



UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano lectivo 2015/2016

AUTOR: Anita Almeida nº 3764

Sandra Gomes nº

Mindelo, 2016

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Intervenções de enfermagem para a prevenção das Úlceras de Pressão
(UP) nos utentes acamados no serviço de cirurgia

Docente: Anita Almeida, nº 3764

Sandra Gomes, nº

Orientador: Acélia Mireya Cáceres Monteagudo

Mindelo, 2016

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos filhos que são fonte da nossa inspiração.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar queríamos agradecer a Deus pela vida. Ó Deus, vós que nos estendeste a mão, guiaste e iluminaste os nossos caminhos, muito obrigada por nos levar a dar bons frutos.

A nossa professora orientadora Acélia Mireya Cáceres por todo este tempo disponibilizado para cada orientação e boas dicas que foram muito bem aproveitadas.

A todos os Professores que tivemos ao longo do curso e foram exemplos a seguir. Que estiveram envolvidos na nossa aprendizagem. Pelo acolhimento, carinho e pelas experiências partilhadas

A nossa Família por todo apoio incondicional e dedicação por ser a base que nos sustenta e nosso refúgio.

RESUMO

As úlceras de pressão têm um impacto significativo na qualidade de vida do utente com efeitos prejudiciais de ordem física, social, psicológica e de saúde em geral, além de causar prejuízos substancial a saúde pública global, acredita -se que a prevenção de úlceras de pressão constitui um factor crucial no aumento da qualidade de vida. Neste sentido tivemos como questão de investigação: de que forma os cuidados de enfermagem podem contribuir para a prevenção das UP nos utentes acamados? Traçamos como objectivo identificar as acções, realizadas pelos enfermeiros no serviço de cirurgia para a prevenção das úlceras de pressão nos utentes acamados. Utilizamos uma abordagem qualitativa, tendo como campo empírico o Hospital Dr. Baptista de Sousa, os sujeitos da amostra foram enfermeiros do serviço de cirurgia. Os resultados encontrados foram satisfatórios, pois foi possível constatar que neste local, são adoptadas diversas medidas para prevenção da ulceras de pressão nos utentes, tais como: mudança de decúbito cuidados com a pele (higiene, hidratação); controlo da humidade; manutenção da nutrição adequada; uso de equipamentos que aliviem a pressão em proeminências ósseas e utilização de colchão para redistribuição de peso corporal; a educação. Percebeu-se com este estudo que os enfermeiros apesar de terem conhecimento sobre as ulceras de pressão, vê-se uma grande necessidade de aperfeiçoar as práticas preventivas, pelo que o cuidado mais enunciado foi a mudança de decúbito. Como dificuldades foi evidenciado o número insuficiente de recursos humanos, a necessidade de investir nos meios materiais e também a falta de comprometimento da equipa na prestação de cuidados de qualidade.

Palavra-chave: Utentes acamados, úlcera de pressão, prevenção, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The ulcers have a significant impact on life quality of the patient with harmful effects of physical, social, psychological and general health, besides causing substantial damage to global public health, it is believed that the prevention of the pressure ulcers is a crucial factor in increasing the quality of life. With this we had as a research question, what the UP mean, for the quality of care nursing? We aim to identify the actions developed by the nurses for the prevention of pressure ulcers. We used the search method of exploratory field. From Nursing care can contribute to the prevention of PU in the bedside patient? We use a qualitative approach, having as an empirical field the Dr. Baptista de Sousa Hospital, the subjects in the sample were nurses from the chirurgic. The instrument of choice for data collection was the interview made to the Nurses with open questions, with questions based on the objective of the study. The results were satisfactory, since it was possible to several measures have been taken to prevent pressure ulcers in users, such as: reclining skin care (hygiene, hydration); control of humidity; maintaining adequate nutrition; use of equipment to relieve pressure in bony prominences and use of mattress for redistribution of body weight; the education. Conclusion Nurses, despite having knowledge about the ulcers of that this knowledge is deficient, so the statement was the change of decubitus which shows a great need to perfect preventive practices. Difficulties was evidenced by the insufficient number of human resources, the need to invest in material resources and also the lack of commitment of the team to provide quality care.

Keyword: Bedside users, Ulcer of pressure, prevention, interventions of nursing

LISTA DE SIGLAS

- B.on- Biblioteca on-line
- Bireme- biblioteca virtual em saúde
- CIPE- Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
- EPUAP- European pressure Ulcer Advisory Panel
- EUA- Estados Unidos da América
- GNEAUPP- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
- HBS-Hospital Doutor Batista de Sousa
- HEMORIO- Comissão de curativos
- HUSE- Hospital de Urgência de Sergipe
- ICE- Investigação Científica em Enfermagem
- LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDline- Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
- Medline- Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
- NHS- National Healthcare Service
- NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- PBE- Prática Baseada em Evidências
- PPPIA- Pan Pacific Pressure Injury Alliance Presión y Heridas Crónicas
- REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SciELO- Scientific Electronic Library Online

SNS- Sistema Nacional De Saúde

TFC- trabalho de fim de curso

UNI-M- Universidade do Mindelo

UP- Ulceras de pressão

UMCCI- Unidade de Missão para os cuidados continuados integrados

UPABE- Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação

Índice

Introdução.....	10
Problemática e justificativa	12
Capítulo I- Enquadramento teórico	16
1.Enquadramento teórico.....	17
1.1-Considerações sobre a Pele, suas Funções e Constituição (sistema tegumentar)	18
1.3- Classificação das UP	21
1.4- Etiologia/Fisiopatologia	23
1.5- Factores de risco.....	24
1.5.1- Factores intrínsecos	25
1.6- Avaliação de risco de UP	29
1.6.1- Escalas de avaliação do risco de UP	30
1.7- Intervenções de enfermagem.....	32
1.7.1- Problemática da UP em Contexto de Enfermagem.....	32
1.7.2- Avaliação, Inspeção e Cuidados com a Pele	35
1.7.3- Alternância de decúbitos/ Posicionamento adequado	37
1.7.4- Nutrição/hidratação	38
1.7.5- Mobilidade/Exercícios passivos a activos.....	40
1.7.6- Material de alívio de pressão.....	40
1.7.7-Apoio emocional	41
1.7.8-Ensino e treino dos cuidadores.....	42
1.8 Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).....	42
1.9- Tratamento	44
Capitulo II- Fase Metodológica.....	47
2.1.Tipo de estudo	48
2.2- Caracterização do campo empírico	49
2.3- Público-alvo	49

2.4- Métodos/Instrumentos de recolha de dados	50
2.5- Aspectos éticos	52
Capítulo III- Fase Empírica	53
3.1- Análise e Apresentação de dados	54
3.2- Discussão da análise de dados.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
Referencias Bibliográficas.....	67
Apêndice.....	73
Apêndice 1- Guião da entrevista	74
Apêndice 2- Termo de consentimento livre esclarecido	79
Apêndice 3-Pedido de autorização para realizar a pesquisa e consultar os dados estatísticos do HBS	80
Anexos.....	81
Anexo 1- Escala de Brandem	82

Índice de Quadros

Quadro:1- Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e as Intervenções de Enfermagem (NIC).....	39
Quadro:2- Categorias e subcategorias.....	54
Quadro:3 - perfil da amostra.....	55
Quadro:4- acções de prevenção apontadas pelos enfermeiros e o número de vezes que foi pronunciada.....	59

Introdução

O presente trabalho intitulada “Intervenções de enfermagem para a prevenção das Úlceras de Pressão (UP) nos doentes acamados no serviço de cirurgia no Hospital Doutor Baptista de Sousa (HBS)”, consiste no trabalho de fim de curso (TFC) para a Conclusão da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo (UNI-M) no ano lectivo 2015/2016. Sendo o mesmo para aquisição do título de Licenciado em enfermagem.

A necessidade de se estudar este tema advém do facto da ocorrência de úlcera de pressão (UP) nos utentes acamados ser um importante problema, que causa impacto tanto para os utentes como para suas famílias e para o próprio sistema de saúde com prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. Além de que, a prevenção das UP tem sido um grande desafio para os enfermeiros, considerado um problema grave, e um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Pois, poder ajudar um utente acamado na prevenção das UP não só estaria a fazer um grande benefício para o mesmo, mantendo a sua integridade cutânea, eliminando o sofrimento como estaria diminuindo os custos que o tratamento das UP iria acarretar para o sistema de saúde.

Em Cabo Verde apesar de existirem poucos dados estatísticos sobre o assunto constatou-se durante os anos a exercer a profissão de enfermagem, um aumento de pessoas com essas lesões. Tornando-se, portanto imprescindível investigar como a assistência e acompanhamento das UP estão sendo dirigidas pelos enfermeiros e pela equipa de saúde em geral. O que levou a reflectir sobre a importância da prevenção, do diagnóstico e o tratamento precoce, de modo a interromper o avanço da doença.

Neste sentido tivemos como questão de investigação: De que forma os cuidados de enfermagem podem contribuir para a prevenção das UP nos utentes acamados? Utilizamos uma abordagem qualitativa, tendo como campo empírico o Hospital Dr. Baptista de Sousa, os sujeitos da amostra foram enfermeiros do respectivo hospital, de ambos os sexos. O instrumento de escolha para colecta de dados foi a entrevista feita aos próprios enfermeiros com perguntas abertas, dispondo de perguntas com base no objectivo do estudo.

Finalmente, organizamos todos os dados adquiridos com as pesquisas, seguindo as normas para elaboração dos trabalhos escritos do livro Introdução a investigação científica do Albertino Graça em uso na universidade do Mindelo.

O trabalho encontra estruturado da seguinte forma: primeiramente, apresentamos a introdução, em seguida a problemática de estudo a pertinência e os objectivos; no primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico sobre os temas de interesse a partir de uma revisão da literatura realizada em livros de referência, artigos científicos disponíveis no banco de dados, como finalidade de buscar informações e discutir estratégias, baseadas em evidências, na actuação do profissional de enfermagem na prevenção das UP; o segundo capítulo dedica-se a descrição de todo percurso metodológico utilizado, incluindo o desenho do estudo, população, selecção de participantes com critérios de inclusão e exclusão, e caracterização da amostra, instrumentos e procedimentos para a recolha dos dados, bem como informações sobre o tratamento e análise aplicada; no terceiro capítulo apresentamos a fase empírica onde expomos a análise e apresentação de dados e a conclusão da análise de dados; e por último as considerações finais. O trabalho termina com os anexos e as principais referências bibliográficas usadas para a elaboração do presente trabalho

Problemática e justificativa

As úlceras de pressão têm sido relatadas, como sendo objecto de preocupação da enfermagem desde o seu início com Florence Nightingale, porém o problema continua sendo bastante comum em utentes cuidados nos hospitais (Pereira, Vargens, 2008, p.5). O enfermeiro tem grande potencial para reconhecer os problemas relacionados com a imobilidade, bem como em desenvolver acções preventivas e assistenciais. Sendo as característica dos enfermeiros a capacidade de planejar cuidados, realizar de actividades de promoção à saúde e prevenção de doenças dos indivíduos, visando não apenas a recuperação dos utentes, mas também a reinserção dos mesmos em seus contextos sociais, por ser este que mantém contacto próximo aos usuários dos serviços de saúde.

É um grande desafio a prestação de cuidados a pessoas com UP pois são feridas complexas e tem grande impacto nas vivências daquelas que as possuem, interferindo nas suas actividades de vida diária e pelo impacto psicológico e económico produzido pelas mesmas. Consequentemente para Brunner e Suddarth (2002) cit. Saatkamp (2012, p.21) a realização de um histórico de enfermagem detectando risco potencial para desenvolvimento de UP é de suma importância para sua prevenção.

Portanto este impacto traduz-se não só numa alteração da qualidade de vida da pessoa e da família mas também económico, visto que a pessoa terá de realizar os “pensos” o que imputa custos de transporte e de material tanto à pessoa como ao serviço nacional de saúde.

Em 1946, a OMS definiu saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esta definição é de grande importância na avaliação da qualidade de vida pois centra-se na percepção do indivíduo acerca do seu bem-estar. Como referido anteriormente UP têm consequências negativas na vida dos utentes e cuidadores, tanto a nível físico, social, psicológico, financeiro. Por isso as medidas preventivas são de suma importância como relata Miyazaki et al. (2010, p.3) “a prevenção melhora a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, reduzindo o sofrimento e os custos, quando comparados com o seu tratamento”.

O tratamento da ferida vai muito além do conhecimento técnico, do conhecimento de anatomia, dos vários pensos e tecnologias existentes, temos de ser sensíveis ao impacto que as feridas trazem para a vida das pessoas e das suas famílias.

A dor é um sintoma frequente em doentes com feridas e contribui para sofrimento e redução da qualidade de vida Miranda (2014, p.439). Uma vez que esta leva a perda do controlo sobre o corpo, assim como da vida social e do ambiente, onde o corpo começa a ser o centro da atenção Cainé, Pereira, (2014, p.454). Portanto conhecer e compreender os mecanismos da dor, como avaliar e controlar, é requisito obrigatório para o cuidado eficaz pois por ser um sintoma subjectiva é frequentemente negligenciada pelos profissionais de saúde.

Apoiando- se nesses vertentes e na necessidade de se preparar os enfermeiros para actuação frente a essa problemática, acredito na importância do tema em questão, pois o enfermeiro é o principal agente na promoção e prevenção da saúde, por estarem mais próximos dos utentes prestando cuidados holísticos. Portanto REPE (1992) no Artigo 4.º (Regulamento do exercício da prática de enfermagem) define enfermagem “profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional.” Além disso segundo a bibliografia consultada as UP são eventos adversos que acometem utentes hospitalizados, acamados e/ou com a mobilidade diminuída e estão directa e indirectamente relacionados com os cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

As UP constituem, actualmente, um grave problema de saúde pública. Segundo Miyazaki et al. (2010, p.3), as UP é um importante problema, devido aos elevados índices encontrados e aos custos emocionais e financeiros que acarreta. Oliveira, (2013, p. 6) defende que o tratamento das úlceras por pressão constitui um dispêndio financeiro muito maior do que as medidas preventivas, afirmado por Posnett e Franks (2007), citado EPUAP (2013, p.2) consideraram que no Reino Unido os custos das UP para o NHS (National Healthcare Service) estão entre £ 1.760 milhões e £ 2.640 milhões a cada ano, fazendo as UP o único e mais caro ferida crónica para o Serviço de Saúde. Esse problema não só atinge a faixa mais idosa, como também todas as faixas etárias da população. Tem-se observado a ocorrência das UP entre jovens e adultos em idade produtiva devido a elevação do número de acidentes, causando traumatismos graves incluindo lesões medular. Uma pesquisa desenvolvida por Brasileiro, et al., (2010 p.99) no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), que incluía 145 utentes, concluiu que 46,2% dos acidentados

encontravam-se na faixa etária de 21 a 30 anos e segundo Nogueira (2002), aproximadamente 40% dos utentes com lesões medulares que completam o seu tratamento desenvolvem úlcera por pressão.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) refere uma prevalência de UP em crianças hospitalizadas em internamento é de 0,47% a 13%. Schub et al. (2009) apud. Gil (2014, p.385).

Segundo Loureiro (2011,p.9), a EPUAP realizou um estudo piloto de prevalência de úlceras por pressão em vários hospitais de cinco países europeus, concluiu que, entre os 5.947 utentes examinados, 1.078 (18.1%) tinham uma ou mais úlceras de pressão. A Bélgica, a Suécia e o Reino Unido tinham valores de prevalência semelhantes, variando entre 21.1% e 23%. A prevalência de úlceras de pressão foi menor, tanto em Itália (8.3%) como em Portugal (12.5%). Este mesmo estudo afirma que prevalência global e de 18,1%.

Em Portugal os estudos estão em conformidade como mostra um estudo realizado em 2011 nos hospitais na região Norte de Portugal prevalência encontrada foi de 16,5%, com 27,42% das úlceras de pressão na categoria I, 28,7% na categoria II, 24,9% na categoria III e 18,9% na categoria IV. Maia (2012, p,50). E outro estudo feito em 2012 nas Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação (UPABE) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCC) a taxa de Incidência das UP foi de 1,02% e a taxa de prevalência, obteve-se um valor de 11,46%. Trindade (2013, ps. 95 e 98). A que referir estes estudos encontraram valores ligeiramente aproximados.

Cabo Verde carece de estudos publicados que abordam esse problema. Todavia, se reconhece que há muitas pessoas em condição de apresentar úlceras de pressão. Como aponta os relatórios estatísticos a população na faixa etária de 50 – 64 anos em 2008 foi 30.154 e em 2011 aumentou para 38.045, o que mostra um aumento da taxa de esperança de média de vida, e com isso, aumento progressivo do número de idosos visto que essa população em especial tem risco maior de adquirir UP, devido a sua vulnerabilidade pela questão da idade, envelhecimento dos sistemas orgânicos, ocorrência de doenças crônicas e degenerativas, problemas de imunidade e fragilidade do sistema tegumentar. Do ponto de interesse desta investigação tais estimativas confirmam a relevância do tema.

A pertinência desse trabalho é tanto maior quando nos temos colocado, perante a preocupante realidade da incidência e prevalência das Úlceras por Pressão no Hospital Dr.

Baptista de Sousa, mais precisamente nos serviços de Cirurgia, Medicina e Ortopedia. Contudo segundo informações oferecidas pelo departamento de estatística do Hospital Dr. Baptista de Sousa o número de casos de UP em 2011 foi 4 utentes, em 2012 foi 12 casos e em 2013 e 2015 foi 5 casos. O que mostra a falta de registo dos casos de UP.

Objectivos

A definição dos objectivos deve ser clara, específica e relacionada a um raciocínio teórico, permitindo nortear o foco da pesquisa. Portanto segundo Fortin (2009, p.160) “o enunciado do objectivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual o fim que o investigador persegue”.

Para responder a questão de investigação traçamos o seguinte objectivo geral: Identificar as ações, realizadas pelos enfermeiros do serviço de cirurgia para a prevenção das úlceras de pressão nos utentes acamados.

Objectivo específico:

- Identificar a percepção dos enfermeiros acerca das úlceras de pressão.
- Descrever as intervenções de enfermagem que visam a prevenção de úlceras de pressão nos utentes acamados.
- Identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação das acções de prevenção de úlceras de pressão.

Capítulo I- Enquadramento teórico

1.Enquadramento teórico

Neste capítulo pretende-se elucidar alguns elementos conceptuais associados ao tema com o objectivo de uma melhor compreensão da temática.

No actual contexto em que a enfermagem se insere, a nossa maior “arma de trabalho” é a nossa capital intelectual, portando é indispensável que o enfermeiro esteja actualizado e acompanha os avanços tecnológico na área de saúde. O enfermeiro é o profissional que planeja e coordena as actividades referentes ao processo de cuidado da enfermagem. Neste contexto, as pesquisas clínicas subsidiam a Prática Baseada em Evidências (PBE), que tem- se propagado como um novo modelo que busca ligar a prática clínica a melhor evidência científica disponível (Pini, 2012, p.45).

Para Friendland et al, (2001) citado por Domenico e Ide, (2003,p.116). Os elementos da Prática Baseada em Evidências são constituídos pelas técnicas de tomada de decisão clínica, pelo acesso às informações científicas e pela análise da validade dessas informações, principalmente averiguando os graus de eficiência e efectividade que possuem.

Sendo os enfermeiros, um dos profissionais responsáveis pela tomada de decisões, pelo gerenciamento relacionado tanto as práticas curativas quanto preventivas das UP, é necessário que o enfermeiro mantenha-se constantemente vinculado, as bases científicas do cuidado, a pesquisa, consciente da sua relevância para a prática (Sousa et al 2010, p.471).

Nesse sentido muitos autores abordam de maneira interessante sobre o que as UP representam no nosso dia-a-dia, enfatizando sobre a importância do cuidado de uma equipa multidisciplinar. Apesar da modernização dos cuidados de saúde as UP têm-se mostrado ainda motivos de muita preocupação devido a elevada taxa de incidência e prevalência, elucidado anteriormente.

1.1-Considerações sobre a Pele, suas Funções e Constituição (sistema tegumentar)

Achamos pertinente fazer uma breve abordagem sobre o sistema tegumentar pois esse sistema assume uma importância vital para o organismo, na medida que interfere em numerosos processos orgânicos. A pele é um órgão vital, sua perda, mesmo que parcial, pode representar incompatibilidade com a vida. As lesões da pele e suas camadas, interfere na sua função protectora do organismo.

A pele apesar da sua aparência simples é uma estrutura bastante complexa e dinâmica, é o maior órgão do corpo humano. Sendo uma importante barreira contra as lesões. Portanto preservar pela sua integridade é imprescindível para a segurança do utente. Como afirma Perry e Potter (2006, p. 779), a segurança geralmente definida como liberdade de lesões psicológicas e físicas é uma necessidade humana básica que precisa ser atendida.

A pele, juntamente com as estruturas anexas, (pêlos, unhas e as glândulas) forma o chamado Sistema Tegumentar que reveste todo o organismo, considerado o maior órgão do corpo Portal da Saúde (2008, p.3).

Na literatura é descrito a protecção dos órgãos internos como a principal função do sistema tegumentar. Contudo, e devido à complexidade do mesmo, existem outras funções também muito importantes (Portal da Saúde, 2008, p.11): função barreira, defesa imunológica, regulação da temperatura, produção de vitamina D e órgão Sensorial.

Segundo Paço, R., (2014, p.39) a pele é formada por duas camadas que se encaixam fortemente entre si. A primeira camada mais externa da pele a epiderme, fornece protecção efectiva contra agressões do meio externo. Não é vascularizada, sua nutrição depende do líquido tissular originário da derme Paço, R., (2014, p.39), estes chegam à epiderme por difusão Vilela (s/d).

É um epitélio multiestratificado, formado por várias camadas Vilela (s/d). A epiderme organiza-se em camadas e, à medida que as mais superficiais são eliminadas, as camadas mais profundas são restauradas por divisão celular. Autor. A camada germinativa é a mais profunda e faz limite com a derme; a camada córnea é a mais superficial.

Toda a superfície cutânea está provida de terminações nervosas capazes de captar estímulos térmicos, mecânicos ou dolorosos. Essas terminações nervosas ou receptores cutâneos são especializados na recepção de estímulos específicos Vilela (s/d).

Segundo Montanari (2016 p.171 a 172), os receptores de Krause são receptores térmicos de frio, os receptores de Ruffini são receptores térmicos de calor, os discos de Merkel tem sensibilidade tátil e de pressão, os receptores de Vater-Pacini captam especialmente estímulos vibráteis e tácteis, os receptores de Meissner são receptores do tato e as terminações nervosas livres são sensíveis aos estímulos mecânicos, térmicos e especialmente aos dolorosos.

Nas camadas inferiores da epiderme estão os melanócitos Vilela (s/d). Os melanócitos são células arredondadas com longos prolongamentos que protege os tecidos subjacentes dos efeitos nocivos da luz ultravioleta (Montanari 2016 p.170).

A segunda camada a derme, que é a estrutura de suporte da pele, contendo terminações nervosas, glândulas nervosas, glândulas sudoríparas, sebáceas e folículos pilosos, sendo muito importante no processo de cicatrização. Paço, R., (2014, p.38). A principal proteína presente é a colagénio, sintetizada pelos fibroblastos Vilela (s/d). A derme é uma espessa camada de tecido conjuntivo que se estende da epiderme até ao tecido subcutâneo. Paço, R., (2014, p.38).

Nesta camada situam-se os anexos da pele, muitos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos. Pode ser dividida em camada papilar, mais externa, e camada reticular, mais interna Montanari (2016 p.171). A derme contém muitos tipos de diferentes células, incluindo fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, particularmente neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos. Paço, R., (2014, p.38). Esta camada fornece uma base firme para a epiderme e para os anexos cutâneos.

Abaixo da derme, encontramos o tecido subcutâneo, conhecido também como tecido celular subcutâneo. Esse tecido não faz parte da pele, mas representa a região de união da pele com outros órgãos. Formada especialmente por tecido adiposo e rede subcutânea de artérias e veias. Montanari (2016 p.169). A hipoderme se configura como o grande depósito de gordura do organismo. A gordura existente é importante, atua como reserva energética, protecção contra choques mecânicos e isolante térmico. Vilela (s/d).

1.2 Conceito de UP

A definição de UP vem sofrendo alterações ao longo dos tempos, face aos avanços tecnológicos. Na perspectiva de Angartan (1980, p.3) a úlcera por pressão é definida como uma “lesão localizada na pele, tecido, músculo e até osso, causada por pressão intensa e/ou contínua, levando à diminuição da circulação sanguínea e conseqüentemente à morte e necrose da pele”.

Citado por Perri e Potter (2006 pag.828), Ebersole e Hess (1994) definiram as UP como sendo,

“Consequência da isquemia e da anoxia dos tecidos. Os tecidos são comprimidos, o sangue é desviado e os vasos sanguíneos constringidos forçosamente pela pressão persistente sobre a pele e estruturas subjacentes, comprometendo a respiração celular e conseqüentemente a morte celular”.

De acordo com o International Council of Nurses (2006, p.57), no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a UP é definida como uma “úlcera com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”

A definição National Pressure Ulcer Advisory Panel/European pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP) (2009, p.7) é considerada a definição internacional, diz o seguinte:

“Úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão, também estão associados factores contribuintes e de confusão, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido.”

O Grupo Nacional para o Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión Y Heridas Crónicas (GNEAUPP) em 2014, conceituou as UP, acrescentando à definição da NPUAP/EPUAP (2009) a pressão provocada por diferentes equipamentos ou dispositivos médicos.

Analisado a literatura sobre a temática foi encontrada diferentes definições mas todos remetem para a definição de NPUAP/EPUAP (2009), considerada a mais aceita.

1.3- Classificação das UP

Vários autores desenvolveram instrumentos de medida e escalas de avaliação de risco com o intuito de avaliar os utentes susceptíveis ao desenvolvimento de UP, proporcionando a identificação precoce dos utentes com risco de forma que medidas preventivas possam ser utilizadas.

De acordo com Pini (2012, p.17). “O estabelecimento de classes de acordo com critérios definidos fornece aos profissionais de saúde uma metodologia para avaliar e classificar as úlceras, sendo útil ao processo de comunicação e planeamento de cuidados”.

Os sistemas de classificação das UP existem com objectivo de facilitar a identificação da lesão a partir da descrição de suas características. Na classificação das UP usam-se frequentemente “grau” ou “estadio”. Porém, em 2009, o EPUAP/NPUAP (2009, p.8) propôs a substituição desses termos por “categoria”.

A classificação das UP por categorias é um sistema de avaliação baseado na profundidade anatómica do tecido lesado. Segundo as recomendações da EPUAP e NPUAP (2009, p.8), as úlceras classificam-se em quatro categorias I, II, III, IV, que serão descritos a seguir:

Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta

Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

Descrição adicional: a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.

Descrição adicional: apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação.

Categoria III: perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente, algum tecido desvitalizado (fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Descrição adicional: a profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial); em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso / tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.

Categoria IV: perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas.

Descrição adicional: a profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser rasas (superficiais). Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (exemplo, fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso / músculo exposto visível ou directamente palpável.

-Ainda existe categorias adicionais para os EUA, que são descritas para conhecimento.

Não graduáveis / inclassificáveis: perda total da espessura da pele ou tecidos – profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e ou escara (tecido necrótico acastanhado, castanho ou preto) no leito da ferida.

Descrição adicional: até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada, mas é no entanto uma úlcera de categoria III ou IV. Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida

Suspeita de lesão nos tecidos profundos

Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção.

Descrição adicional: a área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma pequena flictena sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento.

1.4- Etiologia/Fisiopatologia

A investigação epidemiologia tem vindo a aumentar, proporcionando uma melhor compreensão sobre as causas para o desenvolvimento das UP. Já a sua definição, remete para o papel da pressão, como um factor importante para sua origem. Como afirma Rocha, Miranda e Andrade (2006, p.30), o principal factor etiológico das UP é a pressão, a implicação patológica no tecido pode ser atribuída à intensidade e duração da pressão exercida e à tolerância tecidual.

Com isto Pini (2012, p.3) refere que “apesar dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao desenvolvimento das UP ainda não estarem totalmente esclarecidos, existem diversas variáveis já descritas que podem ser consideradas”. A definição da EPUAP/NPUAP (2009, p.8), reflecte essa incerteza, evidenciando a natureza multifactorial que envolve a sua etiologia. Sabe-se que estes resultam da associação de vários factores.

As úlceras de pressão são feridas que formam na pele e/ou tecido saudável que por acção da pressão continua ou de uma combinação entre esta e fricção e as forças de cisalhamento pode conduzir a hipoxia dos tecidos e conseqüentemente à necrose tecidual. Estas são lesões complexas, pelo que é necessário conhecer os seus mecanismos de desenvolvimento, de forma a preveni-las.

Existem pelo menos três processos fisiopatológicos evidentes descritos na literatura: a oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo e o conseqüente dano relacionado com a perfusão abrupta do leito vascular isquémico; o dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devida à aplicação de forças de ruptura e de deslizamento; e a oclusão directa dos vasos sanguíneos pela pressão externa durante um período prolongado (Morison, 2004; EPUAP&NPUAP, 2009), *apud* Pini (2012, p.14).

Durante muito tempo se tem questionado se as UP se desenvolvem de fora para dentro ou de dentro para fora. Cruz, (2015, p.17) ambas as situações são possíveis e estão condicionadas pela origem da UP, pois se o factor principal for apenas provocado por forças de pressão, a lesão geralmente evolui de fora para dentro, se houver combinação de forças de pressão com forças de cisalhamento, a lesão desenvolve-se de dentro para fora devido ao dano causado no tecido celular profundo.

1.5- Factores de risco

Observa-se que na maioria das publicações analisadas os autores dividem os factores de risco em intrínsecos e extrínsecos. Rocha et al (2006, p.30); Carvalho et al (2007, p.79) referem que as UP resultam de uma complexa interacção entre esses factores. Pini (2012, p.12) acrescenta a relevância a susceptibilidade individual para o desenvolvimento das UP, pois as UP dependem da actuação de factores extrínsecos que se associam com as alterações da perfusão tecidual resultante de factores intrínsecos. Porem Rodrigues (2009, p.29) considera os intrínsecos como determinantes para o desenvolvimento das UP, pois são mais difíceis de controlar.

1.5.1- Factores intrínsecos

Os factores intrínsecos são inerentes ao próprio indivíduo. Dentre os factores destacam-se: idade, estado nutricional. Factores que afectam a perfusão e a oxigenação incluem a diabetes, instabilidade cardiovascular/ uso de epinefrina, pressão arterial baixa, índice de pressão tornozelo braço e uso de oxigénio, imobilidade, infecção, sensibilidade cutânea, diminuição ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos, incontinências, dentre outros.

Pessoas com sensibilidade diminuída, imobilidade prolongada, ou acamadas com idade avançada são mais susceptíveis para aquisição de úlceras por pressão. NPUAP-EPUAP (2009, p.11).

Idade avançada é um factor inevitável e irreversível, pois nos idosos a pele torna-se com o passar dos anos, mais seca, apresenta uma redução considerável da elasticidade e colagénio dérmico. O envelhecimento produz modificações intensas, resultando em algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes.

Perry e Potter (2003, p.938), consideram que a ocorrência de UP não aumenta apenas pelo factor idade, mas sim pelo facto de a idade estar relacionada com a presença de patologias coexistentes já, Matos (2010, p.10) considera o idoso mais susceptível às lesões e ao retardo das fases de cicatrização devido à deficiência nutricional, ao comprometimento imunológico, circulatório e respiratório, ao ressecamento da pele e fragilidade capilar.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, existe uma associação notória entre a idade avançada e o desenvolvimento de UP. Como mostra o estudo de Pini, o grupo etário mais representado na sua amostra é aquele que compreende utentes de 76-90 anos (49%) seguido pelo grupo etário de 61-75 anos (25%). Os resultados do estudo mostraram que a ocorrência da lesão foi superior no grupo etário que incluiu indivíduos entre os 76 e 90 anos, Pini (2012, p.77). Semelhante a todos os estudos nesta temática Silva, (2011), Menegon et al (2012).

A imobilidade é a limitação da capacidade do indivíduo para se reposicionar, o que impossibilita o alívio da pressão nas zonas de proeminência óssea. A incapacidade de mover-se e a redução da frequência na alternância de decúbitos pode afectar a capacidade de aliviar a pressão, predispondo ainda à fricção e às forças de torção se o indivíduo estiver acamado ou ainda confinado à cadeira (Pini 2012, p.15). Menegon et al (2012, p.859) no seu estudo mostrou que o escores mais frequentemente identificadas pelas subescalas de Branden em utentes com risco de UP foi a imobilidade. Diversas situações podem levar a uma mobilidade reduzida, Rocha et al (2010) Lesões medulares (níveis altos e lesões completas), encefálicas, e pós-operatório principalmente de cirurgia ortopédica e cardiotorácica. Para além disso, uma diminuição da mobilidade provoca estase na circulação periférica, nomeadamente nos membros inferiores Pini (2012, p.15).

Os indivíduos acamados ou confinados a cadeiras de rodas são geralmente descritos como tendo limitações de actividade. Uma redução da frequência de movimento ou da capacidade de um indivíduo se mover é normalmente considerada como uma limitação da mobilidade. NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.17)

A alteração de sensibilidade ocasiona a falta de percepção do desconforto ou dor pelo utente, especialmente aquela associada à pressão. Muitas patologias conduzem a essa situação. Uma pesquisa feita por Pini, (2012, p.40) concluiu que o principal diagnóstico verificado na amostra foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 37%, seguido de Demência com 11%. As Demências quando somadas a Alzheimer, Parkinson, TCE/Politraumatismo e outras neurológicas somam 27,2% dos casos. Todos os diagnósticos de foro neurológico, incluído o AVC, somam mais de 64% dos doentes indicando maior concentração de doentes neste grupo de patologias.

Alterações da sensibilidade, da motricidade e do estado de consciência, podem induzir situações de imobilidade ou agitação, que favorecem as forças de pressão e/ou de fricção. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), (2007, p.6).

Os estudos que abordam essa temática estão de acordo sobre o peso do estado nutricional para a evolução das UP, como afirma Pedroni (2014, p.94) “o diagnóstico do estado nutricional e do consumo alimentar dos portadores de UP é de suma importância, pois o estado nutricional interfere directamente na reparação tecidual”. O peso corpóreo tem sido apontado como um factor relacionado ao desenvolvimento e à gravidade das UP,

Alves, P. et al., (2014, p.118). O IMC abaixo de 18,5 kg/m² está associado à diminuição da gordura corporal e, por conseguinte, redução da protecção contra a pressão em áreas ósseas proeminentes. (Pedroni, 2014, p.90)

A desnutrição proteico-calórica grave altera a regeneração tissular, a reacção inflamatória e a função imune, as deficiências de vitaminas A, C e E prejudicam a cicatrização devido ao seu papel na síntese do colagénio, na imunidade e na integridade epitelial. Arginina e glutamina são alguns dos elementos importantes Lourenço e Pedroni (2014, p.94). São os nutrientes que fornecem o substrato necessário para o organismo realizar o processo reconstrutivo e para fazer frente às infecções (Matos, 2010, p.10). Na anemia ocorre uma redução na hemoglobina ou percentagem de células circulantes no sangue. Isto resulta num decréscimo do oxigénio para os tecidos (Mochnaez e Murakami 2000). Essa condição compromete a oxigenação local e o aporte de outros nutrientes.

Além de factor de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão, a desnutrição também colabora para a piora dessas feridas, esse facto foi afirmado por uma revisão da literatura realizada por Pedroni, (2014, p.95), que conclui em seu estudo que o estado nutricional deficitário é considerado um risco importante na evolução de utentes hospitalizados.

O sobrepeso e a obesidade também têm sido sugeridos como factores de risco para o surgimento dessas lesões. Segundo Pini (2012, p.16) e Staamkap (2012, p.16) os doentes obesos, tem a mobilidade prejudicada pelo que aumenta o risco de lesões teciduais precipitadas pelo posicionamento por arrastamento. Para além disso, esses indivíduos apresentam sudorese intensa que provoca a maceração dos tecidos devido à acumulação da umidade nas pregas cutâneas. NPUAP/EPUAP (2009, p.12).

A incontinência urinária pode ser definida como uma perda involuntária de urina. Pode manifestar-se em qualquer idade, mas as causas tendem a ser diferentes. Pini (2012, p.49) defende a existência de uma relação entre a presença de UP e incontinência. Pois a incontinência é uma situação que favorece a humidade. Outras causas de humidade descrita por Perry e Potter (2003, p.941) drenagem da ferida e transpiração. A humidade contribui para uma alteração mecânica e química (pH) da pele e altera a resistência da epiderme para forças externas, aumentando a susceptibilidade para lesões provocadas por outros factores, tornando-a mais vulnerável à ocorrência de lesões Perry e Potter (2003,

p.956), (Rocha et al., 2006, p.30). O contacto prolongado com a humidade também provoca a inibição da função de barreira da pele, aumentando o risco de maceração, quebra cutânea, eczema exógeno e de dermatite de contacto.

É importante referir que os danos na pele resultantes da humidade não são uma úlcera por pressão, mas que a presença desses danos pode aumentar o risco de desenvolvimento das úlceras por pressão. (NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014, p.20).

1.5.2- Factores extrínsecos

Os factores extrínsecos são factores externos que danificam a pele. Dentre esses factores que podem levar ao aparecimento destas lesões, destacam-se a pressão exercida pelo peso do corpo, o atrito de fricção da pele e as forças de cisalhamento ou deslizamento da pele entre as estruturas ósseas subjacentes e superfícies externas.

A pressão capilar desempenha um importante papel. A intensidade da pressão na pele e no tecido celular subcutâneo comprime os capilares que abastecem os tecidos impedindo a sua perfusão, promove a anoxia, levando-os a isquemia e morte. (Cruz 2015, p.19) A pressão de fechamento capilar é a quantidade mínima de pressão requerida para o colapso do capilar. A pressão usual para este colapso é de 32 mmHg/ arteríola e 12 mmHg/ vénulas. Perry e Potter (2003, p.942) e (Costa et al. 2010, p.112). A aplicação directa de pressão superior à pressão de encerramento dos capilares (16-33 mm Hg) RNCCI, (2007,p.5).

A duração da pressão é um factor importante que precisa ser considerado em associação com a intensidade da pressão. RNCCI, (2007, p.6). Ou seja existe um relacionamento inverso entre a duração e a intensidade da pressão para a criação da isquemia tecidual. Os danos podem ocorrer com a pressão de baixa intensidade durante um longo período de tempo ou pressão de intensidade elevada durante um curto período de tempo.

Para Perry e Potter (2003, p.942), tolerância tecidual é um factor que determina o efeito patológico do excesso de pressão e é influenciada pela capacidade da pele e estruturas subjacentes em trabalharem juntas para redistribuir a carga imposta no tecido.

A fricção é descrita como a força gerada quando duas superfícies se movem, uma contra a outra Perry e Potter (2003, p. 941), ou como uma carga ou força perpendicular a

ser exercida numa unidade de área. Situação que provoca directamente uma lesão na pele por abrasão na epiderme, semelhante a uma queimadura leve Cruz (2015, p.41). Isto é, ocorre quando duas superfícies entram em atrito, ocorrem, frequentemente, em consequência de transferências executadas incorrectamente, geralmente provocada quando o utente é arrastado Matos (2010, p.10), Cruz (2015, p.41) ou quando não tem um apoio adequado e desliza ao longo do leito.

Cisalhamento é a força exercida contra pele enquanto esta fica parada e os ossos movimentam-se. Perry e Potter (2003, p.940). É causado pela combinação da gravidade e fricção que exerce uma força paralela à pele e resulta da gravidade que empurra o corpo para baixo ou a resistência entre o utente e a superfície de suporte (Cruz, 2015, p.19) é um fenómeno de deformação da pele que ocorre quando as forças que agem sobre ela provocam um deslocamento em planos diferentes. Quando a cabeceira da cama é elevada, a pele adere-se ao leito mas o esqueleto empurra o corpo para baixo. Os vasos sanguíneos são esticados ou acotovelados dificultando ou interrompendo o fluxo sanguíneo. Um dos piores hábitos é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, que favorece o deslizamento, causando dobras na pele (Matos, 2010, p.9). Segundo Perry e Potter (2003, p.940). O cisalhamento causa a maior parte do dano observado nas úlceras de pressão.

(Review, 2010) apud Alves, P., et al (2014, p.107) Outro factor de risco contribuinte para o desenvolvimento de UP é o denominado microclima. Este é descrito pela influência da temperatura, humidade da pele e pela circulação do ar na interface entre a superfície de apoio e a pele

1.6- Avaliação de risco de UP

Vários estudos descreveram que a prevenção é tão importante como a identificação do risco, razão pela qual devem ser criados escalas e protocolos de prevenção adequada para cada grau de risco, assim como promover a sua correta implementação.

No que respeita à política de avaliação de risco, de acordo com a NPUAP/EPUAP (2009, p.13) deverá ser estabelecida uma política de avaliação dos riscos em todas as instituições de saúde. Para Rocha et al (2006, p.30), o objectivo da avaliação é identificar o doente em risco de desenvolver UP e adoptar medidas preventivas. Isto é, são intervenções primordiais para diminuir a morbi-mortalidade e os custos inerentes ao tratamento da UP. Pini, (2012, p.149). Pereira, (2011) destaca a importância dos protocolos uma vez que os

cuidados de enfermagem são melhor direccionados, além disso Perry e Potter (2003, p.949), elucida que essa identificação permite que os enfermeiros personalizem os recursos caros para os utentes certos.

As pesquisas referem que o primeiro passo para a prevenção de UP é identificar os utentes em risco a fim de planear a melhor estratégia de forma a prevenir o desenvolvimento das UP. É necessário que essa avaliação seja contínua remetendo para uma visão holístico dos indivíduos ou seja não seria adequado concentrar exclusivamente na avaliação da UP e não apreciar o utente como um todo, GNEAUPP (2003, p.3) afirma que a avaliação integral exige que seja feita em três dimensões: condições de pessoa com lesão, estado da lesão e recursos psico-socio- ambientais.

A qualidade com que o cuidado do utente é gerenciado, “está directamente relacionada à capacidade da avaliação inicial em realizar uma detecção precoce dos factores de risco associados e à escolha correta de medidas preventivas a serem implantadas” (Albert Einstein, 2010, p.5). Deste modo os indivíduos devem ser avaliados no momento da admissão, num período máximo de oito horas após a admissão NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.15), assim como o risco de úlcera de pressão deve ser reavaliado periodicamente e sempre que houver mudanças no estado do utente e todas as avaliações de risco devem ser registadas (Pereira, Vargens, 2008, p.6), (EPUAP/NPUAP 2009, p.14).

Uma abordagem estruturada pode ser obtida, através do uso de escalas de avaliação de risco, conjuntamente com a avaliação global da pele e com o juízo clínico. A evidência sugere que a utilização destes elementos, em conjugação com a criação de equipas de cuidados da pele, programas educacionais e protocolos de cuidados podem reduzir a incidência das úlceras de pressão NEPUAP/EPUAP (2009, p.11).

As escalas de avaliação de risco são instrumentos que possibilitam avaliação sistematizada e mensurável e que permitem auxiliar na identificação de doentes em risco. Alves et al (2014, p.114).

1.6.1- Escalas de avaliação do risco de UP

As escalas mais conhecidas são a de Norton e Braden. A Escala de Norton foi uma das primeiras a serem conhecidas e elaboradas. Em 1962 foi criada por Norton e seus

colaboradores e indica cinco variáveis: condições físicas, condições mentais, actividade, mobilidade e inconsciência. Cada uma dessas variáveis é descrita com pontuação por meio de escores que variam de 1 a 4, podendo totalizar de 5 a Na Escala de Norton, o risco é determinado pela soma, ou seja, quanto menor a pontuação, maior o risco de aparecimento da úlcera por pressão. Uma pontuação com total de 12 escores ou menos sinaliza um alto risco de formação da úlcera por pressão Perry e Potter (2003, p.), (Medeiros 2006).

Da literatura analisada, Perry e Potter (2003, p.946), ICE (2010, p.12), Carvalho, E. (2012, p.185), Pereira (2014 p.23), apresentam a escala de Bárbara Braden (anexo 2), a mais utilizada nos últimos anos também recomendada pela EPUAP/NPUAP (2009, p.12) que elucida uma avaliação individualizado a fim de minimizar o impacto dessas variáveis. Matos (2010, p.11) explica que esta escala apresenta uma sensibilidade maior e é mais específica, oferecendo maior eficiência na avaliação.

Este instrumento foi elaborada e aplicada em 1987 na Inglaterra e encontra-se em uso em diversos países. Esta dividida em seis subescalas a percepção sensorial, umidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças cisalhamento, onde no final é calculado o total de pontos e classificado através de um escore se o utente tem risco leve, moderado ou grave para desenvolver uma úlcera, exposto por Perry e Potter (2003, p.946). O grau de escores tem valores entre 4 e 23. O escore de 16-23 indica pequeno risco para desenvolvimento de úlcera por pressão; de 11-15, observa-se um moderado risco e de 6-10 considera-se um elevado risco.

Porem a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.15) expõe o seguinte “não á uma abordagem universalmente aceite como sendo a melhor para a realização de uma avaliação do risco. No entanto, o consenso entre especialistas sugere que a abordagem utilizada seja uma abordagem estruturada para a avaliação do risco, que seja refinada pelo juízo crítico e suportada pelo conhecimento dos principais factores de risco.”

Sousa et al (2010, p.472), salienta a importância do juízo clinico da enfermeira esteja vinculada a escala de Branden, pois fara diferença na hora de decidir qual medida executar com base na identificação do risco.

É importante na prática clínica diagnóstica diferencial entre UP e outras lesões como IAD, Úlceras Perna, Ferida maligna, pé diabético (Albert Einstein, 2010, p.5). As lesões por humidade são frequentemente confundidas com úlceras de pressão (Pini 2012,

p.20). Pois uma ferida livre de proeminência óssea é improvável que seja uma UP. No entanto, “é possível desenvolver uma úlcera de pressão quando o tecido mole é comprimido externamente como exemplo por uma SNG, tubo nasal de oxigénio, cateter urinário ICE” (2010, p.10).

1.7- Intervenções de enfermagem

São diversas medidas evidenciadas na literatura para prevenção de UP nos utentes acamados, tais como: mudança de decúbito a cada duas horas, hidratação da pele com óleos e cremes hidratantes, uso de colchão piramidal, colocação de coxins nas áreas de pressão, uso de curativos com hidrocolóide em regiões que tenham hiperemia local, avaliação constante do leito do utente para evitar dobras e umidade sobre os lençóis, vigiar eliminação vesical para evitar humidade (troca de fraldas/sudorese/fluídos). Como podem constatar são medidas simples e económicas. Segundo Mochnaez e Murakami (2000) um processo preventivo tem-se constituído a maneira mais económica e eficaz na abordagem deste problema, menos traumatizante e dolorosa para o paciente.

EPUAP/NPUAP (2009, ps 10-19) indica oito tipos de intervenções para a prevenção de UP com base nas melhores evidências científicas disponíveis. São elas: 1) Avaliar risco de úlcera de pressão; 2) Inspeccionar/avaliar a pele; 3) Cuidar da pele; 4) Evitar humidade da pele; 5) Reposicionar o utente; 6) Utilizar equipamentos para prevenção de UP; 7) Avaliar estado nutricional do utente; 8) Educar/orientar para prevenção de UP.

1.7.1- Problemática da UP em Contexto de Enfermagem

Vivemos numa era científica na qual predomina o conhecimento racional e o conhecimento científico, que para muitos o único conhecimento aceitável. Logo Ferrito (2002, p.38), assegura que a produção do conhecimento de enfermagem é um factor determinante para o sucesso terapêutico e na melhoria dos cuidados e serviços de saúde. Portanto cabe ao enfermeiro a responsabilidade da procura contínua de conhecimento actualizado, uma vez que deverá reservar um tempinho para pesquisas, sempre com o objectivo de melhorar a qualidade de vida do utente.

Miyazaki et al (2010, p.3) realizou um estudo com objectivo de descrever e analisar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem sobre prevenção de UP esse

estudo demonstra que, apesar do avanço técnico-científico na área da saúde e da existência de directrizes que fazem recomendações para a prevenção da UP, o conhecimento dos profissionais de enfermagem mantém deficiente. Como mostra Ferrito (2002, p.36) a prática de enfermagem não é baseada em evidências, e sim em mitos, tradições e experiências próprias ou de colegas. Por isso a literatura aponta para a grande importância dos conhecimentos científico dos enfermeiros relacionado à UP para uma assistência de qualidade, visto que, não podemos exercer enfermagem baseada em tradições e rotinas. No entanto Perry e Potter (2003, p.948) realça “os enfermeiros são capazes de ir buscar os conhecimentos e experiencia e de os incluir nas normas de práticas correctas no tratamento das feridas.”

Uma Prática Baseada na Evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a optimização de resultados de enfermagem (ICE 2008, p.9). No entanto a evidência científica isolada não é suficiente para a tomada de decisão clínica, pois carece de reflexão associada aos benefícios e riscos associados, aos custos inerentes e alternativas de tratamento, assim como aos objectivos definidos com o seu doente e no plano de cuidados (Alves, P., et al. 2014, p.469).

As UP constituem um problema centrado na pessoa, sensível as intervenções autónomas de enfermagem e conducentes a ganhos em saúde e optimização de custos. “Nos últimos anos, as úlceras de pressão em utentes internados têm sido consideradas como um dos indicadores de qualidade da assistência dos serviços de saúde, bem como um indicador directo da qualidade dos cuidados de enfermagem.” Pini, (2012, p. 95). No entanto UMCCI (2007, p.7) realça que a manutenção da integridade cutânea e a ausência de lesões reflecte mais o trabalho da equipa de cuidadores do que o estado geral do doente. Portanto a prevenção terá maior sucesso se for implementada com a integração de toda a equipa multidisciplinar: o fisioterapeuta, o enfermeiro, o médico, o enfermeiro de reabilitação, nutricionista e assistente social. (Pini, 2012, p.113). Esta acção conjunta permite uma maior abrangência tendo em conta as necessidades que cada pessoa apresenta. A abordagem multidisciplinar remete-nos para uma reflexão: a necessidade de associar conhecimentos e diferentes abordagens para resolução dos problemas de saúde.

Pois para Carvalho et al. (2007 p.80), foi baseado na presença permanente da equipe de enfermagem na assistência ao utente que os pesquisadores lançarem a

responsabilidade das UP apenas sobre esses profissionais e esquecessem de contabilizar os demais factores desencadeadores do processo.

Sendo a prevenção das UP um importante objectivo dos cuidados de enfermagem, cabe ao enfermeiro a identificação precoce dos indivíduos susceptíveis de desenvolver UP. Identificar os factores de risco e planear acções de carácter preventivo, são actividades que garantem a qualidade dos cuidados. As intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção das UP permitem uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem. Vieira et al (2014, p.6). Visto que as estratégias de prevenção são baseadas na avaliação inicial do enfermeiro que lhe permite enunciar o diagnóstico de risco de UP e a partir deste definir intervenções adequadas. Rodrigues (2009, p.27)

Há um desenvolvimento tecnológico e científico praticamente diário, devido ao crescimento das investigações científica na área das feridas disponibilizando cada vez mais materiais e novas tecnologias para uma melhor gestão do processo de cicatrização. Portanto o acompanhamento actualizado dos resultados de pesquisas já se tornou uma prática impossível quando o profissional não prioriza uma determinada especialidade (Domenico et al 2003, p.116). Autores recomendam a realização de educação em serviço e discussões acerca da temática de UP, para que os profissionais, sejam capacitados Souza, et al (2010), minimizando as lacunas na actuação, avaliação, prevenção e tratamento de UP. Alves, P., et al. (2014, p.470), elucida que para o devido suporte ao nível dos sistemas de informação, formação contínua programas de prevenção devem ser implementados pelas organizações de uma forma sistemática, pressupondo um envolvimento em todos os níveis da organização, desde a parte administrativa à componente clínica, bem como dos cargos de gestão

Portanto é imprescindível o conhecimento por parte dos profissionais de saúde da etiologia e fisiopatologia das UP, para uma correta avaliação de risco, Alves, P.,et al. (2014, p.106). Contudo No que diz respeito a prevenção de úlceras de pressão muitas são as evidências científicas já disponíveis para apoiar a prática dos Enfermeiros. NPUAP/EPUAP publicaram em 2009 o Pressure ulcer prevention & treatment: clinical practice guideline e o Pressure ulcer prevention & treatment: quick reference guide com as principais diretrizes baseadas em evidências para prevenção e tratamento de úlcera de pressão (EPUAP/NPUAP, 2009). Actualmente a cada vez mais guidelines publicados para orientar a prática, garantindo intervenções para a prevenção nos utentes sob seus cuidados,

bem como, uma classificação e selecção das opções terapêuticas adequadas que visam a cicatrização destas feridas.

É importante na prática clínica, a investigação dos problemas relacionados com a imobilidade visto que demandam cuidados específicos. Porém, existem dificuldades como aponta os estudos realizados por Pereira, Vargens, (2008, p.10), Saatkamp (2012, p.39), que mostram que profissionais se deparam diversas vezes com dificuldades que impedem a prevenção de UP. Isso foi relacionado com falta de recursos humanos, condições de trabalho insuficientes e mesmo as condições gerais dos utentes. Contudo para além conhecimentos actualizados e prática clínica baseado em evidências, é importante também que haja envolvimento e disponibilidade sincera do enfermeiro. Como podemos ver a prevenção de UP não é simples, requer comprometimento da equipe de enfermagem com a ética e com a procura constante de novos conhecimentos e técnicas a serem realizadas.

Para que ocorra uma melhoria na prevenção e assistência das UP o enfermeiro deve reconhecer essa afecção como um problema. Pois este, é um participante activo na prevenção, portanto precisa acessar ao utente e o ambiente para visualizar os perigos que ameaçam. Também sabe-se que a preparação dos profissionais é fundamental. Portanto o investimento nos recursos humanos no campo da saúde terá influência determinante na melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

1.7.2- Avaliação, Inspeção e Cuidados com a Pele

Segundo Vieira et al (2014, p.8) a avaliação da integridade da pele é um das principais medidas da prevenção das UP visto que permite a monitorização desde o início e implementação de medidas preventivas. Para Carvalho (2012, p.187), ICE (2010 p.17), “o exame detalhado da pele deve ser repetido diariamente para detecção precoce de áreas de risco ou de lesões em curso, o momento mais oportuno para essa avaliação é na hora do banho”. A NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.17) sugere que cada reposicionamento do utente é uma oportunidade de avaliação rápida da pele.

Matos (2010, p.12) e NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.18) chama atenção em utentes de pele escura uma vez que as áreas de rubor são mais difíceis de detecção. Portanto devem priorizar a avaliação da temperatura da pele, edema, alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014,

p.18). Perry e Potter (2003, p.949), ainda chama especial atenção as áreas expostas a gessos, talas e tracção.

Também, pode-se dizer que, “manter as roupas de cama bem esticadas e limpas é uma grande medida para prevenção das UP, pois evita a fricção e o cisalhamento e, consequentemente, o desenvolvimento dessas lesões” (Oliveira et al. 2013). Nota-se uma ligação directa entre umidade e UP, isto é, a exposição prolongada à umidade pode desencadear maceração da pele e ruptura da mesma. A umidade excessiva pode ser provocada por incontinência urinária ou fecal, suor, e secreções de drenos ou feridas Matos (2010, p.12) realça a importância de identificar e tratar causas de umidades.

Pode ser necessário recorrer-se à algaliação, apesar do risco inerente de infeção das vias urinárias (Rocha et al., 2006). GNEAUPP (2006 p.28) Ainda recomenda outras intervenções como os coletores, algaliação vesical, absorventes, para o tratamento da incontinência e por conseguinte para a prevenção da aparição dos problemas derivados. Nos casos quando não for possível, limpeza imediata após evacuação, aplicação de agentes hidratantes barreira e fraldas altamente absorventes (Rocha et al., 2006, p.32)

Segundo a Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presion y Heridas Crónicas GNEAUPP (2006 p.28) a utilização de um programa de mudanças é um aliado perfeito na prevenção, significando estudos recentes a existência de indícios de maior efetividade nos superabsorventes.

Nos utentes com incontinência urinária e/ou intestinal, Perry e Potter (2003, p.957), recomenda proteger a pele com aplicação de uma barreira contra a umidade a base de vaselina.

Unidade de Missão para os cuidados continuados integrados UMCCI, (2007) indica os seguintes cuidados para pele: manter a pele seca (e limpa); lavar com água morna e sem esfregar/causar fricção; secar a pele, sem friccionar e utilizar toalhas ou outros tecidos suaves e lisos; não utilizar álcool; usar sabões não irritantes e hidratantes; massajar com cremes hidratantes; não massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas (os capilares já estão afectados); quando presentes situação de incontinência, a zona afectada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível; usar meios de protecção que não danifiquem ou irrite a pele.

Outro cuidado essencial, recomendadas pela EPUAP/NPUAP (2009, p.16) é a hidratação diária da pele, e a massagem não é recomendada como uma estratégia de prevenção de UP. Controlar os níveis de calor e de humidade da superfície da pele, pois impede o aumento da temperatura da pele, reduzindo o consumo metabólico, assim como, ao impede a acumulação de humidade na pele aumentando a resistência da mesma. Alves, P. et al., (2014, p.110).

1.7.3- Alternância de decúbitos/ Posicionamento adequado

Já exposto anteriormente os utentes acamados ou cadeirantes e que não são autónomos para mudar de posição apresentam maior risco de desenvolver UP. Portanto os cuidados de enfermagem referentes a imobilidade e ao auxílio das actividades de vida diária, se tornam essências na manutenção de integridade cutânea e conseqüentemente na prevenção das UP. Vigiar e ajudar utentes na mobilidade é um cuidado básico de enfermagem (Perry e Potter, 2003, p. 889)

É imperativo evitar os efeitos prolongados da pressão e manter os tecidos em boas condições de nutrição e higiene, através de mudanças frequentes de decúbito para alívio da pressão. Estudo realizado com profissionais de enfermagem da Unidade Mista de Espigão D'Oeste/Rode, demonstra que a mudança de decúbito foi a medida mais citada pelos profissionais para prevenção de úlceras de pressão. (Silva, et al.,2011, p.4). (Pereira, Vargens, 2008, p.6), Saatkamp (2012, p.35) apud Carvalho, E. (2012, p.186), comenta que, “deve ser realizada, sistematicamente, a cada duas horas ou mesmo antes, quando for evidenciado alto risco para o desenvolvimento das UP”. RNCCI, (2007, p.2) salienta que um utente debilitado, com zonas cutâneas sujeitas a uma pressão de 20 mm Hg por um período superior a duas horas, pode desencadear nelas uma situação de isquemia grave. GNEAUPP (2003, p.6) adita o reposicionamento de 15 em 15 minutos nas cadeiras. No entanto, é necessário estabelecer um protocolo individual para cada paciente, tendo em conta o seu estado clínico e a tolerância da sua pele e tecidos Silva, H., (2014, p.119), é necessário o envolvimento dos cuidadores nas intervenções destinadas ao alívio da pressão GNEAUPP (2003, p.19).

Os posicionamentos / reposicionamentos devem ser instituídos mediante um plano de intervenção de cuidados com intervalos definidos. (Idem). O posicionamento contribui para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo.[...]. A escolha de uma

superfície de apoio apropriada deve ter em consideração fatores como o nível de mobilidade do indivíduo na cama, o seu conforto, [...]” EPUAP/NPUAP (2009, p.23).

Outro factor importante a referir é “a cabeceira da cama do utente com risco de surgimento dessa afecção deve ser elevada em um ângulo máximo de 30 graus o mínimo possível e por um curto período de tempo” (Oliveira et al. 2013). Ainda a NPUAP/EPUAP (2009, p.17) Recomenda-se evitar posturas que aumentem a pressão, tais como Fowler acima do 30°, posição de decúbito lateral a 90° ou a posição de semissentado.

Vários estudos demonstram que os calcâneos são particularmente vulneráveis à pressão. Portanto NPUAP/EPUAP (2009, p.21), recomendam colocar uma almofada entre a região poplíteia e os calcâneos para que estes fiquem flutuantes e assim protegidos da pressão, cisalhamento e da fricção. O joelho deve ficar em ligeira flexão porque a hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplíteia que pode predispor a uma trombose venosa profunda. Desaconselham o uso de dispositivos em forma de anel ou donut e luvas cheias de água

Para evitar o desenvolvimento de Úlceras de Pressão, é fundamental o posicionamento adequado dos utentes por isso Alves, H., (2014, p.118), expõe o seguinte “O posicionamento correto é tão importante na cama como na cadeira e tem como objectivo assegurar as amplitudes articulares, a manutenção da integridade da pele, a prevenção de úlceras de pressão e favorecer a sua cicatrização, caso já estejam presentes.”

NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.20) chama atenção: Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo sobre uma superfície corporal que esteja ruborizada.

Para Vieira et al (2014, p.9) a documentação do posicionamento é importante, permite elaborar um plano de cuidado onde é possível especificar a frequência, posição adoptada, tolerância e resultados obtidos.

1.7.4- Nutrição/hidratação

“A avaliação nutricional é de suma importância, pois por meio dela os utentes que apresentam risco para o desenvolvimento de UP podem ser identificados precocemente, evitando maiores transtornos e custos hospitalares”. (Pedroni,2014, p.100). Portanto, combinando a melhor prática clínica no processo de cuidado de feridas com a melhor

prática de cuidado nutricional, os profissionais de saúde podem ajudar a diminuir a morbidade e mortalidade, o sofrimento individual e colectivo associado às feridas, assim como contribuir para a redução do custo associado ao tratamento (Lourenço 2014, p.48).

A NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.22), recomenda que a avaliação nutricional seja realizada na admissão e o foco deve recair sobre a avaliação do consumo de energia, a alteração não intencional do peso. Além disso, a avaliação deve incluir a avaliação das exigências calóricas, proteicas e líquidas do indivíduo. De acordo com as recomendações da EPUAP/NPUAP (2009, p.15) as necessidades energéticas devem ser determinadas considerando 30-35 Kcal/Kg peso actual/dia. Porém, deve ser ajustado para os casos em que ocorreu previamente perda de peso, ou na presença de excesso de peso/obesidade (Pedroni, 2014, p.92).

É importante que o enfermeiro, ao colectar dados referentes ao estado nutricional, utilize diferentes fontes de informação e as interprete adequadamente para o desenvolvimento de um plano de cuidado de enfermagem assim como para encaminhamento ou consulta com outros membros da equipe de saúde como o nutricionista. A composição corporal pode alterar-se antes de uma ferida e altera-se certamente depois da ferida. Pois, Lourenço (2014, p.50) defende “não há recomendações nutricionais para feridas, mas sim recomendações nutricionais para diferentes pessoas, com diferentes feridas.” Ou seja objectivos do cuidado nutricional são definidos de acordo com a pessoa e não com a ferida.

Pedroni, (2014, p.95), Lourenço (2014, p.49) indicam as seguintes ferramentas para avaliar o estado nutricional dos utentes: avaliação subjectiva global (ASG), índice de massa corporal (IMC), prega cutânea tricipital (PCT), circunferência do braço (CB), circunferência muscular do braço (CMB) e dinamometria manual (DM). Cada instituição deve adoptar aquele que melhor se adequa à população que serve e aos recursos que dispõe.

Já é sabido que a água representa aproximadamente 65-70% do peso corporal de um adulto, é essencial para a manutenção da integridade da pele e manutenção da volémia. Portanto a hidratação adequada é fundamental, Lourenço (2014, p.57) recomenda o encorajamento a ingestão mínima de oito copos de água por dia, a menos que haja contra-

indicação associada a doença cardíaca ou renal e aumentar esta recomendação em situação de maior perda hídrica pela pele, pelos exsudados, pelas fezes ou pela urina.

A orientação é fundamental para as medidas preventivas evidentemente a nutrição é um factor determinante no processo de cuidado de saúde portanto um plano para alta hospitalar também deve considerar o estado nutricional e as necessidades do utente em risco.

1.7.5- Mobilidade/Exercícios passivos a activos

Orientações do Matos (2010, p.13), para a mobilização: Estimular a movimentação activa no caso do paciente restrito ao leito sob acompanhamento. Solicitar parecer ao serviço de fisioterapia, para a realização de movimentação passiva. Estimular o paciente a sentar no leito e/ou fora do leito com auxílio, minimizando o risco de quedas. Estimular a deambulação com auxílio, minimizando o risco de queda.

1.7.6- Material de alívio de pressão

Para a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.31), superfícies de apoio são definidas como “um dispositivo especializado para redistribuição de pressão concebida para gestão de cargas tecidulares, microclima, e / ou outras funções terapêuticas (por exemplo, colchões, sistema integrado de cama, colchão de sobreposição, almofada de cadeira ou almofada de sobreposição).”

As superfícies de apoio apenas conseguem ter influência nos factores extrínsecos (pressão, fricção, forças de torção e microclima), por serem passíveis de controlar e / ou eliminar de forma a minimizar os seus efeitos (Reis, 2014, p.126).

As superfícies de apoio de redistribuição da pressão são concebidas para aumentar a área de superfície corporal em contacto com a superfície de apoio (reduzir a pressão) ou para alterar de forma sequencial as partes do corpo em carga, reduzindo assim a duração do tempo de carga numa determinada região anatómica (idem)

Quando o profissional está seleccionando uma superfície de suporte para um utente, a preocupação principal deveria ser o benefício terapêutico associado com o produto. Assim, ao seleccionar uma superfície de suporte, vários factores devem ser considerados

incluindo a condição clínica do paciente, as características do local onde o utente se encontra, as características do material da superfície e a necessidade de controlar o microclima. EPUAP/NPUAP (2009, p.23)

Pini (2012, p.82) provou no seu estudo que existe uma relação entre a presença de UP e o uso de equipamento de prevenção no entanto a percentagem de elementos com UP foi superior para os que utilizavam equipamento de prevenção. É importante lembrar que as superfícies de apoio são somente uma parte do plano de tratamento compreensivo. Como defende Rocha et al (2006, p.31) os dispositivos utilizados para a prevenção e como complemento fundamental do tratamento, não substituem a necessidade de reposicionamentos regulares e adequados.

1.7.7-Apoio emocional

Os seres humanos, tem a capacidade de escolher, de inventar, de optar por aquilo que lhes convêm. Embora muitas vezes, a vida nos “impõe” situações que não nos convêm, a hospitalização é uma delas, lança a pessoa em um mundo desconhecido de patologias, profissionais de saúde procedimentos invasivos e exposição. Desliga a pessoa de tudo que é familiar. Além da fragilidade emocional em que se encontra, ocorre a possibilidade de complicações associadas à internação que antes não existiam. Portanto

“o enfermeiro deve perceber o contexto pessoal, social e cultural no modo como a pessoa lida com a sua condição de saúde adequando as soluções terapêuticas mais eficazes, em que o processo de cicatrização da ferida se enquadre no contexto de uma efectiva melhoria da qualidade de vida do doente”. Cainé, Pereira, (2014, p.457).

A quebra de integridade orgânica reflectida no corpo pode introduzir processos de rotura da identidade com implicações profundas no bem-estar da pessoa portadora de ferida e na sua qualidade de vida. A autoestima corresponde a esse nível de auto-aceitação. (Ibedem).

Logo um estudo feito por Pereira e soares (2012, p.142) com o objectivo compreender o impacto emocional das úlceras por pressão no doente e família. Conclui que a angústia e preocupação foi os sentimentos dos familiares que emergiu no discurso de todos, além destes sentimentos, emergiram outros, também com conotação negativa, designadamente a depressão, a injustiça, a revolta e o cansaço.

É preciso acreditar que a doença é uma experiência que envolve toda a família. Como afirma Perry e Potter (2003, p.12) a doença de um familiar afecta todo o funcionamento da célula familiar. Este pressuposto permite que os enfermeiros pensem e envolvam todos os seus membros na sua assistência. Porque sendo o enfermeiro o profissional que acompanha, com maior regularidade e intimidade, destes utentes e familiares, há que realçar a pertinência que podem assumir no sentido de abordar e ajudar a superar o sofrimento que esta experiência traz.

1.7.8-Ensino e treino dos cuidadores

A família\cuidadores, possui um papel fundamental em todo o processo de tratamento, prevenção ou promoção da saúde do utente, visto ser a extensão dos cuidados pelo que a condição do utente exige continuidade e o prolongamento do cuidado que não termina pós alta com a hospitalar. Portanto qualquer atitude ou programa de prevenção deve iniciar-se pela informação e educação dos cuidadores, incluindo os informais, assim como o utente RNCCI, (2007, p.7).

Segundo ICE (2010, p.21), é necessário a avaliação dos conhecimentos e capacidade do utente/cuidador para a prevenção de UP. No entanto Silva et al. (2011, p.8), mostra no seu estudo que 58,62% dos enfermeiros realizam orientações aos familiares na alta hospitalar sobre como prevenir a UP em seus domicílios e 41,37% não realizam. Contudo para o profissional transmitir conhecimentos este deve estar actualizado, ou seja deve estar atento às novas pesquisas.

1.8 Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)

O seguinte quadro (1) indica alguns possíveis diagnósticos de enfermagem identificados nos utentes internados no serviço de cirurgia e as suas respectivas intervenções de enfermagem.

Quadro:1- Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e as Intervenções de Enfermagem (NIC)

Diagnostico (NANDA, 1992)	NANDA	Caracterizados por/ Relacionados com:	Intervenções de enfermagem NIC
Mobilidade física prejudicada		Caracterizados por Inabilidade para movimentação significativa	- Posicionamento - Cuidados com repouso no leito

	dentro do ambiente físico, inclusive no leito, transferência e deambulação Relacionados com Dano perceptual ou cognitivo/ Enfraquecimento músculo-esquelético	- Supervisão da pele - Controle de pressão sobre áreas de corpo - Terapia com exercícios: deambulação
Integridade tissular prejudicada	Caracterizados por tecido lesado ou destruído (córnea, mucosas, pele ou subcutâneo Relacionados com mobilidade física prejudicada;	- Cuidado com lesões - Supervisão da pele - Posicionamento
Integridade da pele prejudicada	Caracterizados por Solução de continuidade da pele Relacionados com Alteração circulatória; Sensibilidade alterada; Proeminência óssea;	- Cuidado com lesões - Supervisão da pele - Banho - Cuidados com o períneo - Terapia nutricional - Controle da nutrição
Risco de integridade da pele prejudicada	Caracterizado por Estado no qual o indivíduo apresenta risco de sofrer uma solução de continuidade na pele. Presença de fatores de risco: Imobilidade física	- Cuidados com a pele tratamentos tópicos - Supervisão da pele - Posicionamento - Cuidados com repouso no leito
Risco de integridade da pele prejudicada	Caracterizado por Estado no qual o indivíduo apresenta risco de sofrer uma solução de continuidade na pele. Presença de fatores de risco: humidade	- Cuidados das UP - Prevenção UP - Vigilância da pele - Cuidados na incontinência urinária,
Deficit do Autocuidado: higiene corporal	Caracterizados por incapacidade para lavar o corpo ou partedo corpo; Relacionados com Enfraquecimento neuromuscular e/ ou músculo-esquelético	- Posicionamento - Cuidados com o repouso no leito - Assistência no autocuidado: banho/higiene - Cuidados com o períneo
Deficit do Autocuidado: alimentação	Caracterizados por Inabilidade para trazer o alimento até a boca. Relacionados com dificuldade perceptual ou cognitiva; enfraquecimento neuromuscular;	- Assistência no autocuidado: alimentação

Fonte: elaboração própria

1.9- Tratamento

Efectivamente já é sabido a grande importância da prevenção das UP. O senso comum entre os autores também diz que a prevenção das UP é mais importante que as propostas de tratamento. Porém também o tratamento das UP, assume uma importância fundamental na prestação de cuidados de saúde, com o intuito de evitar outras complicações, para os que já sofrem com as UP. Oliveira et al. (2014, p.152) ressalta “o tratamento do UP é complexo e visa não só a cicatrização da ferida no menor espaço de tempo possível, como a prevenção de novas feridas e evitar o agravamento das existentes.”

Segundo Saatkamp (2012, p.24), o enfermeiro desempenha um papel decisivo no tratamento das UP sendo ele o cuidador na prevenção, tratamento e cicatrização das feridas. Como já foi mostrado ao longo deste trabalho tratar é difícil e dispendioso, tanto do ponto de vista físico e psicossocial como económico, por conseguinte uma vez mais é apelado para a visão holística do enfermeiro no tratamento das feridas pois este tem a missão de zelar pelo bem-estar do utente, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. A GENEAUUP (2003, p.2) diz que o indivíduo deve ser olhado sob um ponto de vista integral e ser envolvido no tratamento, aumentando assim sua colaboração. Com efeito Oliveira et al. (2014, p.152) acrescenta “não tratamos uma ferida mas um indivíduo com ferida, portanto deve ter-se em atenção que o tratamento deverá ser holístico” por outras palavras, o tratamento deve iniciar com uma avaliação global do utente.

Todavia Rocha et al (2009, p.32) expõe que a identificação e o tratamento precoce permitem uma redução significativa dos custos, prevenir a progressão e acelerar a regeneração da úlcera de pressão. Portanto os autores (Rangel e Caliri 2009 p.72) incluem no tratamento das UP dentre outras medidas preventivas o controle de sobrecarga nos tecidos que visa favorecer a viabilidade dos tecidos moles e promover a cicatrização da UP. Como se pode ver, as medidas de prevenção são também medidas de tratamento

Na prática Oliveira et al. (2014, p.152) considera que a avaliação inicial é o primeiro passo para o tratamento da ferida. A GENEAUUP (2003, ps. 3 e 4) expõe que a avaliação inicial do utente deve incluir o exame físico e a história, com intuito de determinar quais os factores envolvidos no desenvolvimento da ferida, qual o ambiente em que se insere e que intervenções se adequam, identificar os factores de risco presentes, as patologias associadas, hábitos e estilos de vida e medicação em uso são um passo

importante desta avaliação. A NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.40) adita ajustar as expectativas de cicatrização na presença de múltiplos factores que dificultem a cicatrização da ferida. Esta avaliação contribui para o desenvolvimento de um plano de tratamento mais adequado e a supervisão permanente da cicatrização da ferida NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.40).

Para Oliveira et al. (2014, p.152) a avaliação da ferida é o passo seguinte para planear o tratamento. Avaliação da ferida deve incluir NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.40) coloração, temperatura ao redor, tecido predominante, área perilesional, tipo e quantidade de exsudato, odor, mensuração (altura, largura, profundidade) e a localização. Também Oliveira et al. (2014, p.153) salienta a importância do exame microbiológico na determinação do grau de contaminação e do agente contaminante ou infeccioso. A (NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.40) recomenda avaliar a úlcera por pressão numa fase inicial e reavaliá-la pelo menos uma vez por semana. Documentando os resultados de todas as avaliações das feridas. Observar a UP sempre que substituir o penso e procurar sinais que indiquem a necessidade de mudança de tratamento.

É impossível definir o nível de danos teciduais reais quando as UP estão recobertas por escaras. Para fazer o estadiamento das UP Carvalho (s/d p.183), faz-se necessário remover necrótico ou desvitalizado antes, ainda Rocha et al (2009, p.33) adiciona que a remoção deste tecido estimula a angiogénese e a formação de colagénio. Para facilitar a comparação mais clara dos diferentes tamanhos de feridas ao longo do tempo A NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.41) aconselha seleccionar um método fiável e uniforme para medir o comprimento e a largura da ferida ou da área circundante.

Na literatura Rocha et al (2009, p.33), Carvalho (s/d p.184), estão apontados quatro métodos distintos para o desbridamento: mecânico com lâmina/bisturi (cirúrgico); mecânico (irrigação directa com solução salina, turbilhão); enzimático (colagenase, estreptoquinase, firinolisina) e o autolítico (revestimentos oclusivos/suboclusivos como hidrofílmico, hidrogel, hidrocolóide)

As UP com colecção líquida, sem sinais de infecção, não devem ser desbridadas, a pele deve ser mantida como curativo biológico, portanto, recomendam-se o esvaziamento da bolha com manutenção da pele e a oferta de cobertura seca Carvalho (s/d p.191).

A limpeza é o primeiro e um passo importante na preparação do leito da ferida da úlcera por pressão com vista à cicatrização NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014 p.45) este deve ser efectuada sempre que se substitui o penso e após o desbridamento. A solução salina (soro fisiológico) é o agente de limpeza ideal em todo o tipo de úlceras de pressão Rocha et al (2009, p.33) a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014 p.46) indica também o uso de água potável. A solução de limpeza deve ser aplicada com pressão suficiente para limpar a ferida sem danificar os tecidos nem introduzir bactérias na ferida.

Em alguns casos recomenda-se curativos com substâncias apropriadas, indicadas, que favorecem a limpeza e a cicatrização da ferida. Para Rocha et al (2009, p.33) NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p.53) as características ideais de um revestimento incluem ser: biocompatível, estéril e impermeável aos micro-organismos, permitir a criação de um micro-ambiente húmido favorável aos processos cicatriciais, reduzir a dor, remover o exsudado excessivo, ser de fácil aplicação e remoção (com o menor traumatismo possível).

Os procedimentos cirúrgicos são geralmente indicados para o tratamento de úlceras de pressão de estágio III e IV que não respondem ao tratamento conservador otimizado Rocha et al (2009, p.36). A utilização actual dos procedimentos cirúrgicos em casos de úlceras por pressão consiste no desbridamento, que pode ser superficial, e pode ou não incluir a remoção de tecido ósseo seguido de reconstrução das bordas. Portanto para Carvalho (s/d p.191) ao fazer esta opção, uma cultura da ferida deve ser colhida no pré-operatório visando a prevenir infecções.

Com o exposto conclui-se que a atenção do profissional de saúde, nesses casos, deve estar voltada para a prevenção dessas lesões, no entanto, quando não foi possível evita-las, o tratamento adequado é indispensável. Devendo ser feito a base de desbridamento, curativos, limpeza e a cirurgia reparadora quando necessário, objectivando sempre o bem-estar e melhor qualidade de vida desses utentes.

Capitulo II- Fase Metodológica

2. Metodologia

Neste capítulo pretende-se demonstrar de que forma se desenvolveu o presente trabalho, caracterizando as principais etapas, sua organização, os procedimentos, as estratégias e os instrumentos utilizados.

Para maior sustentabilidade da pesquisa e para compreender os principais conceitos, primeiramente, baseou-se em uma revisão bibliográfica exploratória realizada em livros, artigos publicados relacionadas com o tema em estudo. Nesta fase recorreu-se as bibliotecas, a internet em bases de dados online (b.on, Scielo, RCAAP).

O texto final do trabalho tem estrutura e apresentação de acordo com os padrões específicas definidas pela própria instituição.

2.1. Tipo de estudo

Para alcançar os nossos objectivos a investigação foi sustentada por uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória, da abordagem fenomenológica, porque entendemos ser mais apropriado para o referente estudo, tendo em conta suas particularidades.

Os métodos qualitativos, baseiam-se nas crenças e numa abordagem holístico dos seres humanos, as quais orientam o processo de investigação Fortin (2009, p.291). Não reduzem a palavras e os actos a equações estatísticas. Logo a pesquisa tem o ambiente como fonte directa dos dados. Pode-se assim dizer que houve uma relação directa entre investigador e os participantes, mais precisamente, o investigador tende a conhecer os sujeitos como pessoas e experimentar o que eles vivem.

Como vimos o tema em questão não é abordada em Cabo Verde, com efeito pode-se considerar essa pesquisa exploratória.

Deste modo a abordagem é fenomenológica porque a observação dos fatos tal como ocorrem. É também um estudo descritivo porque pretende identificar, compreender e descrever as intervenções de enfermagem direccionados aos utentes com UP. Descrevendo o fenómeno através do ponto de vista dos entrevistados de acordo situação actual que se encontra.

2.2- Caracterização do campo empírico

Foi escolhido o meio natural onde os participantes do estudo trabalham, o Hospital Dr. Baptista de Sousa, mais precisamente no serviço de cirurgia. Segundo Fortin (2009, p. 217) nos estudos qualitativos, o meio onde os participantes vivem ou trabalham reveste-se de uma grande importância. Portanto achamos relevante caracterizar o campo empírico. O referido hospital localiza-se na cidade do Mindelo na ilha de São Vicente, situa-se à nordeste da ilha. O Serviço de cirurgia foi a eleita por ser o serviço, onde existe a população alvo que vão de encontro com as características do referido estudo e também onde se encontram enfermeiros que prestem cuidados de proximidade e holístico durante 24 horas, em que dividem da seguinte forma segundo a enfermeira chefe, uma enfermeira para dez utentes acamadas, uma enfermeira para catorze utentes parcialmente dependentes, uma enfermeira para 16 independentes.

O serviço de cirurgia, situa-se no 3º piso do referido hospital é um local bastante amplo, limpo, ventilado e Iluminado. Constituído por: uma recepção; uma sala dos enfermeiros; uma sala preparação de medicamentos; uma cozinha, um refeitório; uma sala dos ajudantes de serviços gerais; dois stocks de medicamentos; três arrecadações; um gabinete médico; uma sala do director de serviço; uma sala de curativos; um quarto de sujos; oite enfermarias, dos quais, cinco quartos com capacidade para sete camas e um berço, com respectivo WC, dois quartos com duas camas e um WC e um quarto com uma cama e um WC, sendo este usado para o isolamento. Concluindo essa enfermaria contém 40 camas para internamento. A organização da enfermaria é por utentes infectados e não infectados, separada por género.

A equipa multidisciplinar normalmente é formada por 13 enfermeiros, sendo doze enfermeiros escalados e uma enfermeira chefe; nove médicos, dos quais um cirurgião plástica, dois urologistas, seis cirurgiões; seis auxiliar de serviços gerais e um administrativo. Ainda contam com o serviço de cinco enfermeiros voluntários.

Os turnos efectuados pelos enfermeiros são divididos em manhã que tem a duração de sete horas, tarde que tem a duração de seis horas e noite com duração de onze horas.

2.3- Público-alvo

O público-alvo escolhido foram os enfermeiros que prestam serviços na enfermaria de cirurgia visto que como mostrado anteriormente, podem oferecer as informações

necessárias para o estudo. Logo Fortin (2009, p.311) define a população alvo como “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

Por conseguinte definimos como critérios de inclusão:

- Enfermeiros licenciados;
- Enfermeiros que fazem turnos na enfermaria de cirurgia;
- Ter experiência de trabalho na enfermaria de pelo menos 3 anos.

Escolheu-se os enfermeiros de turno licenciados porque pelo seu estatuto acreditamos que dispõem as bases para pesquisarem sobre determinado assunto e usar os achados científicos encontrados na sua prática clínica.

Achamos relevante considerar o nível de experiência pelo facto de ser um componente essencial no processo de conhecimento e de intervenção, pelo que permite o enfermeiro focalizar naquilo que é relevante numa determinada situação.

De acordo com as características predefinidas, excluimos os enfermeiros que não estavam em concordância com os critérios de inclusão, portanto obtivemos como resultado final uma amostragem de seis enfermeiros. O que vai de acordo com os pressupostos de Fortin (2009, p.299) que diz o número de participantes é geralmente pequeno (seis a nove).

2.4- Métodos/Instrumentos de recolha de dados

A escolha do método para recolha de informações constitui um aspecto importante. Nesta etapa iniciou-se a aplicação do guião da entrevista a fim de efectuar a colecta de dados para a elaboração da pesquisa.

Dentro da abordagem qualitativa foi escolhido a entrevista, pois conforme Marconi e Lacatos (2003,p195) “Entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.” Com este instrumento obtém informações directamente do entrevistado, permitindo assim relacionar melhor com os participantes e compreender as suas perspectivas, gerando uma maior ligação as suas realidades.

Foi adoptado neste estudo a entrevista estruturada, onde o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido Marconi e Lacatos (2003,p196). Os instrumentos de recolha de dados escolhidos foi a utilização do formulário segundo Prodanov e Freitas (2013, p.111), é uma espécie de questionário preenchido pelo próprio pesquisador de

acordo com as respostas do informante. Tem como vantagem permitir esclarecimento verbal adicional para as questões de entendimento mais difícil.

Este formulário continha perguntas abertas, porque permite obter respostas no seu sentido mais amplo, deixando que os entrevistados se expressem abertamente do assunto e também permite ao investigador seguir o pensamento dos participantes, orientando-os em função dos objectivos traçados.

A entrevista, foi conduzido de acordo com o guião (apêndice 1) concebido. Foi delineado um total de vinte e quatro perguntas divididas em quatro grupos. O primeiro grupo (com seis perguntas) indica a caracterização geral dos entrevistados, o segundo grupo (com 4 perguntas) engloba questões relacionadas com as úlceras de pressão (definição, factores de risco classificação, locais e estádios) e o terceiro grupo (com doze perguntas) abrange os cuidados específicos de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão e o quinto grupo (com uma pergunta) inclui os recursos disponíveis para prevenção das UP.

Para validar o instrumento de recolha de dados inicialmente foi feito um pré-teste em que foi entrevistada dois colegas, deste modo foi possível verificar a aplicabilidade e fiabilidade do formulário.

Para Carmo e Ferreira, (1998, p.127),

“em termos globais o objectivo de qualquer entrevista é abrir a área livre entre os interlocutores [...] reduzindo a área secreta do entrevistado e a área cega do entrevistador [...]. [...] uma primeira forma de o fazer e através da apresentação bem feita [...].”

Por essa razão e para evitar constrangimentos, inicialmente foi combinado com os entrevistados o dia e a hora em que estavam disponíveis para a concretização da mesma. Não foi preciso apresentação pelo facto de já conhecermos o que facilitou o contacto. Com isso foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados, onde foi entrevistado um a dois enfermeiros por dia.

Os enfermeiros estiveram colaborantes, respondendo todas as questões sem hesitação, favorecendo assim um bom diálogo entre o entrevistador e o entrevistado. O tempo de duração necessário para a entrevista variou entre 20 a 30 minutos. Durante as entrevistas foi preservado a serenidade, comodidade, privacidade e confidencialidade dos mesmos.

2.5- Aspectos éticos

Qualquer pesquisa feita junto a humanos pode causar malefícios a pessoa por isso, sempre levante questões ético e morais. Logo para Fortin (1999, p.116) é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades da pessoa que participa na investigação.

Portanto para Prodanov e Freitas, (2013 p.20) expõe,

“a visão ética dedica-se sobremaneira a direcionar tamanha potencialidade para o bem-comum da sociedade, no sentido mais preciso de, primeiro, evitar que os meios se tornem fim; segundo, que se discutam não só os meios, mas também os fins e, terceiro, assegurar que os fins não justifiquem os meios.”

Consequentemente em todas as etapas do estudo foram asseguradas os princípios éticos imprescindíveis a qualquer investigação. Durante a elaboração do trabalho os autores consultados para a pesquisa foram devidamente citados, evitando assim o plágio.

Foi enviado a direcção do Hospital Batista Sousa, um requerimento escrito para solicitar permissão para desenvolver a pesquisa no serviço referido (apêndice 3).

Antes da entrevista foi entregue aos participantes, um termo consentimento livre esclarecido (apêndice 2), nesse momento foi explicado todas as regras da participação na entrevista, o objectivo e as características do estudo, respeitando assim a intimidade, a privacidade, a confidencialidade e o anonimato, quer dos sujeitos, quer dos dados recolhidos. Segundo Fortin (2009, p.193) para que o consentimento seja esclarecido é preciso a pessoa dispor de toda a informação necessária para poder discernir sobre a sua participação.

Para garantir o anonimato dos enfermeiros entrevistados atribuiu-se um nome fictício para cada um (E1, E2, E3, E4, E5, E6), podendo assim salvaguardar a identidade de todos.

Capitulo III- Fase Empíri

3.1- Análise e Apresentação de dados

Neste capítulo expomos a análise e apresentação dos resultados obtidos ao longo desse trabalho com base nos objectivos traçados e sustentado pelo guião da entrevista. Após revisão e análise das questões das entrevistas, como síntese de conhecimento emergiram três categorias (quadro 1) que serão discutidos a seguir.

Para apresentação dos conteúdos triamos os principais dados encontrados na entrevista, deste modo, considera-se que esta análise transmite a realidade comunicada pelos entrevistados.

Quadro:2- Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
I - Conceitos das úlceras de pressão e factores de risco	I- estádios das UP II- locais do corpo onde se desenvolvem com maior frequência
II- Prevenção das úlceras de pressão	I- o principal responsável pela prevenção das úlceras de pressão. II- Ações preventivas desenvolvidas pelos enfermeiros III - importância da prevenção das UP
III- dificuldade sentida pelos enfermeiros na prevenção das UP	

3.1.1-Identificação

Pretende-se analisar o perfil dos participantes do estudo. A caracterização dos mesmos é feita em função do sexo, idade, profissão, habilitação académica e tempo de actividade profissional. Como dito anteriormente para garantir o anonimato dos enfermeiros entrevistados atribuiu-se uma identificação fictício para cada um (E1, E2, E3, E4, E5, E6), podendo assim salvaguardar a identidade de todos.

Quadro:3- perfil da amostra

Enfermeiro(a)	Sexo	Idade	Habilitações Académicas	Tempo de actividade profissional (anos)	Tempo de actividade profissional no serviço (anos)
E1	Feminino	38	Licenciatura	15	9
E2	Feminino	53	Licenciatura	28	3
E3	Feminino	27	Licenciatura	3	3
E4	Feminino	39	Licenciatura	11	11
E5	Feminino	45	Licenciatura	11	3
E6	Feminino	46	Licenciatura	11	6

Fonte: Elaboração própria

Em síntese pode-se verificar pelo quadro 2 que todos os enfermeiros incluídos no estudo são do sexo feminino. Relativamente a idade dos participantes, estão compreendidas ente 27 a 53 anos. No que tange habilitações académicas todos são enfermeiros são licenciados visto que este ser um dos critérios de inclusão. No que diz respeito com a tempo de actividade profissional repara-se que a maioria tem mais de 10 anos de trabalho e apenas um com 3 anos, enquanto ao tempo de actividade profissional no serviço está compreendido entre 3 a 11 anos.

3.1.2- Categorias

Categoria I - Conceitos das úlceras de pressão e factores de risco

O conceito das UP revela-se de grande utilidade pois a sua definição, remete para o papel da pressão, como um factor importante para sua origem, logo a importância dessa categoria. Queríamos com isso averiguar a percepção dos enfermeiros sobre o conceito das UP e os factores contribuintes pelo seu aparecimento, de acordo com o seu entendimento.

Analisando as respostas conclui-se que os enfermeiros têm noção sobre o que são as UP. A maioria realçou sobre os termos pressão e a prominência óssea, expondo que são lesões provocadas quando as proeminências ósseas estão sobre pressão prolongada na cama ou cadeira, surgindo por vezes necrose dos tecidos.

E2- *“é uma lesão resultante da pressão de uma área do corpo onde há prominência óssea, com uma superfície dura”*

E6- *“é uma área de necrose celular localizada que se forma quando há cumprimento da área de tecido mole com prominência óssea por longo período de tempo”*

Apenas uma referiu a falta de manuseamento do utente. **E1-** *são feridas ou úlceras provocadas por acamamento prolongado sem mudança de decúbito*

Apesar das suas definições remeterem para definição internacional de úlcera de pressão da NPUAP/EPUAP (2009), contudo sabe-se que as UP podem surgir em locais sem prominências óssea, por exemplo pressão quando o tecido mole é comprimido externamente por uma SNG, tubo nasal de oxigénio, cateter urinário.

Em relação aos factores de risco como elucidado anteriormente são vários os factores associados que contribuem para o surgimento das UP. Foram mencionados diversos factores pelos entrevistados e todos destacam a idade, imobilidade, nutrição e doenças degenerativas, em suma, os enfermeiros valorizaram os factores intrínsecos ao utente. Apenas um referiu ao comprometimento medular, sabe-se que é uma causa importante para a imobilidade. A idade foi considerada um factor importante pelos enfermeiros. Apenas duas apontaram os factores extrínsecos (pressão, fricção e o cisalhamento, embora sejam coadjuvantes no desenvolvimento das UP.

E2 *“idade, mobilidade, alteração do nível de consciência, doenças degenerativas, cisalhamento, fricção, humidade, ma nutrição, comprometimento medular”*

E3 *“deitado na mesma posição, calor, perda de sensibilidade, imobilidade, desnutrição, obesidade, doenças degenerativas e idade”*

E4 *“humidade, má nutrição, edema, paralisia, stress, imobilidade, pressões prolongadas, frisão, cisalhamento, idade avançada, traumatismo, incontinência urinária e fecal”*

E5 *“obesidade, idoso incapacitado, doenças degenerativas, incontinência, desnutrição”*

Subcategoria I- estádios das UP

Quanto aos estádios das UP apenas uma não soube os identificar, sendo que os outros identificaram quatro estágios e foram descritos de forma semelhante. O primeiro estágio a pele contínua intacta, embora á alteração da cor e da temperatura, no segundo indicaram uma lesão superficial com ou sem flictenas. Na terceira apontaram lesões nas camadas mais profunda da pele e com necrose e no último estágio apontaram uma destruição total com exposição de músculos e dos ossos. Como é evidente os quatros estádios estão mais harmonizados com o mais recomendado.

E2, E4- *“4 estádios. A primeira presença de pele intacta, mas com rubor, a segunda a perda parcial da pele, envolvendo a epiderme ou as duas camadas a úlcera é superficial pode ter bolhas ou uma cratera rosa; a terceira a perda total da pele com necrose e a quarta a perda total da espessura da pele e danos nos músculos e tendões e/ou ossos.”*

Subcategoria II- locais do corpo onde se desenvolvem com maior frequência

Tendo em consideração os locais do corpo onde se desenvolvem com maior frequência, as entrevistadas referenciaram diferentes locais. Já com a definição apresentaram as proeminências ósseas como as zonas que podem surgir UP com mais facilidade, principalmente os locais do, trocânteres, sacro-cocígea, calcâneos, cotovelo, omoplata, occipital, orelhas.

E4- *“cotovelos, omoplata, calcâneos, maléolos região sacral, grande trocânter e joelhos”*

E6- *“coxis, glúteos, calcâneos, trocânteres e orelhas”*

Categoria II- Prevenção das úlceras de pressão

Nesta categoria, pretendíamos apurar os conhecimentos dos enfermeiros no que tange as intervenções de enfermagem referente a prevenção das UP e sua importância. Com isso surgiu 3 subcategorias:

Subcategoria I- o principal responsável pela prevenção das úlceras de pressão.

Em relação a esta subcategoria os enfermeiros mostraram opiniões diversificadas.

E1- *“são os familiares, uma vez que passam mais tempo com eles”*

E2- *“todo cuidador quando em casa, e toda equipa multidisciplinar no internamento”*

E4- *“instituições de saúde - enfermeiros, em casa familiares”*

E3,E5,E6- *“Ministerio de Saúde, equipa multidisciplinar nas instituições, e cuidadores em casa”*

Vê-se que apenas uma enfermeira considera os familiares como o único responsável pela prevenção das UP. Observa-se que os enfermeiros (E3,E5,E6) não se consideram os únicos responsáveis pela sua prevenção com também a equipe multidisciplinar e o próprio sistema. Sabe-se do papel do enfermeiro na prevenção das UP, contudo já é sabido a multifactoriedade na origem das mesmas, por isso a responsabilidade é de todos como referiu as enfermeiras

Subcategoria II- Ações preventivas desenvolvidas pelo enfermeiro

Apesar das entrevistadas reconhecerem a importância da utilização das escalas de avaliação de risco para a prevenção e tratamento das UP, todos negaram a utilização de escalas para avaliar os riscos. E ainda E2,E3,E5 indicam a escala de Brandem como referencia.

E2- *“auxilia a enfermeira a avaliar o grau de risco do utente e a fazer um plano de cuidados e prevenção”*

E4- *“porque permite avaliar o risco individual de cada utente e de acordo com o resultado, escolher acções de enfermagem para prevenção”*

E5- *“permite avaliar a evolução das UP, e a eficácia do tratamento”*

Com isso pode-se concluir a inexistência de protocolos nesse serviço para prevenção das UP. Compreendemos que o primeiro passo para a prevenção de UP é identificar os utentes em risco a fim de planear a melhor estratégia de forma a prevenir o desenvolvimento das UP, proporcionando cuidados de qualidade.

Proferindo as acções de enfermagem para prevenção das UP o quadro a seguir contém o número de vezes que determinadas acções de prevenção foram apontadas pelos enfermeiros, sendo assim representa um maior ou menor grau de importância e significado para os enfermeiros entrevistados.

Quadro:4- ações de prevenção apontadas pelos enfermeiros e o número de vezes que foi pronunciada.

Acções de prevenção	Nº de enfermeiros
Mudança de decúbito a cada 2 horas	6
Cuidados com a pele (higiene, hidratação)	4
Uso de equipamentos que aliviem a pressão em proeminências ósseas	4
Controlo da humidade	3
Manutenção de nutrição adequada	2
Utilização de colchão para redistribuição de peso corporal	2
Educação utente e família\cuidadores	1

Como mostra o quadro 3 foi unanime que a mudança de decúbito foi relatada como sendo a principal medida preventiva, em seguida foi Cuidados com a pele (higiene, hidratação) e Uso de equipamentos que aliviem a pressão em proeminências ósseas, depois o Controlo da humidade, seguindo a Manutenção de nutrição adequada e utilização de colchão para redistribuição de peso corporal e por último a educação.

A mudança decúbito foi referida por todos como a principal acção preventiva, contudo essa unanimidade já não se consta quando se trata com que frequência se realiza a alternância de decúbito. Como mostra os discursos, alguns afirmam que realiza essa mudança, de duas em duas horas no máximo, outro duas vezes no turno. Ainda uma ressalta o estado geral do utente e a disposição.

E1,E5, E6- *“duas em duas horas, com o auxílio de outro técnico”*

E2- *“depende do estado geral do utente e da patologia e também disponibilidade (tempo e numero de enfermeiros) ”*

E3- *“sempre que necessário”*

E4- *“duas vezes no turno”*

Os estudos anteriormente consultados ressaltam que deve ser realizada, sistematicamente, a cada duas horas ou mesmo antes atendendo a individualidade de cada utente, tendo em conta o seu estado clínico e a tolerância da sua pele e tecidos. Posso assim

dizer que os enfermeiros o fazem de acordo com a sua disposição, da necessidade do utente e da sua consciência.

Indagando sobre avaliação da pele do utente no momento da admissão. Perante a resposta obtida constata-se que nem todos o fazem.

E1- *“nem sempre, quando tem tempo”*

E4- *“somente as partes expostas, avaliação completa na hora da higiene”*

E3, E6- *“sim porque faz parte da colheita de dados (exame físico)”*

Foi mostrado na revisão da literatura que qualquer bom programa de prevenção começa com a avaliação da pele do utente. Mas já relativamente a frequência da vigilância, todos apresentaram a hora da higiene como o momento oportuno para o fazer. Mostrando que o fazem todos os dias. De facto, avaliação da integridade da pele é indicado como uma das principais medidas para a prevenção das UP.

Questionando sobre as condutas que utilizam em primeiro lugar, perante um utente acamado com incontinência urinária pode-se notar que apenas um enfermeiro referiu primeira a algáliação, enquanto os restantes responderam que em situações de incontinência, utilizam fraldas descartáveis e também os dispositivos urinários externos. Salientaram o uso da algália é o último recurso, pois já é sabido que é um meio invasivo e uma porta de entrada de infecções.

E1- *“algáliação”*

E2- *“controlar a incontinência utilizando dispositivos (Fralda e pen hose), manter a pele limpa e aplicar creme protector (óxido de zinco), algália em último caso.”*

E4- *“se for homem colocar um pen - hose ou fraldas, em último caso algáliação, mulher fraldas”*

A capacidade de auto-regeneração fica deficiente quando o organismo está em défice de aporte nutritivo, portanto foi importante saber como é feito o cuidado do estado nutricional dos utentes acamados. Como pode-se certificar, os enfermeiros enunciaram que a avaliação nutricional é feita através da avaliação do peso e observação da capacidade ingestão. E também se pode observar que os entrevistados estão conscientes especificidades individuais e do trabalho em equipa quando falam da avaliação do nutricionista.

E2- *“é solicitado a avaliação do nutricionista, e alimentação é feita pela enfermeira ou familiares”*

E4- “assegurar uma boa ingestão dietética para prevenir a mal nutrição, e de acordo com as necessidades de cada pessoa dar suplementos nutricionais”

E6- “avaliar o peso do utente, a capacidade de comer e ingestão de alimentos”

Observa-se, que a educação é subvalorizada, porém o conhecimento tem um papel crucial na promoção e prevenção da saúde. Ponderando que o cuidador é a extensão do enfermeiro no domicílio, é importante que o enfermeiro o instrua e capacite para desempenhar um papel na prevenção o mais eficiente possível.

Subcategoria III - importância da prevenção das UP

Na visão dos entrevistados é importante prevenir as UP, porque esta problemática, aumenta os custos para as instituições de saúde, conseqüentemente para o SNS, já que este tende a ficar mais tempo internado, além disso prejudica quadro clínico do utente. Como vê no discurso dos enfermeiros, estes preocupam com a qualidade de vida do utente e da família, devido ao impacto negativo que as feridas trazem para a vida das pessoas.

E2- “evita o sofrimento, diminui o tempo do internamento e mortes, e é mais fácil e barato para o SNS”

E3- “garantir a qualidade de vida”

E4- “a prevenção evita o sofrimento do utente, diminui os custos das instituições da saúde, diminui o tempo de internamento, diminui o stress físico dos familiares e enfermeiros”

E5- “pois ajuda na saúde física e mental do utente”

Nesta análise pode dizer que os enfermeiros mostraram conhecimento acerca da importância do assunto, assim como conhecimento das medidas que visam evitar o aparecimento de úlceras de pressão.

Categoria III- dificuldade sentida pelos enfermeiros na prevenção das UP

Nesta categoria foi salientada como dificuldades para prevenção das UP, o número deficiente de enfermeiros, o tempo para prestar cuidados e os equipamentos especiais para redução da pressão (colchões, almofadas, agentes tópicos). Foi provado que o uso de equipamentos de alívio e redistribuição da pressão contribui na prevenção de úlceras de pressão, na medida que tem influência nos factores extrínsecos, embora foi salientada que os recursos disponíveis são poucos. Também foi reconhecido que o sucesso de qualquer intervenção também depende do grau de interesse da equipe e a coesão do mesmo, não

culpabilizando apenas a falta de recursos. A falta de tempo foi associada ao reduzido número de recursos humanos, relatando efectuam os procedimentos de acordo com a prioridade, deixando perceber que à prevenção de UP não é uma prioridade. A falta de formação foi mencionada com um factor que dificulta na prevenção das UP, de facto o conhecimento na área é de extrema relevância para o sucesso terapêutico e a qualidade dos cuidados de saúde.

E1- *“sozinho muitas vezes não consigo fazer mudança de posição, e muitas vezes a falta de tempo devido ao excesso de trabalho”*

E2- *“o numero reduzido de enfermeiros, a equipa multidisciplinar não funciona, ausência dispositivos de alívio”*

E3- *“falta de recursos humanos e dispositivos de alívio, interesse da equipe”*

E4- *“falta de formação nessa área e como e qual escala utilizar, falta de materiais de auxilio para utentes acamados”*

E5- *“falta de recursos humanos e materiais (colchões, almofadas, agentes tópicos)”*

E6- *“a falta de tempo devido ao excesso de trabalho e a falta de recursos humanos e materiais”*

3.2- Discussão da análise de dados

Refere-se à reflexão dos resultados evidenciados na apresentação e análise dos dados e a sua confrontação com o conhecimento teórico que serve de sustente ao presente trabalho. Desta forma, opta-se por discutir os dados de acordo com os objectivos traçados.

Os objectivos propostos pela pesquisa vieram ao encontro da necessidade da construção de conhecimentos sobre as úlceras de pressão na nossa sociedade. O objectivo geral estabelecido foi identificar as acções, desenvolvida pelos enfermeiros para a prevenção das úlceras de pressão. Com o término da análise das informações obtidas das entrevistas posso dizer que esse objectivo foi claramente atingido.

Em relação ao primeiro objectivo específico: Identificar a percepção dos enfermeiros acerca das úlceras de pressão. De acordo com as informações apresentadas no enquadramento teórico, verificou-se que os enfermeiros percebem a definição das UP já que a definição mais aceite o descreve como um fenómeno complexo envolvendo vários factores relacionados ao utente e ao meio externo ao qual está submetido. Quanto aos

factores de risco ainda, não estão totalmente esclarecidos, visto que a maioria não identificou os factores externos, como já esclarecido estes devem ser incluídos, pelo seu papel relevante no desenvolvimento das UP, contudo mostraram conhecimentos sobre os factores intrínsecos que são inerentes ao próprio individuo. São vários os factores de riscos que contribuem para o desenvolvimento de uma UP por isso é extremamente importante que os profissionais tenham conhecimento desses factores, bem como a origem dos mesmos, para aplicação de acções preventivas mais eficientes.

Ainda vale ressaltar que esses enfermeiros mostraram conhecimentos sobre a classificação e os locais mais provável em surgir uma UP, que também é uma sabedoria útil na prevenção e tratamento das UP.

Abordando o segundo objectivo específico: Descrever as intervenções de enfermagem que visam a prevenção de úlceras de pressão nos utentes acamados, podemos apurar que foi concluída.

As entrevistadas em seus relatos deixaram transparecer que não são os únicos responsáveis pela prevenção das UP, de facto a literatura (UMCCI, 2007, p.7) e (Pini, 2012, p.113) aponta a responsabilidade a toda a equipa multidisciplinar, no entanto não podem esquecer que esse problema é sensível as intervenções autónomas de enfermagem.

Com as entrevistas percebemos que o serviço não dispõe de protocolos para a prevenção das UP, nem escalas de avaliação de riscos, apesar dos enfermeiros estarem cientes sobre a sua existência e importância. Devido a ausência de um protocolo de assistência de enfermagem foi constatado que cada enfermeiro faz acções de prevenção de acordo com os próprios conhecimentos, por isso vale ressaltar a importância dos protocolos uma vez que os cuidados de enfermagem são melhor direccionados.

A nível dos cuidados de prevenção efectuados, do discurso dos inquiridos surgiram seis intervenções, são essas: mudança de decúbito; cuidados com a pele (higiene, hidratação); controlo da humidade; manutenção da nutrição adequada; uso de equipamentos que aliviem a pressão em proeminências ósseas e utilização de colchão para redistribuição de peso corporal; a educação. Comparando essas intervenções com as recomendadas pela literatura analisada, vê-se que estes estão correctos e todas essas intervenções são importante, no entanto não foram mencionadas por todas, ou seja cada enfermeiro apontou um ou dois intervenções, levando-nos a concluir que não dispõem de informação suficiente no que tange as acções preventivas.

Quanto ao último objectivo específico: Identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação das acções de prevenção de úlceras de pressão também foi atingida.

As dificuldades enunciadas estão relacionadas com o número insuficiente de enfermeiros, com a falta de tempo, insuficiência de recursos materiais, a falta de trabalho em equipa e a falta de interesse.

Podemos assim dizer que os enfermeiros dão grande relevância utilização de recursos materiais. De facto a falta recursos humanos e matérias contribuem fortemente na redução dos factores que potenciam o desenvolvimento das UP. No entanto a efectividade de algumas actividades depende, em grande parte, do interesse e coesão da equipa para prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Nos discursos analisados podemos perceber que prevenção das UP não é uma prioridade quanto falam da falta de tempo e a falta de interesse o que fica contrariado quando falam da importância da prevenção.

Foi constatado que ainda existe uma diferença entre a prática e a teoria, entre o que se diz e o que realmente se faz. Portanto, ressaltamos a necessidade de comprometermos com o próximo, a fim de fazermos para aquele que necessita de nossos cuidados como se estivéssemos cuidando de um familiar ou de nós mesmos. Queremos assim dizer que o comportamento do enfermeiro traduz-se pela acção ou reacção perante determinada situação, portanto mesmo com as dificuldades devemos dar o melhor de nos com o intuito de fazer uma enfermagem de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática das UP é considerado actualmente como um grave problema da saúde pública, devida, as suas repercussões nas outras dimensões da vida, entretanto, essa doença é reconhecida na literatura como de difícil entendimento e resolução, devido a sua multifactorialidade.

Nas instituições de saúde tem aumentando a demanda do atendimento a esses utentes, contudo o que revela a literatura que as acções preventivas não são satisfatório devido ao aumento da incidência e prevalência.

As alterações da integridade cutânea que resultam em lesões que acometem utentes hospitalizados nomeadamente as úlceras de pressão (UP), têm sido motivo de preocupação tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe multidisciplinar. Portanto como enfermeiras, podemos dizer que o papel dos enfermeiros se desenrola na possibilidade de uma grande partilha de responsabilidade, encaminhando para actuação, tanto como coordenadora, gestora de cuidados ou como facilitadora da dinâmica interactiva e interdisciplinar, isto é somos nos que acompanham passo a passo os aspectos que interferem directo ou indirectamente com o bem-estar do utente.

Concluimos nesse estudo que os enfermeiros apesar de terem conhecimento sobre as ulceras de pressão, vê-se uma grande necessidade de aperfeiçoar as práticas preventivas, pelo que o cuidado mais enunciado foi a mudança de e pudemos observar como é necessário uma prática de enfermagem devidamente fundamentada em evidência.

Os enfermeiros em particular assumem uma posição de grande responsabilidade, tendo em vista que é o profissional que passa maior parte do tempo com o utente, portanto exerce uma função fundamental na prevenção e identificação precoce para o encaminhamento e tratamento, estes devem ter uma postura de disponibilidade e empatia frente aos seus utentes.

Por isso devemos exigir de nos mesmos a excelência dos cuidados, para maior eficácia na prevenção das UP, pois o aumento no número de casos de UP resulta do

aumento de indivíduos expostos aos factores favoráveis ao desenvolvimento desse problema.

Isto levanta a necessidade de estarem sempre actualizados, de modo a prestar cuidados de excelência, porque o cuidado não se resume apenas ao cuidado humano como também ao cuidado técnico-científico.

Foi observado que os enfermeiros não utilizam escalas para auxiliá-los na avaliação dos riscos de úlceras de pressão, devido a falta de hábito e incentivo na sua utilização na instituição, no entanto cabe ao enfermeiro a responsabilidade de tornar um perito na sua área.

