

Úlceras por pressão - Das causas aos cuidados

Pressure ulcers - From causes to care

Silvana Abrantes Vivacqua¹

1. Mestre em Avaliação (Fundação Cesgranrio, 2011), Especialista em Gestão Hospitalar (ENSP, 1996), Especialista em Gestão Pública (Universidade Candido Mendes, 2009), Enfermeira (UFRJ, 1983). Assessora de Qualidade, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad.

Endereço para correspondência: Av. Brasil, 500, Rio de Janeiro, telefone (21) 2134-4921, e-mail: svivacqua@into.saude.gov.br.

Resumo

Este artigo trata do tema úlceras por pressão mediante uma revisão da literatura pertinente. A revisão, na área da saúde, abrangeu fatores causadores de úlceras, estágios e tipos de úlcera, cicatrização, cobertura para tratamento, medidas preventivas, aspectos legais, escala de Braden, custos, diretrizes básicas do Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Lesões, além da atuação da equipe de enfermagem quanto ao conhecimento sobre as implicações da úlcera por pressão, suas consequências no que se refere à responsabilidade profissional, à segurança do paciente e qualidade no cuidado. Conclui-se que resta aos profissionais e organizações assumirem a responsabilidade no monitoramento sistemático das medidas de prevenção e tratamento das úlceras por pressão, promover a atualização constante da equipe multiprofissional e esclarecer pacientes e familiares sobre o autocuidado.

Palavras-chave: úlcera por pressão, enfermagem, prevenção & controle.

Abstract

This article focuses on the topic pressure ulcers. The review of literature included factors that cause ulcers, stages and types of ulcer, healing, coverage for treatment, prevention, legal aspects, Braden scale, costs involved in the treatment, basic guidelines of the Institutional Protocol for the Prevention and Treatment of Injuries, besides the performance of the nursing

staff regarding knowledge about the implications of the pressure ulcer, its consequences with regard to professional responsibility, patient safety and quality care. It was concluded that professionals and organizations in the health area have to take responsibility in the systematic monitoring of the measures of prevention and treatment of pressure ulcers, promoting continuous updating of the multidisciplinary team and clarifying patients and families about self care.

Key words: pressure ulcer, nursing, prevention & control.

Apresentação prévia: Artigo baseado em capítulo da Dissertação de Mestrado Profissional em Avaliação, de Silvana Abrantes Vivacqua, *Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: um estudo avaliativo do cuidado de enfermagem*, 2011, Programa de Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio.

Introdução

O declínio da taxa de fecundidade, a diminuição da taxa de mortalidade e o aumento da expectativa de vida se refletem diretamente no perfil da população, ou seja, no envelhecimento desta. Este é um fenômeno que acontece tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento. No entanto, o envelhecimento nem sempre é saudável. Estudos realizados no Brasil mostram que cerca de 90% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e, em torno de 10%, até cinco tipos dessas enfermidades (SILVESTRE; COSTA, 2003). No caso das úlceras por pressão, observa-se que têm aumentado com o envelhecimento da população, estando associadas às doenças crônico-degenerativas, consideradas como um dos fatores predisponentes (DEALEY, 1996).

As úlceras por pressão constituem motivo de preocupação para as instituições e profissionais da área da saúde, notadamente no que diz respeito à enfermagem, pelo envolvimento direto desta no cuidado prestado aos pacientes (HAMPTON; COLLINS, 2005). A equipe de enfermagem desempenha papel preponderante, pois através do tratamento e sistematização do cuidado responde pelas ações de preservação da integridade da pele.

Objetivo

Pela relevância do tema, este artigo tem por objetivo apresentar, à luz da literatura, os protocolos de prevenção de úlcera por pressão e as implicações para a assistência de enfermagem.

Segundo Ohnishi (2001, p. 78), a úlcera por pressão é definida como “lesão ocasionada pela pressão exercida na área corporal e que reduz o fluxo sanguíneo levando à isquemia e eventualmente, provoca trombose capilar e prejuízo da nutrição da região sobre pressão provocando necrose tecidual”.

Metodologia

Para elaboração do artigo, foi realizada uma revisão bibliográfica abrangente, sobre fatores de causa das úlceras, estágios e tipos de úlceras por pressão, cicatrização, coberturas, medidas preventivas, aspectos legais, escala de avaliação, custos e o papel da enfermagem no cuidar.

Foram objeto dessa revisão fontes bibliográficas pertinentes, o que incluiu legislação do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Internacional de Enfermagem, documentos

provenientes de organismos como *Agency for Health Care Policy Research*, *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, *GNEAUPP*, *Joint Committee International*, livros, artigos publicados e dissertações no tema focalizado. As fontes foram consultadas no período de maio a dezembro de 2011 e podem ser verificadas nas referências bibliográficas do presente artigo.

Fatores Causais

Além das doenças crônicas, os idosos também se defrontam, rotineiramente, com as alterações anatômicas e funcionais impostas por sua natural maturação biológicas que, associadas a essas doenças, podem levar à restrição de sua mobilidade e, conseqüentemente, à perda de sua autonomia, criando situações de dependência de cuidadores (DUARTE; DIOGO, 2000).

