a pessoa não tem controle de urina use fraldas descartáveis ou absorventes e troque a roupa assim que possível.
- O uso de um posicionamento adequado e uso de técnicas corretas para transferência da cama para cadeira e mudança de decúbito podem diminuir as feridas causadas por fricção. A pessoa precisa ser erguida ao ser movimentada e nunca arrastada contra o colchão.
- As pessoas que não estão se alimentando bem precisam receber uma complementação alimentar para que não fique com deficiências que podem levar a pele a ficar mais frágil.
- As mudanças de posição ou decúbito deve ser feita pelo menos a cada duas horas se não houver contra- indicações relacionadas às condições gerais do paciente. Um horário por escrito deve ser feito para evitar esquecimentos.
- Travesseiros ou almofadas de espuma devem ser usadas para manter as proeminências ósseas longe de contato direto um com o outro. Os calcanhares devem ser mantidos levantados da cama usando um travesseiro debaixo da panturrilha.
- Quando a pessoa estiver em decúbito lateral, deve-se evitar a posição diretamente sobre o trocanter.
- A cabeceira do leito não deve ficar muito tempo na posição elevada para não aumentar a pressão nas nádegas, o que leva ao desenvolvimento da úlcera de pressão.
- Se a pessoa ficar sentada em cadeira de rodas ou poltronas use uma almofada de ar, água ou gel, mas nunca use aquelas almofadas que tem um orifício no meio, pois elas favorecem o aumento da pressão e a presença da ferida.
- Use um colchão especial que reduz a pressão como colchão de ar. O colchão caixa de ovo aumenta o conforto mais não reduz a pressão. Para a pessoa que já tem a úlcera o adequado é o colchão de ar.
- Diariamente deve-se examinar a pele da pessoa que pode ter úlceras. Se apresentar início de problema não deixar a pessoa sentar ou deitar encima da região afetada e procurar descobrir a causa do problema para que não agrave.
- Para o tratamento da úlcera é preciso uma avaliação do profissional do estágio da ferida porém, em todos os casos lave somente com soro fisiológico ou água, não use sabão, sabonete, álcool, merthiolate, mercúrio cromo, iodo.

Os cuidados e a prevenção das úlceras de pressão devem ser uma preocupação constante dos profissionais motivando-os a procurar informações e buscar novos recursos que permitam racionalizar o tratamento e oferecer ao paciente a melhor assistência possível.

Para que isso possa ser efetivo, se faz imprescindível orientar e educar todos aqueles que prestam alguma influência no processo de prevenção-tratamento-cicatrização. Todos precisam entender a causa, os fatores predisponentes, conhecer os mecanismos de prevenção e as condições ideais para a cura. Os profissionais, os familiares, os educadores e o paciente tem que estarem cientes de todos estes aspectos para que somem forças e contribuam positivamente em todo processo de prevenção.

METODOLOGÍA

Para desenvolver nosso estudo, delineamos o caminho metodológico, onde a abordagem de nosso estudo é quantitativa, se encaixando dentro da tipologia dos estudos de caso e de natureza descritiva. E sendo assim, a pesquisa foi realizada em uma instituição pública do Município de Nova Friburgo, de médio porte, classificada como Hospital Geral. O **cenário** especificamente analisado foi a Unidade de Terapia Intensiva, local onde encontramos mais pacientes com alto grau de dependência e que desenvolvem mais facilmente úlceras de pressão.

Para obtenção de dados, analisamos as rotinas diárias implementadas e realizadas pela equipe de Enfermagem neste setor e também, foi utilizado um questionário, que foi respondido por parte da equipe de enfermagem lotada nesta Unidade de Terapia Intensiva.

Quanto ao momento de entrada no campo, propriamente dito, foi utilizada uma estratégia proposta por Cruz Netto⁹, *no sentido de vencer os obstáculos que podem dificultar ou até mesmo inviabilizar essa etapa da pesquisa*. Esta estratégia consiste na apresentação e discussão da proposta de estudo com o grupo envolvido, para esclarecê-los sobre o que pretendemos investigar e as repercussões positivas do processo de investigação. Ainda, segundo este autor, deve ser estabelecida uma relação de troca e o pesquisador deve ter sempre em mente que: *a busca das informações que pretendemos obter está inserida em um jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo e que foge a obrigatoriedade*.