A limitação de recursos foi apresentado como um factor limitante para prevenção de lesões e desmotivadores para a equipe.

Este trabalho contribuiu para o nosso desenvolvimento, quer a nível pessoal, quer profissional, pois pudemos desenvolver e aprofundar competências a nível da estruturação e elaboração de um trabalho de investigação e ficamos mais conscientes sobre a importância da prevenção das UP.

As dificuldades sentidas foi mesmo a elaboração desse trabalho visto que a primeira vez que fazemos um trabalho científico. Não encontramos dificuldades na aplicação das entrevistas, visto que os enfermeiros do serviço de mostraram-se disponíveis.

Constatamos que a produção científica nessa área tem vindo a aumentar nos últimos anos, porém é pouco os autores que debruçam nessa temática no nosso contexto por isso deixamos como recomendação, que deveria ser realizado trabalhos semelhante em Cabo Verde, tendo em consideração que parte significativa dos estudos que estão integrados nesta revisão fora realizada em contextos diversificados. E melhorar as estratégias de formação e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de utentes com problemas relacionado com mobilidade. Capacitar os profissionais de saúde para identificar, descrever e registrar as úlceras por pressão e seu estadiamento. Elaboração de um protocolo de prevenção das úlceras por pressão. Disponibilizar mais recursos humanos e materiais. E também melhorar o trabalho em equipa.

Referencias Bibliográficas

1. Albert Einstein, (2010), Protocolo de prevenção de ulcera por pressão, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, acessado em http://www.einstein.br/ensino/ead/cuidados_de_enfermagem_nas_lesoes_por_pressao?gclid=CL77nOrHm88CFcoW0wod0w8PqQ
2. Alves, P., Amado, J., Ramos, P., Mota, F., Oliveira, J., (2014), Úlceras de pressão *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
3. Alves, P., Vales, L., Amado, J., (2014), Desafios da investigação e indicadores de qualidade em feridas *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
4. Angarten, M.,(1980). Detecção de alterações em exame físico da pele da região de apoio de utentes submetidos prolongadamente a um mesmo decúbito. ISSN 1984-0446 Rev. Brasileira de Enfermagem. vol.33 no.4 Brasília. Acessado em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671980000400443
5. Brasileiro, B., Vieira, J., Silveira, C., (2010), Avaliação de traumatismos faciais por acidentes motociclísticos em Aracaju. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.10, n.2, p. 97-104,
6. Cainé, J., Pereira, R., (2014), Qualidade de vida em pessoas portadoras de feridas- Dos conceitos aos contextos: enquadramento *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
7. Carmo, H., Ferreira, M., (1998), Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem. Universidade aberta, Lisboa, ISBN 972-674-231-5
8. Carvalho, E. (2012). Capítulo IX: Úlceras por pressão: conhecer, prevenir e tratar. Acessado em <https://projetopelesa.files.wordpress.com/2011/11/baixe-um-capc3adtulo-grc3a1tis.pdf>
9. Carvalho, L., Ferreira, S., Silva, C., Santos, A., Costa, C. (2007). Concepções dos académicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. v.31, n.1, p.77-89 jan./jun. Regebe acessado em [:http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1394/1029](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1394/1029)

10. Coelho, A., Lopes, O., Melo, P., Castro, E.,(2012), O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar Rev Rene. 13(3):639-49.
11. Costa P, Goldstein E, Ribeiro N et al.,(2010),Prevalência de úlceras por pressão em um centro de terapia intensiva. Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online. out/dez. 2(Ed. Supl.):111-114. ISSN 2175-5361
12. Cruz, D., (2015),Do risco ao desenvolvimento de Úlceras por Pressão: a realidade de um serviço de medicina, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
13. Domenico. E., Ide. C., (2003), Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev Latino-am Enfermagem janeiro-fevereiro; 11(1):115-8 www.eerp.usp.br/rlaenf
14. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevenção de Úlceras de Pressão.Guia de Consulta Rápido. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Acedido em: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf
15. European Pressure Ulcer Advisory Panel(2013), Pressure ulcers:Just the facts!
16. Ferrito, C., (2002). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre a necessidade de informação científica para prática de enfermagem, Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, apresentada na ISCTE.
17. Fortin, M., (1999), O processo de investigação: Da concepção à realização, Loures, Lusociência.
18. Fortin, M., (2009), Fundamentos e Etapas do Processo de investigação, Loures, Lisodidacta
19. Gil, M., (2014). Feridas em pediatria – especificidades *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
20. García, P., Ibars, P., Martínez,F., Perdomo, E., Rodríguez,M., Rueda, J., Soldevilla, J., Verdú, J., (2006)Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006, 1ª edición. ISBN-10: 84-690-0926-5
21. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), (2003), Directrizes gerais sobre o tratamento das ulceras de pressão.
22. ICE (2008), Colectânea de enfermagem e ulceras de pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados. Editor: Grupo ICE, ISBN: 978-972-8612-41-2

23. ICE (2010), Prevenção de úlceras por pressão:Manual de Orientações para a Macaronésia 2ª Edição, Açores, ISBN: 978-972-8612-43-6
24. Lourenço, S., (2014),Nutrição no tratamento de feridas *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
25. Maia, R., (2012), Úlceras de pressão: prevalência e Catarerização em hospitais na região Norte de Portugal, Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual.
26. Maroni, M., Lakatos, E., (2003),Fundamentos de metodologia científica, são Paulo, quinta edição, Atlas editora, ISBN 85-224-3397-6
27. Matos, A., (2010), HEMORIO Protocolos de Enfermagem: Prevenção e tratamento de úlcera por pressão, 1ª edição. Rio de Janeiro.
28. Menegon, D., Bercini, R., Santos, C., Lucena, A., Perreira, A., Sain, S., (2012). Analises das subescalas de Branden como indicativos de risco para úlceras de pressão. Texto Contexto Enfermagem Florianópolis 21(4):854-61.
29. Miranda, M., (2014).... *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
30. Miyazaki. M., Caliri, M., Santos C., (2010), Conhecimento das recomendações para a prevenção da úlcera por pressão pela equipe de enfermagem de um hospital universitário. Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Revista Latino-Americano de Enfermagem 18(6):www.eerp.usp.br/rlae
31. Mochnaez I., Murakami M., (2000), Bases do tratamento e prevenção de úlceras por pressão. Rev Enferm UNISA 1: 40-3.
32. Montanari, T., (2016), Histologia.Texto, atlas e roteiro de aulas práticas. Sistema Tegumentar, Capitulo 11, 3ª edição, Edição do Autor, Porto Alegre, acessado em: <http://www.ufrgs.br/livrodehisto/pdfs/11Tegumen.pdf>
33. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014).Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia.
34. Nogueira PC, Caliri MHL, Santos CB. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do Hospital

das Clínicas da FMRP-USP. Medicina (Ribeirão Preto). 2002;35:14-23.acedido em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/787/798>

35. O Portal Saúde (2008), O Nosso Corpo - A pele 3. Volume II, Lisboa acedido em http://www.oportalsaude.com/xfiles/onossocorpo/o_nosso_corpo_1008.pdf

36. Oliveira, E., Santos, L., Almeida, K., (2013).Prevenção das úlceras por pressão e acções de enfermagem. Revista Digital. Buenos Aires, Nº 178. Acedido em: <http://www.efdeportes.com/efd178/prevencao-das-ulceras-por-pressao.htm>

37. Oliveira, J., Ramos, P., Mota, F.,(2014),Tratamento das úlceras de pressão in Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática - Novembro Editores Pinto e Vieira ISBN 978-989-20-5133

38. Paço, R., (2014),Anatomia e fisiologia da pele in Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro

39. Pedroni, L., Bonatto, S., Mendes, K., (2014),O impacto da desnutrição no desenvolvimento e na gravidade das úlceras por pressão: uma revisão da literatura. RBCEH, Passo Fundo, v. 11, n. 1, p. 89-102, jan./abr. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2014.3891>

40. Pereira, B., Vargens, O. (2008), Prevenção de úlceras de pressão: A realidade em um hospital universitário. Acedido em: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/prevencao%20de%20ulceras%20de%20pressao.pdf>

41. Pereira, C. (2014). Programa contínua de qualidade: prevenção de ulceras. SESARAM. Acedido em :http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CentroSaudeCurrealFreiras_PrevencaoUlcerasPorPressao_Madeira.pdf

42. Pereira, S., Soares, H., (2012),Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis, Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 7 - Jul. 2012 pag.139-148

43. Pini, L., (2012), Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Dissertação em evidência e decisão em saúde .2º ciclo de estudos.

44. Potter, P., Perry, A., (2003), Fundamentos de Enfermagem -Conceitos e Procedimentos,5ª Ed.Lusociência.Loures,.

45. Prodanov, C., Freitas, E., (2013), Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico, 2ª edição Universidade Feevale, Rio Grande do Sul.
46. Rangel, E., Caliri, M., (2009), Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. Rev. Eletr. Enf.;11(1):70-77.
47. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, (1996), acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
48. Reis, R., (2014), Superfícies de apoio *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro 2014
49. RELATÓRIO ESTATÍSTICO (2008) Ministério da Saúde Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação Praia, Dezembro de 2009
50. RELATÓRIO ESTATÍSTICO (2011), República de Cabo Verde - Praia, Dezembro de 2012
51. Rocha, J.A.; Miranda, M.J.; Andrade, M.J. (2006) “Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão - Intervenções baseadas na evidência” Acta Médica Portuguesa. 19, 29-38.
52. Rodrigues, A., (2009), Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem; Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
53. Saatkamp, F., (2012). Cuidados de enfermagem na prevenção da ulceras por pressao em utentes hospitalizados. Monografia do curso de enfermagem da universidade UNIVATES. Acedido em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/412/1/FernandaSaatkamp.pdf>
54. Silva, A., Francelino, G., Silva, M., Romanholo, H. (2011), A Enfermagem na Prevenção de Úlceras por Pressão por Fatores Extrínsecos em um Hospital Público no Município de Espigão do Oeste-RO.11p. Revista Eletrônica da Facimed, v.3,n.3, p.352-362, jan/jul. ISSN 1982-5285. Acedido em <http://www.facimed.edu.br/site/rev>
55. Silva, C., (2011), Perfil nutricional e ulceras de pressão em pacientes hospitalizados. Monografia do curso de nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

56. Silva, H., (2014), Posicionamentos terapêuticos pressão *in* Prevenção e Tratamento de Feridas-Da Evidência à Prática ISBN 978-989-20-5133- Primeira edição | Novembro
57. Souza, T., Maciel, O., Méier, M., Danski, M., Lacerda, M., (2010), Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília maio-jun; 63(3): 470-6.
58. Souza, T., Maciel, O., Méier, M., Danski, M., Lacerda, M., (2010), Estudos clínicos sobre úlcera por pressão, Revista Brasileira Enfermagem, Brasília maio-jun; 63(3): 470-6.
59. Souza, T., Maciel, O., Méier, M., Danski, M., Lacerda, M., (2010), Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 470-6.
60. Trindade, S., (2013), Estudo da incidência e prevalência de úlceras de pressão na unidade de promoção de autonomia e bem-estar da encarnação, Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados no I Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
61. Vieira, C., Cação, C., Neves, C., Costa, D., santarém, I., (2014), Projecto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: a qualidade dos cuidados na prevenção, monitorização e registo de úlceras de pressão. Centro Hospitalar Médio Tejo.
62. Vilela, A.,() anatomia e fisiologia Humana. Sistema tegumentar. Biologia matérias didácticos, acessido em <http://www.afh.bio.br/tegumentar/tegumentar.asp>

Apêndice

Guião de Entrevista

a) Identificação

Sexo: Feminino____ Masculino____

Idade: _____anos

Habilitações Académicas:

Com Bacharel () Licenciatura() Especialidade() Mestrado ().

Categoria profissional:_____

Tempo de actividade profissional_____ Anos

Tempo de actividade profissional no serviço____ Anos

b) Conceitos das úlceras de pressão

1- O que entendes por úlcera de pressão?

2- Identifica os factores de risco associados as UP nos doentes acamados?

3- Quais os locais do corpo onde desenvolvem úlcera de pressão com maior frequência?

4- Quanto estágio é dividido uma úlcera e quais são esses estágios?

c) Prevenção das úlceras de pressão

5- Na sua opinião, quem é a principal responsável pela prevenção das úlceras de pressão e porque?

6- Você utiliza alguma escala para avaliar o grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, se sim, qual é?

7- Na sua opinião, qual é a importância da utilização de uma escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão?

8- Quais as medidas para prevenção das UP que utiliza?

9- Avalias a pele do utente no momento da admissão do utente?

10- Qual a frequência que você realiza a vigilância da pele do utente acamado?

11- Na sua opinião, qual a conduta que você realiza em primeiro lugar, perante um utente acamado com incontinência urinária?

12- Quando e como realiza a mudança de posição do utente acamado?

13- Como é feito o cuidado do estado nutricional dos utentes acamados?

14- Quais os cuidados de enfermagem prestados aos doentes acamados com úlceras de pressão?

15- Quais as dificuldades encontradas na implementação das acções de prevenção de úlceras de pressão?

16- Porque é importante prevenir as UP?

d) Recursos disponíveis

17- Quais as superfícies de apoio que utiliza para aliviarem a pressão do utente acamado?

18- Dispõe de alguma informação que queira partilhar e não foi solicitado ao longo da entrevista?

Apêndice 2- Termo de consentimento livre esclarecido

Termo de consentimento livre esclarecido

Prezado (a) senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar na pesquisa intitulado Intervenções de enfermagem para a prevenção das Úlceras de Pressão (UP) nos doentes acamados

O objectivo dessa pesquisa é Identificar as medidas, desenvolvida pelos enfermeiros para a prevenção das úlceras de pressão.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: colocaremos algumas perguntas de respostas abertas em que o (a) entrevistado possa expor suas ideias e opiniões.

Gostaríamos de esclarecerá que a sua participação é totalmente voluntária podendo você recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer prejuízo a sua pessoa. Informamos também que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa, e serão trabalhadas no mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar sua identidade.

Assinatura do pesquisador

Mindelo _____ de _____ 2016

Aceito participar nesta pesquisa acima mencionada e pretendo dar o meu contributo de livre espontânea vontade.

Entrevistado

Apêndice 3-Pedido de autorização para realizar a pesquisa e consultar os dados estatísticos do HBS

Exma. Senhora

Directora do Hospital Baptista de Sousa

Eu, Anita Almeida portadora do BI nº 194560, natural de São Vicente, freguesia de Nossa Senhora da Luz, residente na zona De Bela Vista, estudante do complemento de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo, já exercendo a profissão no serviço de Orto-Traumatologia do Hospital Baptista de Sousa. Venho por este meio muito respeitosamente solicitar a vossa excelência se digne de facultar-me uma autorização a fim de pesquisar dados dos utentes que já passaram pelo Hospital baptista de Sousa e dos que estão ainda internados neste estabelecimento e que possuem úlcera de pressão, entre os anos de 2010 até 2015, com objectivo de obter dados verídicos para efeito de trabalho de conclusão de curso cujo tema é "Intervenções de enfermagem para a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão em doentes acamados".

As pesquisas iniciarão a partir de meados do mês de Julho de 2016 ate o mês de Setembro de 2016.

Pede deferimento

Mindelo, Maio de 2016

Assinatura

Anita Almeida

*Subscrito o pedido referido, pelo enfermeiro f.w.s
Almeida. 20/07/2016.*

Contacto mov. 5979405 email: anitagomesa@meida@gmail.com

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 1064 - 19/7/16
O Funcionário
Almeida

Anexos

Anexo 1- Escala de Brandem

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Fonte

https://www.google.com.br/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=0ahUKEwiFqsqyL3PAhVJ1RQKHR5CBacQjB0IBg&url=http%3A%2F%2Fwww2.eerp.usp.br%2Fnepien%2Feventosadversos%2Fmod1escbradeni.html&psig=AFQjCNEFOYT5FZDPFQORcGU11JXrCF_U-g&ust=1475547283900310