Existem fatores que contribuem para formação da úlcera por pressão, entre eles o aumento da pressão na proeminência óssea, diminuição da mobilidade do paciente, percepção sensorial, excesso de umidade, e ainda fricção que é a força de duas superfícies deslizando uma sobre a outra, resultando em abrasão ou queimaduras, podendo formar bolhas. No caso de pacientes que são incapazes de se reposicionarem sem ajuda, isso se torna um fator agravante devido à permanência na mesma posição com pressão constante. Muitos pacientes usam fraldas e o fator umidade e a fragilidade da pele sob pressão aceleram a possibilidade de afetar a integridade da pele. O cisalhamento é a ação da gravidade e fricção. Como o paciente é mantido em posição sentada no leito e o dorso escorrega para baixo, assim a pele sobre a região sacral permanece estática devido à fricção ao leito. Há então a obliteração dos vasos e isquemia.

Vale ressaltar que vários desses idosos, anteriormente à sua admissão, já se encontravam em internação domiciliar sob os cuidados de pessoas sem formação profissional em enfermagem. Essas pessoas são, primordialmente, familiares, em sua maioria, mulheres. Porém, muitas vezes essa responsabilidade fica delegada a pessoas contratadas pela família, ou voluntários, denominados cuidadores (DUARTE; DIOGO, 2000).

A avaliação da integridade da pele no momento da admissão hospitalar e diariamente é uma das principais medidas preventivas uma vez que há o monitoramento desde o início da hospitalização, podendo imediatamente implantar ações que evitarão futuras lesões. Prevenir, segundo Leavell e Clark (1976, p. 17) é a “ação antecipada, baseada no conhecimento da

história natural a fim de tornar improvável o progresso da doença”. Desse modo, o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão, bem como das ações preventivas, oferecem o suporte necessário para que tais ações sejam eficazes na sua prevenção.

Estágios e Tipos de Úlceras por Pressão

Segundo Cândido ([2006]), diferentes são os estágios em que as úlceras por pressão são divididas, dependendo do aspecto e da evolução.

No estágio I, há eritema não branqueável de pele intacta (Figura 1). Fatores como a descoloração da pele, calor, edema e dureza também podem ser considerados indicadores, especialmente em indivíduos com pele mais escura.

O estágio II envolve o tecido subcutâneo exibindo uma ruptura na pele através da epiderme e derme (Figura 2). Caracteriza-se por abrasão, bolha ou cratera superficial, necrose juntamente com o represamento venoso e trombose, edema visível, dor, extravasamento de pouco exsudato e pele adjacente vermelha ou escurecida.

Figura 1: Estágio I.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

Figura 2: Estágio II.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

Figura 3: Estágio III.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

Figura 4: Estágio IV.



Fonte: EPUAP e NPUAP (2009).

No estágio III, há perda da espessura total da pele podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até a fáscia subjacente, mas sem a atingir totalmente (Figura 3).

No estágio IV, há a destruição extensa, necrose dos tecidos, ou lesão muscular, óssea ou das estruturas de apoio, com ou sem perda da espessura total da pele (Figura 4).

Os primeiros sinais de uma possível lesão de pele que pode evoluir para úlcera por pressão aparecem nas áreas próximas às grandes proeminências ósseas, como região sacral (decúbito dorsal), trocanter maior do fêmur (decúbito lateral direito ou esquerdo), tuberosidade do ísquio (sentado), calcâneo (decúbito dorsal) e maléolos externos (decúbito lateral direito ou esquerdo), cotovelos, joelhos, nádegas, escapular, entre outras (BOSQUEIRO et al., 1999). As ulcerações surgem na forma de pequeno eritema, podendo evoluir rapidamente para a fase de formação de vesículas que necrosam. Tendem a aumentar de tamanho se a região não for protegida.

Em um estudo conjunto, o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (Painel Europeu Orientador sobre Úlcera por Pressão - EPUAP) e o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (Painel Nacional Orientador sobre Úlcera por Pressão - NPUAP) desenvolveram um Sistema Internacional de Classificação das Úlceras por Pressão com o intuito de facilitar o estudo e orientação da comunidade internacional (EPUAP; NPUAP, 2009). Decidiram classificar as úlceras por categoria. A NPUAP, entidade norte-americana, utiliza duas novas categorias além das quatro já conhecidas. A primeira é denominada não classificável ou sem possibilidades de ser estadiada, caracterizada pela perda de tecido e de toda a sua espessura em que a profundidade real da úlcera é no leito da ferida com necrose de coagulação. Para a EPUAP esta categoria se compara ao grau IV. A segunda categoria para a NPUAP é a suspeita de lesão de tecido profundo. Nesse caso, a profundidade é considerada desconhecida por causa da área localizada púrpura ou marrom da pele intacta e descolorida, ou com bolha cheia de sangue devido aos danos dos tecidos moles subjacentes de pressão e/ou de cisalhamento. As lesões de tecidos profundos podem ser difíceis de serem detectadas em indivíduos com tons de pele escura. A evolução pode incluir uma bolha fina ao longo de um escuro leito da ferida.

A úlcera por pressão se desenvolve com facilidade, necessitando de cuidados preventivos com a pele e devendo ser mantida, conforme ensina Ohnishi (2001, p. 78-79),

seca, limpa, hidratada, com as proeminências ósseas livres de pressão contínua, evitando-se contato de pele com pele, com posicionamento anatômico do corpo, mobilização passiva e ativa, realização de massagem de conforto, proporcionar exposição ao raio solar, hidratação do cliente de acordo com a necessidade individual, alimentação protéico-vitamínico e hidratação oral.

A finalidade do tratamento de feridas é a proteção contra agentes externos, sejam eles físicos, químicos, ou biológicos. Antes, acreditava-se que as feridas deveriam ser mantidas secas. Com a evolução dos estudos, contestou-se esta idéia, “demonstrando que a manutenção do meio úmido entre o leito da ferida e a cobertura da mesma, favorece e aumenta a velocidade de cicatrização” (BOSQUEIRO et al., 1999, p. 7). Winter (1962 apud BOSQUEIRO et al., 1999, p. 7) demonstrou que as enzimas como proteinases e colagenases dão suporte às células para que possam chegar às áreas úmidas onde há fibrina. BOSQUEIRO e outros (1999, p. 7) definem ainda a “epitelização como migração celular, o meio úmido favorece as condições fisiológicas para a cicatrização”.

Cicatrização

Para o tratamento dos diversos tipos de feridas, é necessário compreender o processo de cicatrização, para então selecionar os curativos adequados. Para Dealey (1996), os estágios da cicatrização são divididos em inflamação, reconstrução, epitelização e maturação. A úlcera por pressão é um dos diversos tipos de ferida que, quando identificada e tratada adequadamente, tem o processo de cicatrização bem desenvolvido.

De acordo com Guyton (1981), índices de pressão exagerados, em determinada região do corpo, causam oclusão capilar, que desencadeia diminuição do suprimento sanguíneo, de nutrientes e de oxigênio aos tecidos. A quantidade de pressão externa necessária para causar o colapso capilar deve exceder a pressão de 35 mmHg. Outros fatores podem intervir no processo de cicatrização, como incontinência fecal e urinária, diarreia, demência, caquexia, obesidade, edema de membros inferiores acentuados e anasarca (BORGES, 2001).

Dispositivos Utilizados para Prevenção e Tratamento da Úlcera por Pressão

Existem dispositivos utilizados para prevenção e outros para tratamento. O curativo primário é definido como aquele que é aplicado diretamente sobre o leito da lesão e que necessita de outro curativo como cobertura. Já o secundário, é o curativo utilizado para fechar e fixar o curativo primário. Nele pode-se utilizar gaze estéril, atadura ou algum tipo de adesivo (EAGLSTEIN, 1990 apud GOMES; BORGES; SAAR, 1999).

Atualmente existem diversos tipos de curativos de alta tecnologia entre eles: biomembrana, carvão ativado impregnado com prata, colágeno com alginato de cálcio, hidrogel (FERIDAS, 2006; BOSQUEIRO et al., 1999; OHNISHI, 2001). A escolha do tipo de tratamento e modificações quanto ao tipo de curativo devem respeitar critérios e considerar não só o processo evolutivo da lesão, mas também fatores econômicos e técnico-operacionais.

Medidas Preventivas

Estudos apontam para a utilização de instrumentos de predição de riscos e, como abordado anteriormente, defendem que o início da prevenção se dá quando os riscos são identificados, permitindo, dessa forma, a adoção de medidas preventivas individuais e eficazes.

O cuidado com a pele, como a higiene e limpeza da pele nas trocas de fralda, deve ser feito com frequência que não permita maceração da pele pelo excesso de umidade. O uso de hidratantes, pomadas e óleos previne o ressecamento, ou também a utilização de barreiras proporcionadas por protetores cutâneos, filmes e hidrocolóides. Essas são consideradas medidas valiosas para o controle da agressão à pele ocasionada pela umidade, pois mantêm uma barreira física na interface entre pele e superfícies (BERGSTROM et al, 1992; HESS, 2002).

É importante refinar a avaliação dos riscos de indivíduos submetidos à cirurgia, examinando os outros fatores que podem ocorrer e irão aumentar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, incluindo o tempo de duração da operação, baixa temperatura durante a cirurgia, reduzida mobilidade no primeiro dia e no pós-operatório. Recomenda-se um colchão de redistribuição de pressão na mesa de operação para todos os indivíduos identificados como estando em risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Existem várias superfícies de apoio operacional na sala que incentivam a redistribuição de pressão.

A nutrição foi outro aspecto considerado importante pelos pesquisadores como medida preventiva na formação de úlceras por pressão. Estudos apontam alta prevalência de má nutrição em pacientes de risco e indicam que o uso de suplementação nutricional pode acelerar o processo cicatricial de úlceras em estágios III e IV (BERGQUIST, 2005; SORIANO et al., 2004).

Vale ressaltar a importância da avaliação nutricional logo no momento da admissão, pois muitas vezes, principalmente em pacientes idosos, há necessidade de uma reposição nutricional. Portanto, a atenção com a quantidade e a qualidade dos alimentos oferecidos e efetivamente aceitos é fundamental para uma avaliação nutricional que permita um aporte

calórico-protéico adequado às necessidades do paciente, aspecto essencial na manutenção da turgidez e integridade cutâneas.

Com relação ao uso de medicamentos durante a internação, as drogas vasoativas provocam vasoconstrição periférica, diminuindo a irrigação nos tecidos. As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, imunossupressoras, anticoagulantes, antiinflamatórias, antineoplásicas e outras alteram o processo cicatricial.

Um planejamento de mudança de decúbito e mobilizações, adequado às características individuais, e a constante investigação e proteção das proeminências ósseas, em especial de pacientes idosos ou emagrecidos, são considerados cuidados indispensáveis à prevenção. Diversos autores (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY RESEARCH, 1992; CALIRI, 1997; ROSELI, 2003) descrevem as principais medidas de prevenção de úlceras por pressão, que podem estar sendo implementadas através da assistência de enfermagem. Dentre estas, destacam-se que a pele deve ser limpa preferencialmente no momento que se sujar ou em intervalos de rotina, e que se deve minimizar a exposição da pele à umidade devido à incontinência urinária, perspiração ou drenagem de feridas.

Alguns autores consideram que a utilização de superfícies de suporte e alívio da carga mecânica de grande importância e tem o objetivo de proteger o paciente contra os efeitos adversos de forças mecânicas externas como pressão, fricção e cisalhamento (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY RESEARCH, 1992). Deste modo, qualquer indivíduo acamado que seja avaliado como estando em risco para ter úlcera por pressão, deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações relacionadas às condições gerais do paciente. Um horário por escrito deve ser feito para que a mudança de decúbito e o reposicionamento sistemático do indivíduo sejam feitos sem esquecimentos. Deve-se manter a cabeceira da cama em um grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas do paciente. Se não for possível, deve-se manter a elevação máxima de 30°, limitando a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada. Para aqueles pacientes que não conseguem ajudar na movimentação ou na transferência e mudanças de posição recomenda-se usar o lençol móvel ou o forro da cama para a movimentação, ao invés de puxar ou arrastar o paciente.

Qualquer indivíduo avaliado como estando em risco para desenvolver úlcera por pressão deve ser colocado em um colchão que redistribua o peso corporal e reduza a pressão como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água.

Aspectos Legais

Um estudo realizado por Soldevilla Agreda e Navarro Rodrigues (2006) sobre os aspectos jurídicos relacionados às úlceras por pressão fez referência à adoção de protocolos para uniformizar práticas e implantar medidas uniformes onde os profissionais adotaram medidas preventivas e curativas com base em diretrizes práticas. Como acertadamente assinalaram Pancorbo e colaboradores (apud SOLDEVILLA AGREDA; NAVARRO RODRIGUEZ, 2006, p. 211):

um recurso importante para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão são os protocolos e planos de ação específicos, os protocolos de intervenções preventivas contribuem significativamente para a redução da incidência da úlcera por pressão. Falta de protocolos de gestão leva ao aumento da variabilidade da prática clínica e leva, em muitos casos, à implementação das intervenções inadequadas, que podem causar à responsabilidade legal a instituição.

Se o profissional de saúde tem sua diretriz, torna-se mais fácil a adoção de uma conduta uniforme ao invés de fazer uso de sua intuição. Pode-se fazer referência também à frequente mudança que ocorre no quadro de funcionários. Muitas vezes um profissional é treinado para tratar das lesões e trabalha em um setor que desenvolve outra atividade, ou é remanejado por falta de um membro em outra equipe. Em outros momentos, o número de profissionais é inadequado à complexidade do cuidado em uma unidade ou setor. Estes fatos fazem com que a prática do profissional não seja adequada à necessidade do paciente.

Hoje se procura constituir, na instituição de saúde, a comissão de curativos, a fim de através de profissionais especializados, padronizar os insumos e orientar condutas. Há de se salientar a responsabilidade do gestor quando deixa faltar os insumos para o tratamento, pois a descontinuidade do tratamento pela falta da cobertura adequada agrava o estadiamento da ferida, principalmente associada ao quadro clínico do paciente. Existem no mercado diversos produtos novos comprovados em sua eficácia em tratados científicos. Cada vez mais há a divulgação de dados epidemiológicos e indicadores que denotam a qualidade do cuidado prestado.

No Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International* (2011) representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), existem padrões internacionais que avaliam o planejamento e o cuidado prestado, recomendam a avaliação inicial do paciente, monitoram indicadores inclusive para as úlceras por pressão, recomendam a avaliação da dor, a orientação do familiar e do paciente

para medidas educativas, não só no ambiente hospitalar, como no domicílio, dando continuidade ao cuidado. Apresenta, também, exigências com relação a qualificação e avaliação de desempenho dos profissionais, buscando o atendimento à legislação em termos de formação, atualização e atribuições definidas de acordo com descrição de competências, buscando a segurança do paciente e a qualificação dos profissionais que atuam na organização.

O Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009) menciona que o médico deve fornecer informações ao paciente. O médico deve coordenar a informação e a assistência com o caráter de principal parceiro, apesar de, neste momento, a lei não o diga expressamente, sem prejuízo de outros profissionais envolvidos no processo de cuidados (médicos especialistas, psicólogos, enfermeiros, etc). Cada Conselho possui sua diretriz de exercício profissional. Não cabe unicamente ao médico a responsabilidade. A equipe multiprofissional tem sua responsabilidade. Desde o momento que o paciente é admitido no hospital, a equipe de enfermagem deve, através de avaliação inicial, coletar dados, avaliar a integridade da pele e fazer a avaliação de risco. Caso seja indicada uma necessidade de suporte nutricional, mais outro membro da equipe deverá estar presente. Assim, através do plano de cuidados de enfermagem, com médico, nutricionista e fisioterapeuta a conduta é traçada e a assistência prestada e registrada.

Crescem diariamente os recursos judiciais devido a falhas no cuidado. Todos os profissionais estão comprometidos caso ocorram sanções de suas obrigações legais, mesmo com a presença de médico, pois, mais tarde, na verificação de relato em prontuário, todas as evoluções são levadas em consideração.

Na Espanha, a Lei nº. 41 dos Direitos dos Pacientes ressaltou o reconhecimento do dever de relatório pela equipe de enfermagem (2002 apud SOLDEVILLA AGREDA, 2006). Esta obrigação legal tem cobertura na citação do artigo 4.3 da Lei dos Direitos dos Pacientes para indicar que "os profissionais que atuarão durante o processo de cuidado [...] também são responsáveis por informar" (o paciente) e (isto) tem se refletido em alguns das mais recentes legislações regionais. Assim, e de forma mais explícita, a Lei dos Direitos dos Pacientes de Castilla y León (2002 apud SOLDEVILLA AGREDA, 2006, não paginado) reza que:

devem também assumir a responsabilidade no processo de informação ao paciente todos os profissionais que tratam ou aplicam uma determinada técnica ou procedimento, com a participação especial da enfermeira responsável no seu processo de cuidado.

A informação inclui, pelo menos, a finalidade e a natureza de cada intervenção, seus riscos e consequências e sem prejuízo para o paciente. O registro das informações no prontuário servirá de base para defesa do profissional e proteção do paciente. “Deve ser verdade, não há lugar para mentir, compreensível e acessível para o paciente, e adequada às necessidades e exigências dos pacientes” (LLUCH, 2005, p. 17).

Os profissionais estão também mais esclarecidos assim como os pacientes. No Japão e nos Estados Unidos muito se tem falado sobre as ações judiciais devido às úlceras por pressão. Por sua vez, se há um desabastecimento no hospital, a responsabilidade pessoal não é eliminada. Condições básicas devem ser garantidas, defende Salvan (2006). Este mesmo autor faz referência ao problema que o profissional médico ou enfermeiro enfrentam muitas vezes ao fazer a prescrição e o registro na evolução médica ou de enfermagem, e sofrer sanções e punições pelo gestor do hospital. Tal situação evidencia a falta de estrutura para o tratamento na organização, sendo o profissional muitas vezes até demitido. Há de se pensar porque uma seguradora de saúde deveria pagar pelo tratamento de uma lesão adquirida no hospital durante a internação e que poderia ter sido prevenida.

Na ocasião de acusação judicial de lesão ou negligência por incidência da úlcera por pressão, o profissional deve se respaldar na verdade, revelando a qualquer juiz ou tribunal, que tomou todas as medidas necessárias para resolver as deficiências durante o tratamento e mostrar as evidências do registro no prontuário.

Na Espanha, em um consenso com as orientações gerais para a prevenção de úlceras de pressão, o Grupo Nacional para o Estudo e Assessoramento de Úlceras por Pressão e Feridas Crônicas (GNEAUPP, 2006), em sua última revisão, tem incorporado um alerta explícito referenciando o fato de registrar as avaliações de risco, cuidados, prevenção, as características especiais do paciente e da não disponibilidade de recursos materiais necessários para a prevenção. Esta é uma medida de assistência em matéria de proteção legal para os profissionais responsáveis pelo atendimento de pacientes com as demandas potenciais relacionados ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

Escalas de Avaliação

A aplicação de escalas de predição ou avaliação de risco para úlceras por pressão permite implementar guias ou protocolos que visem à prevenção. Sua utilização é indicada por vários autores, que afirmam que identificar o indivíduo de risco é o primeiro passo para a prevenção (BRADEN, 1997; DEALEY, 1996). Ao se identificar precocemente aqueles que possuem risco de desenvolver úlcera por pressão, implementam-se cuidados e uso de superfícies que

visem ao alívio da pressão, além de orientação à equipe ou aos cuidadores. Nesse caso, está-se efetivamente prevenindo-as.

A Escala Preditiva de Braden foi adaptada para a língua portuguesa com permissão da autora, Bárbara Braden, e é utilizada por alguns autores em artigos encontrados neste estudo (HESS, 2002). É composta de seis subescalas de variáveis. Através de uma pontuação atribuída a essas variáveis, onde a nota máxima é 23 pontos, considera-se que, abaixo de 16 pontos, o paciente apresenta um risco maior de desenvolver úlcera por pressão. As subescalas são percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Dessas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão: percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão: umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As primeiras cinco são pontuadas de 1 a 4; a sexta, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. O reconhecimento dos indivíduos em risco de desenvolver úlcera por pressão não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas também é importante o uso de um instrumento de medida, como uma escala de avaliação que apresente adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade.

Custos

No Brasil não se tem dados sobre prevalência nacional e muito menos sobre os custos e investimentos no setor saúde. Sabe-se que algumas seguradoras começam a questionar a responsabilidade dos prestadores quando um paciente adquire uma lesão no hospital.

É comum observar, na gestão das organizações de saúde pública no Brasil, métodos contábeis tradicionais e não um sistema que forneça ou oriente parâmetros para decisões administrativas e modernização gerencial.

A Agência para Normas e Pesquisa em Cuidados de Saúde (AHCCR, 2010) refere-se a uma taxa de prevalência de úlceras de pressão em serviços de cuidados agudos entre 3,5% e 29,5%, sendo que em termos de incidência os mesmos serviços apresentavam um intervalo entre 2,7% e 29,5%. Finalmente, Bale e colaboradores (2000) verificaram taxas de incidência entre 3,4% e 43% e taxas de prevalência entre 4% a 18,6% entre uma população de doentes hospitalizados. Tendo presentes estes dados, verifica-se que as úlceras por pressão se mantêm como uma situação comum nos diferentes ambientes de cuidados espalhados em todo o mundo, sendo que as taxas de prevalência sistematicamente se apresentam com variações consideráveis, mas sempre com valores elevados.

A Agência para Normas e Pesquisa em Cuidados de Saúde (AHCCR, 1994) indica como população de risco importante os quadriplégicos (60% de prevalência), doentes idosos

admitidos por fratura do fêmur (66% de incidência) e pacientes em estado crítico (33% de prevalência e 41% de incidência). Em seu estudo, Gouveia e outros (2004) chegam a algumas conclusões e questionamentos fazendo referência a situações em que se coloca em dúvida a prática frente a situações de exigências. Haveria condições de exigir cuidados preventivos efetivos sem a utilização de ferramentas adequadas, por exemplo, uma Escala de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão? E se tiver esta ferramenta e se detectar um indivíduo em risco, mas não existir, por exemplo, material de alívio de pressão? E se não existir número suficiente de enfermeiros para realizar posicionamentos de acordo com o protocolo? Não se deve esquecer o que custa mais na política de prevenção de úlceras por pressão que é o tempo de enfermagem.

Todas estas questões parecem pertinentes, pois a via a seguir é a da prevenção de úlceras por pressão. No entanto, apenas se podem esperar resultados a médio e longo prazo, mas que implicam gastos imediatos. Estarão as instituições e o governo preparados para tal?

O Processo de Cuidar em Enfermagem

O primeiro passo para prevenção é identificar os pacientes com maior risco de desenvolvê-las e o segundo passo é implementar medidas que reduzam as condições que predisõem o seu aparecimento (TIMBY, 2007).

No Brasil, o enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e na recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade. Dentro da enfermagem, encontram-se o auxiliar de enfermagem (nível fundamental) e o técnico de enfermagem (nível médio) com funções distintas, possuindo qualificações específicas, mas que atuam como equipe sendo extremamente importante o preparo de ambos.

A úlcera por pressão é um problema a ser considerado por todas as categorias profissionais, entretanto se destaca como um cuidado essencialmente da enfermagem, pois esta acompanha a evolução do paciente em todas as fases do cuidado (RABEH, 2001). Cabe ao profissional enfermeiro (a) a avaliação e a intervenção sistematizada, individualizada e diária dos pacientes, possibilitando-lhe atuar diretamente na prevenção e tratamento das úlceras por pressão, conferindo grande parte da responsabilidade de transformar a atual situação em melhoria para o paciente.

Muitas vezes, o profissional realiza procedimentos que planeja gastar um determinado tempo, por exemplo, uma troca de roupa ou fralda, mas o paciente tem novo episódio de evacuação e deve ser trocado novamente.

Em se tratando de úlcera por pressão é importante um aprofundamento do conhecimento sobre prevenção e tratamento de lesões para melhor identificar o problema, ter rapidez na tomada de decisão e instituição de práticas e protocolos atualizados (BERGSTROM et al.,1992).

Os resultados das ações de enfermagem vêm sendo desenvolvidos e aprimorados para se ter um instrumento unificador que represente a totalidade da prática de enfermagem em todos os setores, gerais e especializados, em diversas regiões geográficas e em todas as culturas. Para poder mensurar os tempos e movimentos e construir indicadores, várias sociedades internacionais vem ao longo dos anos, construindo modelos como, por exemplo, a Classificação de Ações de Enfermagem no Conselho Internacional de Enfermagem (1999), representadas por oito eixos: alvo, meio, serviços, tempo, topologia, lugar, via e beneficiário. Em estudo realizado por Salomé e Esposito (2008) sobre a experiência da vivência dos graduandos em enfermagem em estágio curricular, na prática de tratamento de feridas, os alunos se referiram a medo, insegurança e desconhecimento. As autoras deram ênfase a um processo de avaliação e capacitação constante, com a finalidade de desencadear gradativamente a conscientização dos profissionais para ter melhores formas de vivenciar o ambiente de trabalho, cada profissional oferecer envolvimento, afeto e solidariedade ao cliente.

O Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Lesões

As diretrizes básicas do Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Lesões que vinha sendo atualizado desde 2008 ainda se encontram em vigor. A definição adotada no Protocolo tem como referência a NPUAP (2007) e estabelece como úlcera por pressão “uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento”.

Perissé e outros (2011) apresentam as causas das úlceras, por fatores extrínsecos e intrínsecos, acompanhadas de justificativa (Quadro 1).

Quadro 1: Causas de úlceras por pressão

Fatores extrínsecos	Justificativa lógica
Pressão	Provoca oclusão dos capilares, isquemia local, comprometimento da nutrição celular, acúmulo de detritos metabólicos, morte celular e ulceração.
Fricção	Duas superfícies que se movimentam uma sobre a outra, favorecendo o aparecimento da lesão.
Cisalhamento	Exerce uma força paralela à pele e resulta da gravidade que empurra o paciente para baixo e da fricção ou resistência entre o paciente e a superfície de suporte.
Umidade	Altera o pH e a resistência da epiderme para forças externas.
Fatores intrínsecos	Justificativa lógica
Desnutrição	Menos tolerância às forças externas, compromete a cicatrização e diminui resistência à infecção devido ao efeito no sistema imunológico.
Uso de medicamentos	As drogas vasoativas provocam vasoconstrição periférica, diminuindo a irrigação nos tecidos. As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, imunossupressoras, anticoagulantes, antiinflamatórias, antineoplásicas, e outras alteram o processo cicatricial.
Edema	Dificulta a circulação e interfere no suprimento de nutrientes e oxigenação para a célula.
Imobilidade	A mobilidade é uma defesa natural do corpo contra a pressão, logo, uma diminuição na mobilidade ou imobilidade, predispõe ao cisalhamento e fricção.
Percepção sensorial	Lesões neurológicas, polineuropatias e lesões medulares.

Fonte: Perissé e outros (2011).

Medidas importantes para a promoção da integridade cutânea incluem avaliar a presença de fatores de risco (imobilidade, incontinência urinária e fecal, déficit nutricional, idade avançada, obesidade, caquexia, nível de consciência, uso de drogas - vasoativas, imunossupressoras, anticoagulantes, quimioterápicos).

É indicada a utilização da escala de pontuação de risco (Braden ou Waterlow), inspecionar a pele diariamente, e realizar medidas preventivas. Segundo o protocolo institucional existem ações associadas à justificativa lógica (Quadro 2).

Quadro 2: Ações preventivas para úlcera por pressão

Ação	Justificativa lógica
1. Manter o paciente seco e higienizado.	O contato com substâncias irritantes (no caso de incontinências, por exemplo), favorece o aparecimento de lesões.
2. Limpar a pele com água e sabão, evitando força e fricção, enxaguando cuidadosamente.	Evitar esfregar a pele previne e reduz a fragilidade tecidual.
3. Utilizar dispositivos para posicionamento do corpo e proteção das proeminências ósseas (coxins, travesseiros).	A localização das úlceras está associada às proeminências ósseas do esqueleto humano e à atitude postural do doente.
4. Evitar contraturas e posições viciosas.	Deve-se aliviar e/ou diluir a pressão no corpo, sem causar fricção, estiramento ou “pontos quentes”.
5. Mobilizar o paciente sempre em bloco - dois ou mais funcionários.	Existem regras e protocolos que estabelecem qual o número mínimo de elementos que deverão estar presentes em uma determinada situação e perante patologias determinadas.
6. Utilizar o lençol móvel (traçado) para mobilizar o paciente no leito sem arrastar.	A fricção e/ou estiramento da pele aumentam o risco de lesão.
7. Fazer escala de mudança de decúbito de 2 em 2 horas (utilizar o relógio de controle de decúbito).	A pressão e o tempo a que os tecidos ficam expostos e a isquemia são fatores determinantes no aparecimento de lesões.
8. Manter cabeceira da cama no máximo a 30 (caso clinicamente adequado).	A aplicação direta de pressão superior à pressão de encerramento dos capilares sobre a pele e tecidos moles vai provocar hipóxia em toda a região abrangida e, se a pressão se mantiver, anóxia tecidual.
9. Elevar completamente os calcanhares impedindo o contato com qualquer superfície (NÃO utilizar luvas com água sob os calcâneos).	Evita compressão prolongada, fricção e estiramento na área. O látex da luva seria área de contato com a pele.
10. Estimular ingestão hídrica se não houver restrições.	Uma boa alimentação e hidratação são fundamentais para a regeneração tecidual.
11. Estimular dieta adequada (contatar Serviço de nutrição).	Uma boa alimentação e hidratação são fundamentais para a regeneração tecidual.
12. Estimular a mobilização passiva (movimentação auxiliada) e/ou ativa (automovimentação).	Favorece a circulação, prevenindo a hipóxia tecidual.
13. Não massagear áreas hiperemiadas.	Os capilares já estão afetados.
14. Aplicar cremes ou soluções para umectação da pele íntegra (óleo vegetal, AGE).	Ajuda a revitalizar e manter o equilíbrio hídrico da pele, melhorando sua elasticidade.
15. NUNCA utilizar duas ou mais fraldas em pacientes incontinentes. NÃO utilizar fraldas em pacientes deambulantes e/ou lúcidos acamados (neste caso deve-se priorizar o uso de comadres).	A zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível.
16. Proteger regiões trocaterianas, sacra e calcânea com filme transparente de poliuretano ou hidrocolóide fino.	Previne a fricção e/ou estiramento do tecido dessas áreas.

Fonte: Perissé e outros (2011).

Conclusão

A existência de dados qualitativos e quantitativos com relação à realidade brasileira frente às úlceras por pressão ainda é escassa. Sabe-se que é um problema mundial, pois atinge igualmente países desenvolvidos. No tratamento, a atuação deve ser multiprofissional, pois a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial.

Percebe-se a importância do conhecimento de toda a equipe envolvida no cuidado e também do bom senso das unidades de saúde para o controle do problema, que pode ser evitado. No mercado já existem inúmeros produtos e dispositivos para a prevenção e tratamentos das úlceras por pressão, cada qual com sua especificidade, individualidade e custo, exigindo apenas conhecimento dos profissionais para a escolha adequada, no que uma Comissão de Curativos pode auxiliar.

Diante do exposto, a autora deste artigo conclui sobre a importância da informação e a atualização para todos os profissionais, em especial a equipe de enfermagem, sobre úlcera por pressão, sua prevenção e tratamento em pacientes acamados, orientação de familiares e cuidadores, pois somente assim se consegue a excelência no cuidado (VIVACQUA, 2011).

Referências

2. AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY RESEARCH. *Preventing pressure ulcers: a patient's guide*. Rockville, MD, 1992.
3. BALE, S.; HARDING, K.; LEAPER, D. *An introduction to wounds*. Emap Health Care Ltd, 2000. ISBN 1- 84244-034-9
4. BENNETT, G; DEALEY, C.; POSNET, J. T. The cost of pressure ulcers in UK . *Age Ageing*, Oxford, v. 33 .n. 3, 2004, Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprints/33/3/230>>. Acesso em: 4 nov. 2011.
5. BERGQUIST, S. The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care. *Appl Nurs Res*, New Jersey, v.18, n.3, p. 148-154, 2005.
6. BERGSTROM, N. et al. *Pressure ulcers in adults: prediction and prevention*. Clinical Practice Guideline: report n. 3. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1992. (AHCPR Publication, n. 93 -0013).
7. BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.5, n.2, p.182-187, São Paulo, 2004.
8. BORGES, E. L. et al. *Feridas como tratar*. Belo Horizonte: Coopmed. 2001.
9. BOSQUEIRO, C. M. et al. *Manual de tratamento de feridas*. Campinas, SP: Unicamp, 1999.
10. BRADEN, B. Risk assessment in pressure ulcer prevention. In.: KRANNER, D.; KANE, D. I. *Chronic wound care: health management publication*. [S. l.: s.n.], 1997. p. 29-36.
11. CÂNDIDO, L. C. Livro do feridólogo. Santos: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas, [2006]. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/>>. Acesso em: 4 nov. 2011.
12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. Dispõe sobre as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 set. 2009.
13. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. *Nursing's next advance: an*
14. international Classification System for Nursing practice (ICNP). Geneva,
15. Switzerland: ICN: Headquarters. 120, 1993.
16. DEALEY, C. *Cuidando de feridas um guia para as enfermeiras*. Tradução: Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 1996.
17. DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

18. EPUAP; NPUAP. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington, DC, 2009.
19. FERIDAS. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. (Série incrivelmente fácil).
20. GNEAUPP. *Documentos y guía*. Logroño, ES, 2006. Disponível em: <www.gneaupp.org>. Acesso em: 2 jun. 2011.
21. GOMES, F. S. L.; BORGES, E. L.; SAAR, S. R. C. Custo comparativo do tratamento de feridas. *R. Bras.Enf.*, Brasília, DF, v. 52, n. 2, p. 215-222, abr./jun.1999.
22. GUYTON, A. C. *Fisiologia humana*. 5. ed. Rio de Janeiro: Interamericana,1981.
23. GOUVEIA, J. C. et al. Estudo comparativo entre a escala de Braden e a escala de Norton. In: AMARAL et al. (Ed.). *Percursos de investigação*. Coimbra: Formasau, 2004. p. 87-96.
24. HAMPTON, S.; COLLINS, F. Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting. *British Journal of Nursing*, London, v. 14, n. 15, p. S6-S12, 2005.
25. HESS, C. T. *Tratamento de feridas e úlceras*. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.
26. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Accreditation standards for hospitals*. 4th ed. Oakbrook, Illinois, 2011.
27. KANAGAWA, K. et al. Prevalence of pressure ulcer of patient in home visiting nursing service. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, v. 45, n. 8, p. 758-767, 1998.
28. LLUCH, X. A. O direito do paciente à informação como condição de consentimento informado. Estatuto legal na Lei 41/2000 de 14 de Novembro, que regulamenta a autonomia do pacientes e direitos fundamentais e as obrigações em matéria de informação e documentação clínica. In: (Dir.). *O juiz civil para a investigação biomédica*. Madrid: CGPJ, 2005. p.17-125.
29. MENEGHIN, P.; LOURENÇO, T. N. A. A utilização da escala de Braden como instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes de um serviço de emergência. *Nursing*, v. 1, n. 4, p. 13-19, Sep. 1998.
30. OHNISHI, M. et. al. *Feridas: cuidados e condutas*. Londrina: Eduel, 2001.
31. PERISSÉ, V. et al. *Manual de lesões da Divisão de Enfermagem do Hospital Federal da Lagoa*. Rio de Janeiro: Hospital Federal da Lagoa, 2011.
32. RABEH, S. *Úlcera por pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem*. 2001. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
33. SALOMÉ, G.; ESPOSITO, V. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 882-827, nov./dez. 2008.

34. SALVAN, A. O que você está chegando. *Shemer*, v. 59, n. 1, p. 33-36, 2006.
35. SILVA, M. S. M. L. *Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados*. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1998.
36. SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun. 2003.
37. SOLDEVILLA AGREDA, J. J.; NAVARRO RODRIGUEZ, S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*, Madrid, v. 2006, vol.17, n. 4, p. 203-224, 2006.
38. TIMBY, B. K. *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
39. TORRANCE, C.; MAYLOR, M. Pressure sore survey. *Journal of Wound Care*, London, v.8, n. 3, p.101-105, 1999. Part 3: locus of control.
40. VIVACQUA, S.A. *Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: um estudo avaliativo do cuidado de enfermagem*. 2011, 86f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação) - Programa de Pós-Graduação em Avaliação, Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2011. Orientadora: Profa. Dra. Ligia Gomes Elliot.

Recebido em 17/09/2012
Versão final reapresentada em 06/11/2012
Aprovado em 07/11/2012