Após apresentação e discussão do projeto de pesquisa com os membros da equipe de enfermagem, foram selecionados como sujeito da pesquisa aqueles que aceitaram participar da mesma. E estes são todos os membros da equipe de enfermagem alocados neste setor, inclusive acadêmicos e residentes de enfermagem, num período mínimo de 5 dias e no máximo não determinado, estes trabalham nesta Unidade de Terapia Intensiva. Além disso, têm contato contínuo e diário com pacientes internados neste setor e com grande probabilidade de desenvolverem úlceras de pressão.

Todas as pessoas participantes da pesquisa tiveram acesso ao termo de consentimento, no qual estão contidos os objetivos do estudo, o tema e problema propostos, além das justificativas e contribuições dessa pesquisa. Além de acesso facilitado, ao termo de consentimento, este também foi devidamente assinado pelo contribuinte da pesquisa, assim como determina a resolução 196/96.

Analizando os dados...

Visando dar continuidade ao nosso estudo, utilizamos como instrumento para a coleta de dados um questionário. E este foi passado a um total de 11 pessoas, as quais eram

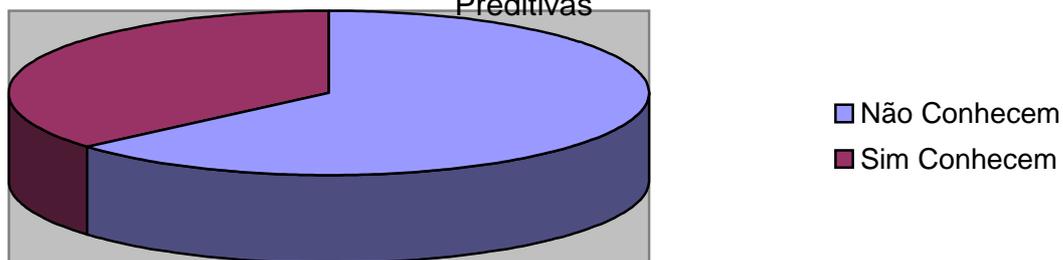
membros da equipe de Enfermagem. E estes responderam ao instrumento, consentindo também em participar do estudo.

Neste sentido buscando atender as premissas investigativas do estudo pudemos perceber vários aspectos da assistência, no tocante a utilização de escalas preditivas e a assistência de enfermagem voltada para o cuidado de úlceras por pressão, e a partir destes pensamentos nos foi possível perceber que:

- 1) A grande maioria dos participantes da pesquisa não utiliza nenhuma escala preditiva na prevenção das úlceras de pressão, vale a pena lembrar que esta pergunta foi destinada apenas para os Enfermeiros desta Unidade de Terapia Intensiva. Pois, somente Enfermeiros estão habilitados para aplicarem a escala de Braden e avaliar diariamente o paciente, baseado na mesma.
- 2) Também é fato, de acordo com o que responderam, que não conhecem a escala preditiva de Braden ou qualquer outra.

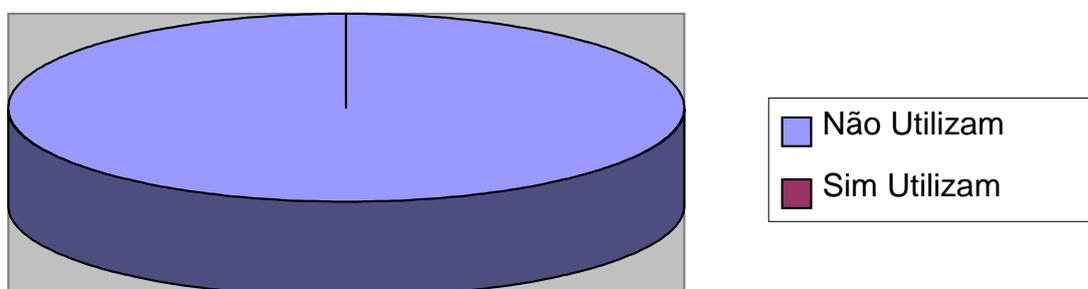
Sendo assim, percebe-se que, 90,9% dos questionários respondidos diziam que não utilizam qualquer escala preditiva em sua prática diária, apenas 0,1% utiliza. Já, com relação ao fato de conhecerem a escala de Braden, foi diferente: 63,6% não conhecem, enquanto que 36,4% conhecem ou já ouviram falar a respeito da escala preditiva de Braden. Os gráficos abaixo mostram mais claramente essas proporções.

Gráfico 01: Referente ao Conhecimento Sobre Escalas Preditivas



Fonte: Coleta e Tabulação de dados

Gráfico:02: Referente a utilização das Escalas Peditivas



Fonte: Coleta e Tabulação de dados

Prosseguindo a análise de dados: Foi perguntado o seguinte: Que cuidados de Enfermagem você emprega no controle da umidade?

Dentre as respostas selecionadas, pode-se distribuí-las nas seguintes categorias: Troca de fralda periódica, troca de lençóis, uso de jontex e uso de sonda vesical. A resposta que foi utilizada um maior número de vezes foi à troca de fraldas periódicas, ou seja, o cuidado de enfermagem mais empregado nesse setor com o objetivo de prevenir a umidade constante da pele é a troca de fraldas.

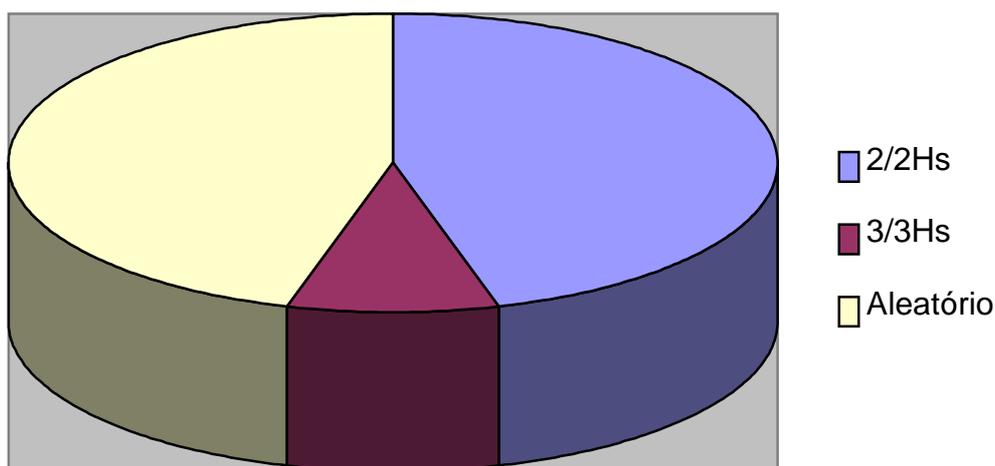
A partir daí é possível destacar o seguinte: em momento algum os membros dessa equipe de enfermagem se preocupam em manter uma temperatura ambiente ideal, ou seja, utilizar o ar condicionado, isso por se tratar de um ambiente fechado e com pouca circulação de ar. Sendo assim, os pacientes podem apresentar uma predisposição maior à sudorese.

Quanto à otimização do uso de comadres ou patinhos é mais difícil, pois segundo os membros da equipe: na maioria das vezes os pacientes estão com o nível de consciência diminuído e por isso fazem constantemente o uso de fraldas.

De acordo com as respostas cedidas pela enfermagem deste setor, com relação à avaliação nutricional do paciente (pergunta de número 8), foi unânime, todos responderam da mesma forma: o paciente não é avaliado nutricionalmente. De acordo com informações colhidas junto à chefia de Enfermagem do setor, não há um trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional, com o objetivo de se prevenir as úlceras de pressão. Normalmente, enfermagem e nutrição não trabalham em conjunto.

Já com relação à pergunta de número 9, que investigou o tempo estabelecido para a realização da troca de decúbito e obtemos algumas variações nas respostas como mostra o gráfico nº03 abaixo:

Gráfico 03: Referente à Variação Tempo para Mudança de Decúbito



Fonte: Coleta e Tabulação de dados

De acordo com o gráfico acima podemos observar que 45.5% das respostas são referentes à mudança de decúbito dentro do período de 2/2 horas, a qual se encontra dentro dos

parâmetros recomendados para a prática preventiva. Pois é sabido que o tempo máximo que um cliente dependente poderá permanecer na mesma posição é de duas horas, uma vez que um tempo superior a este repercute em lesões de estágio I.

De acordo com vários estudos a prática da mudança de decúbito representa uma forte aliada no combate à úlcera por pressão, pois de acordo com Dealey³ ao realizar a mudança de decúbito estaremos interrompendo um processo de hipoxia celular (local), pressão sobre os tecidos, interrupção do fluxo sanguíneo e a sensação de ardência, queimação e dormência localizada. E assim interfere no processo de necrose e surgimento da lesão.

Outro dado importante é a questão de que 45,5% dos participantes do estudo apontam que a mudança de decúbito é realizada de acordo com as condições dos clientes, e da equipe de enfermagem.

Também foi perguntado a essas pessoas que cuidados são empregados para diminuir a pressão e o cisalhamento. Praticamente todos responderam que apenas é utilizado nesse setor o colchão casca de ovo (quando possível) e o uso de coxins, independente se o paciente tem alto risco para desenvolver úlceras de pressão, ou não.

A partir dessas informações pode-se perceber que a equipe de enfermagem desta Unidade de Terapia Intensiva não utiliza qualquer roteiro ou seguimento para prevenir as úlceras de pressão e que os cuidados empregados para a prevenção das mesmas são feitos de forma automática e de acordo com as condições de trabalho oferecidas pela instituição. Condições essas que são carentes de materiais, utensílios hospitalares e mão-de-obra especializada.

Observando a prática...

Num segundo momento foi feita uma observação direta da rotina diária de cada plantão. Durante alguns dias permaneci no setor por algumas horas num período diário e, também num período noturno.

A observação direta tinha por objetivo descobrir quais os cuidados implementados pela equipe de enfermagem desse setor para se prevenir as úlceras de pressão, a partir daí seria possível alcançar o segundo objetivo desse estudo: comparar o que sabem com o que fazem para prevenir as úlceras.

As rotinas executadas são simples e basais, acredito seja devido às poucas condições de trabalho existentes nesse setor. Durante esse período pude perceber que a enfermagem possui certo conhecimento a respeito da etiologia das úlceras de pressão e como é importante sua prevenção, porém não há ênfase nas atividades para que se possa prevenir as mesmas, por exemplo: no setor até é preconizado realizar a variação de decúbito de 2/2hs (dependendo do paciente), porém a mesma só acontece 2x por plantão. Alguns plantões até fazem mais de 2x vezes, mas pelo que pude perceber, é mais comum só acontecer 2 ou 3x, no máximo por plantão.

Outra coisa interessante de se analisar é que, apesar de só existir uma Enfermeira no setor, os técnicos e auxiliares, mesmo sem saberem acabam fazendo o exame físico diário do paciente e inspecionam detalhadamente a pele do cliente em questão, pelo menos 2x por dia. Normalmente isso acontece durante o banho (pela manhã) e antes da passagem de plantão.

Já o uso do colchão casca de ovo só ocorre quando a família se prontifica a adquiri-lo. Este não é cedido pela instituição. Sendo assim, só aqueles que têm condições financeiras, podem usufruir de seus benefícios.

É importante destacar que a equipe de enfermagem tem plena e total consciência da importância do uso deste colchão, tanto é que durante o momento da admissão, a primeira coisa que logo providenciam é o contato com a família para que essa o adquira.

Como a instituição em questão dispõe de recursos humildes esse é um dos poucos artifícios existentes para a prevenção das úlceras. Artifícios existentes em hospitais super bem equipados, como colchão de ar e pneumático é praticamente impossível de acontecer.

Como já foi dito anteriormente não há um trabalho efetivo e em conjunto da enfermagem com o serviço de nutrição. Desta forma, a avaliação nutricional da pele não é feita. Isso do ponto de vista nutricional. Pois, quanto à avaliação da perfusão periférica da pele, esta sim é feita constantemente pela enfermagem.

De acordo com a rotina observada, pude perceber que o cuidado de enfermagem mais utilizado para o controle da umidade da pele do paciente é a troca de fraldas periódicas e o controle da diurese por meio de sonda vesical. A observação só veio a comprovar o que os participantes da pesquisa responderam no questionário (instrumento citado anteriormente).

A enfermagem usa proteção contínua para as protuberâncias ósseas, porém este cuidado só acontece para aqueles pacientes mais desprovidos nutricionalmente de tecido adiposo, pois esta proteção é feita com coxins e pedaços de colchão casca de ovo. Mas como estes utensílios são escassos, nem sempre se pode oferecer a todos os clientes.

Todos os dias, impreterivelmente o paciente é avaliado pela escala de Glaslow, Isso quem o faz normalmente é a Enfermeira ou o médico plantonista.

A pele dos pacientes é hidratada com óleo se girassol ou óleo canola, esse é um cuidado preconizado pela chefia do setor, pois através de estudos anteriores com o uso do óleo de girassol e canola, foi comprovado que essas soluções têm um alto poder hidratante e cicatrizante em feridas que não estão infectadas.

Já a aplicação de pomada em região genital só acontece quando há necessidade, ou seja, quando o paciente, por algum motivo desenvolveu qualquer assadura nessa região, fora isso não é tido como rotina.

Outro cuidado importante que pude perceber é que a enfermagem está sempre atenta aos locais no corpo do paciente que possam estar com possíveis contenções. Também há uma avaliação cuidadosa para que os lençóis estejam sempre muito bem esticados. Isso também se deve ao fato de na instituição ser uma rotina “amarrar os lençóis” e não, usar a dobra. Desse jeito eles estão sempre bem esticados, e na unidade ainda acontece uma particularidade a de não se usar oleados, apenas traçados de pano.

E, finalmente a última rotina a ser observada é se a enfermagem está sempre atenta quanto ao posicionamento correto do paciente no leito ou cadeira. Isso também acontece com freqüência, às equipes se preocupam em posicionar corretamente os pacientes que estão inconscientes, e aqueles que estão se comunicando, sempre se preconiza o seu bem estar.

Considerações Finais

Após a coleta dos dados e análise dos mesmos é possível concluir que: A instituição, como já foi dito é carente de materiais, utensílios hospitalares e mão-de-obra especializada. Por esses e outros motivos, o trabalho da equipe de enfermagem fica prejudicado. Mas também é preciso destacar que a equipe em questão também é carente de reciclagens e cursos de especialização.

O trabalho desempenhado pelo corpo da enfermagem desse setor em prol da prevenção das úlceras é simples e basal, mas também é o melhor que estes podem fazer. Pois, lhe faltam ainda algum conhecimento científico sobre causa e prevenção das úlceras de pressão e condições melhores de trabalho.

De modo geral, a pesquisa foi muito proveitosa. Pois, pude conhecer as carências existentes nessa instituição e os problemas enfrentados pela equipe de enfermagem dessa Unidade de Terapia Intensiva, no seu dia a dia cotidiano.

Além disso, pude levar ao conhecimento a existência da escala preditiva de Braden, sua importância, e como esta pode se tornar uma arma poderosa nas mãos de uma enfermagem bem treinada, que implementa as suas ações.

Outra ponto importante foi que, as ações preventivas executadas neste setor, mesmo sendo simples e basais é, de certa forma, eficiente e atenua o aparecimento das úlceras de pressão. Também se faz necessário citar que as hipóteses formuladas e os objetivos traçados, para a execução deste estudo, foram realmente confirmados. Realmente, as equipes de enfermagem realizam as rotinas de prevenção de úlceras de úlceras de forma automática, sem seguir qualquer roteiro ou orientação detalhada. Também não há treinamento para a realização desta prática.

REFERÊNCIAS

- 1- BRUNNER, Lillian Sholtis, SUDDART, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. Tradução: André Luis de Souza Melgaço. 8.ed. Rio de Janeiro, Guanabara. 2000.
- 2- DEALEY, Carol, **Cuidando de Feridas um guia para as Enfermeiras**. Tradução: Eliane Kanner. São Paulo, Atheneu. 1996.
- 3- DEALEY, Carol, Fatores extrínsecos que afetam os cuidados com feridas crônicas. Revista **Nursing**, out/1999.
- 4- KREUTZ, I., SILVA, L. **Pele: Grande, importante e esquecida pelo enfermeiro**. *Pelle Sana*, v.1, nº4, Maio/Junho. 1999.
- 5- WYSOCKI, t, BRYANT, I. **Feridas**, São Paulo. Ateneu 2000
- 6- STEI, Dirce, Prevenção de Úlceras de pressão: uma maneira Barata e Eficiente de Cuidar. Revista **Nursing**, jan/2001.
- 7- PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V. L. C.G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.33, p.191-204,1999, Número especial.
- 8- TIAGO, Francisco, **Feridas Etiologia e Tratamento**. 4ª ed. São Paulo.
- 9- CRUZ NETTO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 6º ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia