



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA  
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA ELIELDA SÁ PINHEIRO

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA**

Itaituba-PA

2017

MARIA ELIELDA SÁ PINHEIRO

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de  
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Djalмира de Sá Almeida.

Itaituba-PA

2017

Pinheiro. Maria Elielda Sá.

A atuação da equipe de enfermagem diante da prevenção e tratamento das úlceras por pressão no Hospital Municipal de Itaituba/ Maria Elielda Sá Pinheiro. Itaituba: FAI, 2017.

64 f: il.

Orientador: Dr<sup>a</sup> Djalмира de Sá Almeida Barros.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2017.

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Prevenção. 4. tratamento. I. Orientadora: Dr<sup>a</sup> Djalмира de Sá Almeida. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2017.

MARIA ELIELDA SÁ PINHEIRO

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA  
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LESÕES POR PRESSÃO NO  
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de  
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Djalмира de Sá Almeida.

**BANCA EXAMINADORA**

Presidente: \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Aline Soares dos Santos -Msc

Orientadora: \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Prof. Djalмира de Sá Almeida- Dr<sup>a</sup>

Avaliador: \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Prof.

Resultado: \_\_\_\_\_ Média: \_\_\_\_\_

Itaituba - PA, 12 de janeiro de 2017.

*À Deus, a minha família: meus pais minhas irmãs; meu esposo, meus filhos e amigos, a minha orientadora, que sempre estiveram ao meu lado me incentivando, apoiando e transmitindo confiança, paciência, pela ausência, porque sem eles eu não estaria onde estou, acreditando em mim.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois, sem ele não seria quem sou, nunca desisti de mim. Por ter me dado, força, coragem e serenidade para concluir mais uma etapa em minha vida.

A meus pais por me ensinarem bons princípios, meu esposo e filhos pelo apoio, incentivo, carinho, confiança, paciência e dedicação constante.

Aos amigos adquiridos nestes cinco anos e levarei pra toda a vida, Jaiane Gaspar, Edvan Miranda, Josangela Oliveira, Dr<sup>a</sup> Djalmira minha orientadora pela companhia e incentivos, pessoas que acreditaram que eu era capaz.

*Aquele, pois, que sabe fazer o bem e não o faz, comete pecado” (“Tiago 4.13-17 – Bíblia”)*

## RESUMO

Este estudo trata da atuação da equipe de enfermagem diante da prevenção e tratamento das Lesões Por Pressão no Hospital Municipal de Itaituba (HMI). A Problemática do estudo envolve a Atuação da equipe de Enfermagem diante da questão. Assim, questiona-se: a preocupação com as LPP e seus respectivos curativos, é considerada importante hoje a todos os profissionais da saúde? Como são realizadas as medidas preventivas e tratamento as LPP pela equipe de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba? É assegurada a seleção adequada aos produtos para o tratamento das LPP? O objetivo do trabalho é identificar a atuação da equipe de enfermagem diante da prevenção e tratamento das LPP no hospital municipal de Itaituba. Pretende-se descobrir de que forma se dá a participação do enfermeiro na prevenção e tratamento de pacientes que apresentam quadro de lesões por pressão. Como forma de trazer embasamento teórico para a pesquisa foram pesquisados artigos referentes ao assunto em questão, utilizando-se palavras chaves tais como, “úlceras de pressão”, prevenção de úlcera”, “tratamento de úlceras” além de outras, mesmo que já sejam termos atualmente considerados inadequados. Este estudo foi realizado no município de Itaituba, no sudoeste do Pará, através de uma pesquisa quantitativa, cujos dados foram obtidos no HMI, no setor de clínica médica, contando com resultados positivos em relação às ações executadas pelos profissionais da equipe que atendem eficientemente às necessidades dos pacientes do hospital em estudo.

Palavras-chave: Úlceras. Lesões. Equipe de Enfermagem. Cuidados. Atuação do Enfermeiro. Prevenção. Tratamento.

## ABSTRACT

This study deals with the performance of the nursing team in relation to the prevention and treatment of Pressure Injury at the Municipal Hospital of Itaituba (HMI). The problem of the study involves the actuation of the nursing team before the question. Thus, the question is the concern with LPP and its respective dressings considered important today for all health professionals? How does the Nursing team of the Municipal Hospital of Itaituba perform the preventive measures and treatment the LPP? Is the proper selection of products for the treatment of LPPs ensured? The objective of this study is to identify the nursing team's role in the prevention and treatment of LPP in the municipal hospital of Itaituba. It is intended to find out how the participation of nurses in the prevention and treatment of patients presenting with pressure lesions occurs. As a way to bring theoretical basis for the research, articles on the subject were researched, using key words such as "pressure ulcer", "ulcer prevention", "ulcer treatment", besides others, even if they are already Currently considered inadequate. This study was carried out in the city of Itaituba, in the southwest of Pará, through a quantitative survey, whose data were obtained in the HMI, in the medical clinic sector, with positive results in relation to the actions performed by the team professionals that efficiently attend the Needs of the hospital under study.

Keywords: Ulcers. Injuries. Nursing team. Care. Nursing Practice. Prevention. Treatment.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| Figura 1- Lesões da pele.....                  | 17 |
| Figura 2 - Lesão da pele 2.....                | 18 |
| Figura 3 - Estruturas da pele.....             | 19 |
| Figura 4- Componentes da pele.....             | 21 |
| Figura 5 - Cicatrização da pele 2.....         | 24 |
| Figura 6- Curativo em lesão da pele.. ..       | 25 |
| Figura 7 - Escalas de avaliação da pele.....   | 28 |
| Figura 8- Hospital Municipal de Itaituba. .... | 42 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1- Porcentagem quanto ao sexo.....                   | 44 |
| Gráfico 2- Porcentagem quanto à faixa etária. ....           | 45 |
| Gráfico 3- Porcentagem quanto ao tempo de atuação.....       | 45 |
| Gráfico 4- Porcentagem quanto à Escolaridade.....            | 46 |
| Gráfico 5- Medidas preventivas.....                          | 48 |
| Gráfico 6- Fornecimento de Materiais. ....                   | 48 |
| Gráfico 7- Embasamento Científico.....                       | 49 |
| Gráfico 8- Capacitação dos profissionais de enfermagem. .... | 50 |
| Gráfico 9- Tipo de Treinamento.....                          | 50 |
| Gráfico 10- Uso de Protocolo. ....                           | 51 |
| Gráfico 11- Curativos mais utilizados. ....                  | 51 |
| Gráfico 12- Registro das evoluções das LPP.....              | 52 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1- Identificação dos Enfermeiros. ....           | 43 |
| Quadro 2- Identificação dos Técnicos de Enfermagem..... | 44 |

## LISTAS DE SIGLAS

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| HMI          | Hospital Municipal de Itaituba                |
| UPP          | Úlceras Por Pressão                           |
| LPP          | Lesões Por Pressão                            |
| EUA          | Estados Unidos da América                     |
| UCB          | Universidade Castelo Branco                   |
| <i>NPUAP</i> | <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> |
| <i>EPUAP</i> | <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i> |
| <i>PPPIA</i> | <i>Pan Pacific Pressure Injury Alliance</i>   |
| DAI          | <i>Dermatite associada à incontinência</i>    |
| LPTP         | <i>Lesão Por Pressão Tissular Profunda</i>    |
| COREN        | <i>Conselho Regional de Enfermagem</i>        |

## SUMÁRIO

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                             | 13 |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA</b>                                                  | 15 |
| 2.1 CONCEITO DE ÚLCERA POR PRESSÃO                                              | 15 |
| <b>2.1.1 Classificação das Lesão por Pressão: Estágios</b>                      | 17 |
| 2.2 A PELE                                                                      | 18 |
| 2.3 FERIDAS                                                                     | 22 |
| <b>2.3.1 Cicatrização de feridas</b>                                            | 22 |
| <b>2.3.2 Curativos</b>                                                          | 24 |
| <b>2.3.3 Cuidados</b>                                                           | 25 |
| 2.4 ESCALAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LPP                                  | 26 |
| <b>2.4.1 Escala de Norton</b>                                                   | 28 |
| <b>2.4.2 Escala de Braden</b>                                                   | 29 |
| <b>2.4.3 Escala de Braden Q</b>                                                 | 30 |
| <b>2.4.4 Escala de Waterlow</b>                                                 | 30 |
| <b>2.4.5 Escala de Gosnell</b>                                                  | 31 |
| <b>2.4.6 Escala de Cubbin e Jackson</b>                                         | 32 |
| 2.5 PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM LESÕES POR PRESSÃO | 33 |
| 2.6 TRATAMENTO DA LESÕES POR PRESSÃO                                            | 36 |
| <b>2.6.1 Definições Adicionais</b>                                              | 40 |
| <b>3 METODOLOGIA</b>                                                            | 42 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA                                                            | 42 |
| 3.2 LOCAL DO ESTUDO                                                             | 42 |
| 3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO EM ESTUDO                               | 43 |
| <b>3.3.1 Perfil dos Técnicos de Enfermagem</b>                                  | 44 |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                                                 | 47 |
| 4.1 RESULTADO                                                                   | 47 |
| 4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS                                               | 47 |
| 4.3 DISCUSSÃO                                                                   | 53 |
| <b>5 CONCLUSÃO</b>                                                              | 55 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                              | 56 |
| <b>APÊNDICES</b>                                                                |    |

## 1 INTRODUÇÃO

O tema delimitado para este trabalho trata da Atuação da Equipe de Enfermagem diante da Prevenção e Tratamento das Lesões por Pressão (LPP) no Hospital Municipal de Itaituba.

Para a construção da pesquisa, buscou-se informações, se é considerada importante aos profissionais da saúde e a preocupação com os curativos específicos para LPP. E questiona-se: Como são realizadas as medidas preventivas e tratamento nas LPP pela equipe de Enfermagem do Hospital municipal de Itaituba? É assegurada a seleção adequada aos produtos para o tratamento das LPP? O objetivo geral foi identificar a atuação da equipe de enfermagem diante da prevenção e tratamento das LPP no Hospital Municipal de Itaituba. Os objetivos específicos foram: Identificar as estratégias que a equipe de enfermagem utiliza para o tratamento e prevenção das LPP e analisar as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem para realizar a prevenção e tratamento das LPP.

São muitas as dificuldades encontradas na prevenção e tratamento de Lesões por Pressão, doença que onera para o Sistema Único de Saúde, uma vez que o tempo de internação exige um custo muito alto para os cofres públicos (LIMA; GUERRA, 2011).

Diante desta realidade, verifica-se uma grande necessidade de buscar melhorias para prevenção e tratamento, com o propósito de diminuir o sofrimento do paciente que, muitas vezes, tem problema na mobilidade, e por isso, permanecem muito tempo no leito, desenvolvendo assim a LPP (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013). A partir desta reflexão surgiu o presente trabalho, sobre lesões, pois constitui um problema de saúde pública, especialmente em pessoas idosas e nas situações de adoecimento crônico degenerativo.

Esses agravos são grandes obstáculos para os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos pacientes, que apesar de ser um assunto de grande importância na área do cuidado de enfermagem, os estudos mostram que a incidência e prevalência continuam elevadas mundialmente, fato este que comprova a necessidade de novas pesquisas com vistas em aperfeiçoar medidas preventivas e terapêuticas.

Diante do exposto, este trabalho possui como finalidade, a identificação da Atuação da Equipe de Enfermagem diante da prevenção e tratamento das LPP no Hospital Municipal de Itaituba, assim como, identificar as estratégias que a equipe de

enfermagem utiliza para o tratamento e prevenção das LPP e analisar as dificuldades encontradas pela Equipe de Enfermagem para realizar a prevenção e tratamento das LPP.

Esta monografia está dividida em 5 momentos, sendo o primeiro deles referente à introdução; o segundo refere-se à fundamentação teórica; o terceiro e o quarto correspondem respectivamente à metodologia, o resultado e discussão. O quinto momento apresenta as conclusões finais que se teve nesta pesquisa.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

### 2.1 CONCEITO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Conforme Diretrizes do Ministério da Saúde, no Brasil, as feridas constituem um sério problema de saúde pública devido ao número elevado de doentes acometidos por estas lesões na pele, embora sejam poucos os registros desses atendimentos. E apesar da constante atualização dos cuidados, a prevalência das úlceras por pressão permanece elevada, principalmente nos indivíduos hospitalizados (BRASIL, 2002).

Um dos maiores problemas a serem enfrentados quando se refere à permanência de pacientes no ambiente hospitalar, são os riscos de ocorrência de alterações na pele. Existem fatores de riscos que aumentam de maneira considerável a possibilidade de ocorrência de tal problema, sendo que, quanto maior o tempo de permanência no leito, a idade avançada do paciente, assim como a restrição no leito, maior será a probabilidade de desenvolvimento de úlcera (BRASIL, 2003).

As úlceras por pressão são uma preocupação de saúde pública no mundo, desde o início da enfermagem no Brasil, É caracterizada por lesões na pele denominadas úlceras por pressão (UPP), escaras ou úlceras de decúbito ocasionadas por um conjunto de fatores, como pela interrupção do fornecimento de sangue para a área, provocada por pressão, cisalhamento, fricção ou uma combinação dos três. A doença acomete principalmente os idosos, diabéticos, tetraplégicos, e pessoas com problemas ortopédicos, aumentando assim o tempo de internação e consequentemente o custo do tratamento (BRASIL, 2003).

Os cuidados prestados a pacientes com LPP podem ser divididos em três tipos: cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar. Cada tipo de cuidado se deve às características apresentadas pelo paciente, sendo que nos cuidados de longa permanência as taxas de prevalência oscilam em torno de 2,3 a 28% e as de incidência encontram-se entre 2,2 e 23,9%. Os cuidados agudos apresentam taxa de prevalência entre 10 e 18% e incidência entre 0,4% e 38%. Os cuidados do tipo atenção domiciliar possuem taxa de prevalência de 0% a 29% e incidência de 0% a 17% (BRASIL, 2003).

No Brasil, os números chamam à atenção, já que em torno de 39,81% dos pacientes internados apresentam LPP. A LPP é um problema de saúde que chama a atenção não só no Brasil, mas em escala mundial. Nos Estados Unidos a prevalência

de Úlcera por pressão (UPP) nos ambientes hospitalares é de aproximadamente 15%, sendo que a incidência chega a 7%. Quando se refere ao Reino Unido, a LPP possui uma incidência em torno de 4% a 10% sobre os pacientes que são internados em ambientes hospitalares (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Mesmo sendo um problema evitável e que possui tratamento, pesquisas demonstram que em torno de 600 mil pacientes evoluem para óbito a cada ano em relação a hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), sendo os óbitos em geral causados em decorrência de complicações do tipo secundária. Nos EUA são gastos em torno de 11 bilhões de dólares por ano só em tratamento contra a LPP (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

As úlceras deve ser consideradas um problema grave, o qual deve ser levado a sério, já que a existência das mesmas contribuem para o processo de recuperação funcional, pois sua presença é comum mesmo que as mesmas não só cause dor, mas também leve ao processo de desenvolvimento de infecções graves. A LPP em muitos casos acaba por prolongar a internação, além de causar sepse e poder levar o paciente a óbito (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

Esses agravos são grandes obstáculos para os profissionais da saúde que, apesar de ser um tema de grande atenção no cuidado pela enfermagem estudos mostram que a incidência e prevalência mundial permanecem elevadas, fato que comprova a necessidade buscar novas pesquisas. Para aperfeiçoamento de medidas preventivas e terapêuticas (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

As úlceras por pressão (UPP) são necroses no tecido, que se forma quando o mesmo é comprimido entre uma proeminência óssea, por um período de tempo em uma superfície rígida (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Os números de pessoas que possuem úlceras de pressão são realmente preocupantes, uma vez que, que só em nosso país são registrados por ano mais de 150 mil casos de pessoas com úlcera de pressão. Pacientes com idade superior a 60 anos são os que mais apresentam a doença, além de pessoas que possuem problemas de locomoção, como por exemplo tetraplégicos, (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013)

As Úlceras de pressão estão, de forma geral, ligadas a pessoas que possuem lesões devido a alguma patologia específica, dificuldades ou incapacidade de conseguir mudar de posição. Pessoas idosas, por exemplo, que sofreram

incapacidades devido à ocorrência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), possuem uma chance muito maior de virem a apresentar o quadro (BRASIL, 2003).

Trata-se, então, de uma manifestação clínica da destruição tecidual localizada, decorrente da pressão e falta de fluxo sanguíneo nestas áreas, podendo ocorrer em qualquer local do corpo, independentemente da idade, sendo mais frequente abaixo da linha da cintura e sobre proeminências ósseas, tais como a sacra, trocateriana, tuberosidade, isquiática, calcânea, entre outras (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

### **2.1.1 Classificação das Lesão por Pressão: Estágios**

A classificação das LPP foi desenvolvida para facilitar o desenvolvimento, preciso e uniforme, da avaliação e descrição das manifestações clínicas das mesmas. Porém, esta classificação é útil somente para planejar a assistência que será prestada ao cliente, mas que estes são restritos, pois serão aplicados, conforme o que foi visualizado, não representando de forma exata a extensão das lesões nos tecidos (HEMORIO, 2010).

O estágio número um das úlceras de pressão, pode ser caracterizado pela existência de pele intacta com boa hiperemia em uma extensão da pele que não embranquece, estando esta sobrepondo a proeminência óssea. Dispõe-se também que a pele pode não vir a apresentar embranquecimento em algumas pessoas que possuem a pele de cor mais escura. Os aspectos da área são os seguintes, dor em toda a extensão onde está se formando a úlcera, amolecimento ou mesmo endurecimento da área, mais quente ou mais fria. Existe grande dificuldade de identificar o início de úlceras em pessoas que possuem a pele mais negra (BRASIL, 2013). Conforme figura 1.



Figura 1-Lesões da pele. Fonte: Irion (2005).

O estágio de número dois é caracterizado pela perda de grande parte da espessura dérmica, nele as lesões são superficiais, possuindo coloração avermelhada. Em alguns casos a mesma pode apresentar-se em forma de uma bolha com secreção, podendo encontrar-se aberta ou fechada. Neste estágio, já se deve requerer atenção de forma urgente e se realizar alguma estratégia de intervenção o quanto antes (HEMORIO, 2010).

No momento em que ocorre a perda total de tecido, onde a gordura subcutânea torna-se visível, a lesão já se encontra no terceiro estágio. Neste momento ainda não ocorre a exposição óssea. Dependendo da área onde ocorre a lesão, pode apresentar-se com grande profundidade, onde há a existência de proeminência óssea de grande extensão geralmente tendem a apresentar lesões mais superficiais (BRASIL, 2013).

No seu último estágio, sendo considerado o mais grave, a lesão de pressão apresenta perda total do tecido, chegando à exposição óssea. Assim como no estágio três, a profundidade da lesão irá variar de acordo com a região. Neste estágio, torna-se possível a visualização das estruturas ósseas, assim como a própria palpação dos ossos (BRASIL, 2013), conforme figura 2.



Figura 2 - Lesão da pele 2. Fonte: Irion (2005).

## 2.2 A PELE

Vários autores descrevem a pele em três anatomias: epiderme, derme e subcutânea. A pele é o maior órgão do corpo, representando 15% de seu peso, revertendo toda a superfície do corpo. É composta por três camadas derme, hipoderme e subcutânea. Está adaptada a exercer diferentes funções como proteger de atritos e perda de água e outras substâncias do meio interno. Termorregulação, e

percepção através das terminações nervosas, capitando estímulos dolorosos, táteis e térmicos (SILVA *et al.*, 2007).

Silva *et al.* (2011) afirmam que há três anatomias da pele: epiderme, derme e hipoderme ou subcutânea. A epiderme é a camada externa da pele, a derme é a camada intermediária e a hipoderme ou tecido celular subcutânea é a camada mais interna, conforme figura 3:

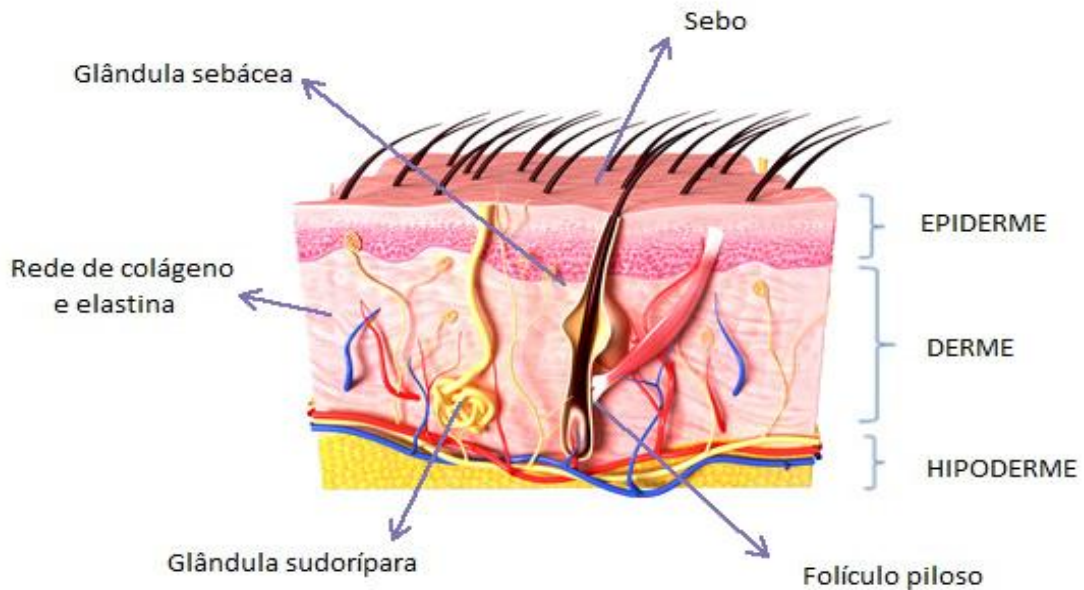


Figura 3 - Estruturas da pele. Fonte: Silva *et al.* (2011).

Para Junqueira e Carneiro (2013) há três anatomias da pele: epiderme, derme e hipoderme ou subcutânea. A epiderme é a camada externa da pele, a derme é a camada intermediária e a hipoderme ou tecido celular subcutânea é a camada mais interna.

A Epiderme é um epitélio estratificado composto de queratinócitos formados por quatro camadas espinhosos ou malpighiana, camada granulosa e camada córnea, cada uma com capacidade específica e múltiplas funções: proteção, Termorregulação, percepção e secreção (CORMAK, 2014).

As células da epiderme possuem características típicas, tais como: o envelhecimento ao longo do tempo, vindo-se a se tornarem achatadas, onde começam a produzir uma proteína possuidora de grande resistência, denominada de queratina. E com o passar do tempo as mais velhas morrem, e passam a fazer parte da chamada camada córnea (UCB, 2008).

As unhas são exemplos típicos de tecido formado por células epidérmicas que já não possuem vida. Assim, pode-se afirmar que as unhas podem ser conceituadas como uma camada maciça de células que encontram-se queratinizadas. Elas possuem a cor rosada em virtude da ampla vascularização existente neste local. A principal função das unhas é a de levar proteção ao dorso das falanges das mãos e pés (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2013).

A Derme, segundo Cormak (2014), por se tratar de camada intermediária, possui estruturas anexas da pele como glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e pelos. As unhas também são consideradas anexos cutâneos e consistem em estruturas queratinizadas que recobrem a última falange dos dedos.

A principal função da derme é dispor elasticidade e resistência a pele, já que, apresenta fibras de cunho elástico. A derme possui uma rica vascularização, sendo portanto responsável pelo processo de nutrição sanguínea para a camada epiderme (UCB, 2008).

A Hipoderme ou tecido subcutâneo é a terceira camada da pele, a mais profunda, formada unicamente de tecido adiposo, garante uma boa contribuição ao isolamento térmico, na proteção mecânica do organismo à pressão e traumas, além de constituir um depósito de nutriente, facilitando a movimentação da pele entre as estruturas subjacentes (IRION, 2005).

De acordo com UCB (2008), a camada subcutânea é um tecido que possui uma variedade de vasos sanguíneos, sendo que cada adipócito encontra-se em interligado aos vasos capilares. Este tecido caracteriza-se por possuir duas camadas, as quais estão divididas por uma fáscia.

A primeira camada corresponde a uma camada areolar de cunho mais superficial, a qual se compõe de diversos adipócitos além de vasos sanguíneos extremamente numerosos. A segunda camada é localizada em uma região mais profunda e recebe o nome de camada lamelar, sendo composta por células fusiformes dispostas de forma horizontal, além de grande quantidade de vasos com calibre mais elevado (TORTORA; GRABOWSKI, 2008).

Outros autores, Irion (2005) e Harris (2005) descrevem a composição da pele como camadas primárias fundidas, nas quais a Epiderme e a Derme somam-se ao tecido subcutâneo, sendo a derme mais espessa que a epiderme, mas sem uma organização regular, no interior da derme existem fibras elásticas densas do tecido conjuntivo que envolvem estruturas acessórias da epiderme, feixes de colágeno que

ligam a derme ao tecido subcutâneo e estruturas subjacentes, como fáscia músculos e ossos, conforme figura 4.

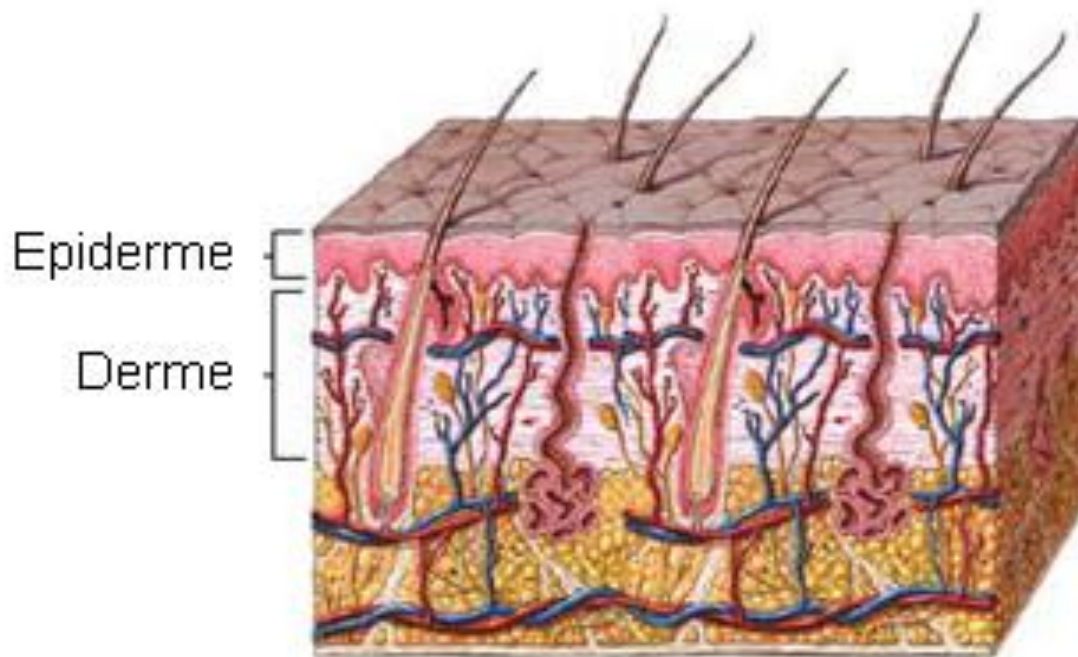


Figura 4- Componentes da pele. Fonte: Irion (2005).

A epiderme é a camada mais externa da pele e tem como principal função a proteção contra o ambiente externo, tais como: a retenção do conteúdo hídrico, eletrólitos e nutrientes. É formada por queratinócitos, terminações nervosas, que desempenham função de sensorial, pois não possuem irrigação sanguínea direta, sendo nutrida por difusão, a partir de vasos sanguíneos da derme, composta por quatro camadas (UCB, 2008).

A Derme está abaixo da epiderme, composta pelo tecido conjuntivo, contendo fibras, colágenos e elastina, vasos sanguíneos e nervos, responsáveis pela defesa imunológica. É dividida em duas camadas a derme papilar que é a camada mais próxima da epiderme e possui uma fina rede de fibras composta de elastina, e a derme reticular composta de tecido conectivos denso e irregular e fornecem a força e a elasticidade da pele, e abriga os anexos cutâneos (folículos pelosos, glândulas sebáceas e glândulas sudoríparas (TORTORA; GRABOWSKI, 2008). A Hipoderme encontra-se abaixo da derme sendo composta de tecido conectivo ou adiposo, tem como função o isolamento térmico e depósito de nutricional (UCB, 2008).

## 2.3 FERIDAS

Feridas são caracterizadas por lesões no tecido corporal, em maior ou em menor extensão, resultante de qualquer tipo de trauma, como físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma intervenção clínica. E quando não tratadas corretamente podem causar lesões maiores e até perda da função no local afetado. (MOREIRA, *et al.*, 2009).

São classificadas, pelo tipo de agente que causou, de acordo com o grau de contaminação, tempo do trauma e pela profundidade da feridas. Podem ser limpas, limpas contaminadas sem contaminação preocupante, contaminadas sem sinal de infecção ou infectadas, com sinal de inflamação e presença de exsudato (SILVA, *et al.*, 2011).

As feridas podem ocorrer pelos mais diversos motivos, sendo que em geral as mesmas podem se dar por algum tipo de violência sob o tecido, ou em outros pode ocorrer de maneira consciente. Exemplos típicos de feridas são as do tipo cirúrgico, as lacerações, abrasões, feridas perfurante e por mordida de animais (MOREIRA *et al.*, 2009).

### 2.3.1 Cicatrização de feridas

As feridas são causadas por diversos motivos, os quais podem variar desde estiramento, fricção ou mesmo queimaduras leves. Quando existe uma ferida é comum que a mesma passe por um processo de regeneração, nos quais as células que forma atingidas irão passar por todo um processo fisiológico de cicatrização (SILVA *et al.*, 2011a).

Em geral o processo de cicatrização passa por 3 momentos diferentes, os quais estão ligados. Estes momentos são: hemostasia e inflamação, fase proliferativa, remodelação e cicatrização de feridas no feto (MANDELBAUM, *et al.*, 2003; BLANES, 2004; GOMES, *et al.*, 2005).

A primeira fase da cicatrização inicia-se a partir do momento em que ocorre a ferida em si, ou seja, quando há ruptura do vaso e extravasamento sanguíneo. Ao ocorre o sangramento, o organismo humano aciona o método denominado de ação plaquetária, o qual é caracterização pela agregação de diversas plaquetas as quais irão forma uma espécie de “tampão” o qual irá interromper o extravasamento de sangue. Esta fase, como o próprio nome deduz, é caracteriza-se pela hemostasia e em seguida pelo início do processo de inflamação (IRION, 2005).

Após a primeira fase, inicia-se logo na segunda fase o processo de proliferação, o qual é caracterizado pela reestruturação do tecido epitelial. Forma-se o tecido de granulação, o qual possui cor aparente escurecida. É importante frisar que a segunda fase tem início 24 horas após a ocorrência da lesão, porém só se torna mais visível com o passar de 3 dias. O período entre o surgimento do tecido de granulação de forma invisível e a sua forma visível é denominado de fase de latência (MANDELBAUM, *et al.*, 2003; BLANES, 2004; GOMES, *et al.*, 2005).

O início da terceira e última fase dá-se após o termino do processo de formação do tecido granulado e o início da deposição de colágeno. Esta fase é caracterizada essencialmente pelo processo de cicatrização final do tecido (SILVA *et al.*, 2011a).

Um dos problemas comuns diante da cicatrização de feridas é a chamada inflamação crônica, a qual ocorre quando se tem falhas nas condições de otimização de regeneração da ferida. Afirmar-se que se tem uma inflamação do tipo crônica quando ocorre a descoloração da pele circundante com pequenas evidências de sangramento do tipo microvascular. Pode-se afirmar que uma ferida não encontra-se na fase inflamatória quando a mesma apresenta características duras e frias, onde é recoberta por uma crosta, geralmente de cor escurecida e sem secreções (SILVA *et al.*, 2011a).

É comum também que em muitas feridas ocorra infecções, as quais dependendo do seu grau, podem trazer complicações muito indesejadas. Tais infecções estão comumente ligadas a cultura de bactérias no local da ferida. A maneira de se tratar um ferimento infeccionado faz-se por meio do desbridamento de tecido, visando alcançar a restauração do equilíbrio bacteriológico no interior da ferida. Uma ferida infeccionada tende a apresentar um retardo considerável em relação ao seu processo de cicatrização (IRION, 2005).

Existe uma grande necessidade de que o profissional esteja sempre atento em relação aos sinais de que uma ferida apresenta infecção, o que em muitos casos não é uma tarefa fácil, que tanto a infecção como a inflamação apresentam sinais que são parecidos. Devido a isto é comum que se tenha dificuldades em diferenciar uma infecção de uma inflamação (SILVA *et al.*, 2011a).

Em casos específicos a cicatrização de uma ferida pode ainda ocorrer de maneira excessiva, ou seja, o próprio organismo possui dificuldades em controlar o processo de cicatrização que ocorre. Exemplos de processos de cicatrização em

excesso são as queloides e as cicatrizes hipertróficas (IRION, 2005) conforme figura 5.



Figura 5 - Cicatrização da pele 2. Fonte: Irion (2005).

### 2.3.2 Curativos

Medidas de tratamento que tem como objetivo proteção, limpeza, estancamento de hemorragia, drenagem de exsudados, alívio de dor e melhora no leito da ferida. Os curativos são classificados como passivos, inteligentes, biológicos e curativos com princípios ativos. Como passivos entende-se que apenas ocultam a ferida, os curativos com princípios ativos são curativos que em sua composição química possuem agentes com atividade específica no leito da ferida, comumente utilizados como antibacterianos, já os curativos inteligentes, são aqueles que possuem agentes químicos que estimulam a cicatrização, levando à cicatrização (IRION, 2005).

Segundo Silva *et al.* (2011) não existe um tipo exclusivo de curativo para todas as lesões. É indispensável, que seja realizado uma avaliação rigorosa, quanto as características tanto das lesões como dos distintos curativos, para selecionar corretamente o mais específico.

Os curativos dividem se em duas etapas: primários, quando usados diretamente sobre a área lesada e secundários, quando colocado sobre o curativo primário (MANDELBAUM, *et al.*, 2003; BLANES, 2004; GOMES, *et al.*, 2005).



Figura 6- Curativo em lesão da pele. Fonte: Irion (2005).

### 2.3.3 Cuidados

Quando um paciente é admitido em uma unidade hospitalar, procede-se a avaliação de risco de desenvolvimento de LPP, a qual deverá levar em consideração os riscos, fragilidade, fatores e vulnerabilidades para o desenvolvimento de úlceras. Existem escalas, as quais podem ser utilizadas no momento desta avaliação. A escala utilizada deve ser confiável, de fácil entendimento, sendo importante que o profissional que irá utilizá-la saiba aplicá-la de maneira correta (IRION, 2005).

A Escala de Braden é a mais utilizada para se avaliar o risco de desenvolvimento de LPP, onde existem dois tipos diferentes desta escala, sendo a escala de Braden Q utilizada para avaliação em crianças de 1 a 5 anos e a escala de Braden para paciente acima dos 5 anos (SILVA, *et al.*, 2011b).

De acordo com a avaliação utilizando-se as escalas de Braden e Braden Q, os riscos de desenvolvimento de LPP podem ser divididos em: sem risco, risco baixo, moderado, alto ou muito alto. É importante salientar que a escala é utilizada de maneira que o risco de desenvolvimento da LPP ocorre inversamente proporcional a pontuação. Assim quanto menor a pontuação, maior risco o paciente terá de desenvolver LPP (SILVA, *et al.*, 2011a).

Apesar de serem importantes, as escalas de avaliação deve ser consideradas somente como um parâmetro que deve ser associado a avaliação clínica realizada pelo enfermeiro. Portanto, o enfermeiro e sua avaliação sempre serão soberanos, mesmo quando a avaliação realizada utilizando-se a escala demonstrar um resultado oposto ao encontrado pela avaliação clínica. Uma vez que é evidenciado o risco de

LPP, o enfermeiro deve então criar e aplicar um plano de cuidados, os quais visam a prevenção do problema (MOREIRA *et al.*, 2009).

O enfermeiro é o profissional indicado para realização da avaliação do risco de LPP, sendo que é também da competência do mesmo prescrever os cuidados que deverão ser realizados com a pele. Apesar de ser o enfermeiro o responsável pelos cuidados preventivos de risco de desenvolvimento de LPP, é necessário também, toda uma equipe multiprofissional para que os planos de cuidados possam ser executados e resultados positivos sejam alcançados (IRION, 2005).

Os cuidados com a cicatrização remontam a Antiguidade, remotas sem ter relatos sobre o tratamento tópico de feridas, utilizavam produtos de origem animal e vegetal sem nem um embasamento científico. A cicatrização caracteriza-se por uma sequência de acontecimentos orgânicos inerentes ao processo de reparação, desencadeado e controlados pelo organismo, tais acontecimento orgânicos, juntos, possuem a função de reconstruir o tecido afetado (SILVA, *et al.*, 2011b).

## 2.4 ESCALAS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA LPP

Para lidar com o problema da LPP a primeira coisa que se faz necessária é se ter conhecimento em torno da maneira como as mesmas se formam, ou seja, é necessário ter conhecimento fisiopatológico, mesmo que de maneira básica. É extremamente importante ter conhecimentos a respeito dos fatores envolvidos na formação das feridas (SILVA, *et al.*, 2011b).

Diversos órgãos internacionais admitem que é necessária uma boa avaliação de risco de desenvolvimento de LPP quando o paciente é internado, sendo que é também necessária a realização de reavaliações periódicas, em especial nas regiões que se compõem de proeminência óssea. Em virtude disto, estes tipos de cuidados preventivos são altamente recomendados, principalmente em pacientes acamados que possuem a sua mobilidade física prejudicada (RIBAS, 2011).

Quando se procede com a avaliação de risco, é necessário que o profissional que a realizou, faça o registro da mesma, uma vez que isto contribui para a continuidade do tratamento, além de que torna possível a comunicação entre a equipe, facilitando o processo de cuidado (SILVA, *et al.*, 2011b).

Um dos grandes problemas que se tem nos dias atuais é que em muitos casos o profissional responsável pela aplicação da escala, não consegue fazê-la de maneira totalmente correta, o que prejudica o resultado final que é obtido. A própria dualidade

em relação à prática clínica como a utilização da escala, torna-se assunto de discussões. No entanto, o recomendado é que a avaliação clínica realizada se sobreponha ao resultado obtido ao se utilizar a escala (SILVA, *et al.*, 2011b).

Apesar do que foi disposto acima, nos dias atuais diversos estudos que são baseados em evidências, apontam que o enfermeiro deve englobar as escalas de riscos de LPP como primeira ferramenta a ser utilizada quando se realiza a avaliação do paciente. Portanto a ideia é que o enfermeiro possa utilizar a escala a seu favor, utilizando-a como um complemento (RIBAS, 2011).

Apesar da escala de Braden ser a mais utilizada, existem outras escalas que pode ser utilizadas e que são citadas por diversos autores como eficazes, entre elas estão: Escala de Norton, Escala de Waterlow, Escala de Cubbin e Jackson e Escala de Braden Q (RIBAS, 2011).

Estudos na atualidade demonstram possuir uma grande preocupação em relação a confiabilidade total que muitos profissionais possuem ao aplicar as escalas, pois como já dito anteriormente, a escala deve ser vista somente como um complemento, uma parte do processo de avaliação, onde o exame clínico jamais poderá ser deixado de lado (SILVA, *et al.*, 2011b).

A maioria dos estudos são unânimes quanto ao fato de que a avaliação de risco de desenvolvimento de LPP deve ser realizada entre as 6 a 12 primeiras horas, após a admissão hospitalar, sendo que a reavaliação deve ser realizada em intervalos de aproximadamente 24 horas. (SILVA, *et al.*, 2011b).

Apesar de que a maioria dos estudos afirmam que a reavaliação deve ser realizada a cada 24 horas, nos Estados Unidos a recomendação é que a reavaliação seja realizada a cada 48 horas, sendo que estudos realizados demonstraram que o aparecimento de LPP geralmente se dá em torno de 2 semanas, após a internação, porém em pacientes idosos que são mais debilitados, o aparecimento pode se dar dentro de apenas 1 semana (IRION, 2005).

Nos dias atuais, já existem cerca de 40 escalas de avaliação de risco, todas baseadas na escala de Norton, a qual foi criada em 1975. Em relação ao Brasil, a escala de avaliação de risco de Braden é a mais utilizada pelos profissionais de enfermagem. A ampla utilização da mesma se faz por 3 motivos específicos, sendo primeiro relacionado a sua alta especificidade, o segundo pela boa sensibilidade apresentada e o terceiro pelo fato de que é a única que é validade pela língua portuguesa (IRION, 2005).

O uso de escalas de risco deve ser considerada como um método de primeira ação, ou seja, deve ser dada a avaliação de risco toda importância necessário, uma vez que a simples mensuração do potencial de risco de complicações devido a LPP, já reduz de maneira drástica o desenvolvimento de tal problema. De maneira geral, são os fatores de riscos que são utilizados como forma de nortear a mensuração do risco existente de desenvolvimento de LPP. Devido à diversidade de risco, assim como o número de pacientes que se diferenciam quanto aos sintomas que carregam, é necessário a existência de mais de um tipo de escala, pois utilizando-se somente uma escala não é possível realizar a avaliação de todos os tipos de pacientes. Quando é realizada a avaliação de risco clínica torna-se possível realizar a sistematização dos resultados obtidos, além dos cuidados que podem ser tomados diante da situação (IRION, 2005).



Figura 7 - Escalas de avaliação da pele. Fonte: Irion (2005).

#### 2.4.1 Escala de Norton

A escala de Norton foi criada por Dorem Norton, após realizar observações sistêmicas em pacientes sobre paciente com risco de desenvolvimento de LPP. Esta escala é muito importante, uma vez que a mesma foi considerada revolucionária, pois mudou de forma radical a maneira como se prevenia as lesões até então (IRION, 2005).

Norton iniciou seus estudos após perceber que mesmo com um grande número de métodos preventivos existentes para a LPP, a taxa de mortalidade em virtude da mesma era muito alta, o que evidenciava a ineficácia dos métodos preventivos utilizados (RIBAS, 2011).

Na época de seus estudos, Norton trabalhava em um asilo para idosos, o que facilitou tudo, já que o mesmo realizou a sua pesquisa por meio da observação, tudo baseado nos princípios científicos. A contribuição do mesmo se deu principalmente em torno da mudança de decúbito e da criação de uma escala preditiva de risco de LPP. Através de sua pesquisa Norton trouxe portanto uma grande contribuição para a área do cuidado, ou seja, contribui diretamente para a área da enfermagem também (SILVA, *et al.*, 2011b).

No ano de 1962, Norton tornou público a escala criada pelo mesmo, a qual foi considerada pioneira e se baseou em 5 fatores principais, os quais recebem pontuações quando a escala é aplicada. Os 5 fatores principais são: condição física, condição mental, nível de atividade, mobilidade no leito e incontinência. Quando aplicada à Escala de Norton requer uma atenção especial em certos pontos (SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013).

Cada fator de risco recebe uma pontuação entre 1 e 4 pontos, sendo que no final as pontuações de cada item serão somadas e desta maneira tem-se o resultado final. A escala é interpretada de maneira que o risco de LPP é inversamente proporcional ao valor obtido, ou seja, quanto maior a pontuação, menor será o risco e vice-versa. É importante ressaltar que a menor pontuação a ser obtida será 5 e a maior será 20 (SILVA, *et al.*, 2011b).

#### **2.4.2 Escala de Braden**

A Escala de Braden é sem dúvida, uma das mais famosas existentes na atualidade, além de ser uma das mais utilizadas. A Escala de Braden é composta por um conjunto de 6 sub escalas, as quais recebem uma pontuação que vai até os 26 pontos. Esta escala leva em consideração fatores tais como, percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e cisalhamento (VENTURA; MOURA; CARVALHO, 2014).

Tanto a Escala de Norton, quanto a Escala de Braden são altamente recomendadas como forma de se alcançar resultados eficientes e reais, em respeito à situação de risco do paciente, sendo que toda essa eficácia se dá devido à alta especificidade e sensibilidade destas escalas (IRION, 2005).

Devido a sua especificidade a Escala de Braden torna possível a criação de cuidados de maneira individualizada, ou seja, de acordo com as necessidades do

paciente. Nesta Escala existem 3 níveis de acordo com a pontuação, sendo eles: o leve, o moderado e o grave (VENTURA; MOURA; CARVALHO, 2014).

A Escala de Braden segue o mesmo raciocínio da escala de Norton, onde o resultado de risco é inversamente proporcional a pontuação que foi obtida. Assim, o paciente que alcança uma pontuação entre 15 e 16 é considerado como risco leve, sendo que aqueles que obtiverem uma pontuação entre 12 e 14 são os de risco moderado, e os de 11 são de alto risco (SILVA, *et al.*, 2011b).

#### **2.4.3 Escala de Braden Q**

A Escala de Braden Q é na verdade uma variação da escala normal de Braden, sendo que a mesma é utilizada para levantar o risco de ocorrência de LPP em indivíduos de 21 dias de vida a 18 anos (SILVA, *et al.*, 2011b).

Esta Escala foi criada principalmente em função do reconhecimento de que existem diferenças consideráveis entre a capacidade tecidual de pacientes pediátricos, sendo que são as crianças que as possuem o maior risco de lesão tecidual, em função da sua baixa sensibilidade (SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013).

Além das 6 subescalas existentes na Escala de Braden comum, a Escala de Braden Q passa a adotar uma sétima subescala, a qual serve para realizar a pontuação sobre a perfusão/oxigenação dos tecidos (VENTURA; MOURA; CARVALHO, 2014).

Assim como na Escala de Braden comum, a de Braden Q é interpretada de maneira que quanto maior a pontuação, menor será o risco de desenvolvimento de LPP. A pontuação mínima que pode ser obtida é de 7 e a máxima é de 28. Pacientes com pontuação menor do que 22 são considerados de alto risco, enquanto que aqueles que obtêm uma pontuação maior do que 22 são considerados de baixo risco (SILVA, *et al.*, 2011b).

#### **2.4.4 Escala de Waterlow**

No ano de 1985, no Reino Unido, a enfermeira Judy Waterlow criou uma nova Escala de Risco ao realizar uma pesquisa em torno dos principais fatores que contribuíam para o desenvolvimento de LPP. Após criada, a Escala era primeiramente de uso de seus próprios alunos, sendo que somente mais tarde a mesma passou a ser utilizada por diversos outros profissionais. Atualmente, esta escala é a mais utilizada no Reino Unido (ROCHA; BARROS, 2007).

Judy criou esta escala baseando-se na escala em outras escalas já existentes, entre elas a de Norton, No entanto, através de suas pesquisas, a mesma chegou à conclusão que os fatores que contribuem para o desenvolvimento de LPP são altamente diversificados, o que fez com que a mesma criasse outros itens que deveriam ser avaliados (SILVA, *et al.*, 2011b).

Em comparação às Escalas de Norton e de Braden esta é a única Escala que possui a avaliação da pele do paciente como um item a ser analisado, quando se pretende levantar o risco de LPP. A mesma possui uma sensibilidade e especificidade de aproximadamente 87% e 76% respectivamente (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

Após aplicada a Escala e obtida a pontuação, a interpretação se faz da seguinte maneira: pontuações menores que 10 significam paciente em risco, pontuações entre 10 e 15 evidenciam alto risco e pontuações entre 15 e 20 pontos significam que o paciente possui risco elevadíssimo de vir a desenvolver LPP. Apesar de evidências demonstrarem a eficácia desta escalas, até os dias atuais são realizados estudos que procuram aprofundar os conhecimentos em torno da Escala de Waterlow (SILVA, *et al.*, 2011b).

A Escala de Waterlow inclui a avaliação de 7 itens principais, sendo os mesmos a avaliação do peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em locais do corpo que apresentam risco de LPP, sexo/idade, continência, mobilidade, apetites e medicações. Além dos 7 itens acima expostos existem ainda 4 itens secundários que podem ser avaliados, sendo eles: subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia superior a 2 horas, além de trauma abaixo da medula lombar (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

#### **2.4.5 Escala de Gosnell**

A Escala de Gosnell assim como a maioria das outros, também teve sua criação baseada na Escala de Risco de Norton, onde Gosnell no ano de 1973 criou uma nova escala, a qual pode ser também considerada como uma modificação, onde o mesmo retirou o item condição física e veio a acrescentar o item nutrição. Além disto, Gosnell realizou modificações no item referente a estado mental apresentado pelo paciente (SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013).

A Escala de Gosnell foi criada através de observações clínicas que foram realizadas, onde foram criados espaços para se realizarem anotações sobre

características dos pacientes, tais como: idade, sexo, altura, peso, sinais vitais e o balanço hídrico das últimas 24 horas. Em relação ao item nutrição, este apresenta três sub itens secundários, os quais devem ser devidamente avaliados e quantificados (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

Ainda em relação à realização da avaliação de risco por meio do item de estado nutricional, o recomendado é que a mesma consista em pesagem periódica do paciente, avaliação do estado da pele, além do registro dos alimentos sólidos e líquidos que foram ingeridos pelo paciente (SILVA, *et al.*, 2011b).

Quando se estiver diante de um paciente com o estado nutricional claramente comprometido deve-se proceder à intervenção nutricional, onde devem ser oferecidos alimentos ricos em nutrientes ao paciente. Exames laboratoriais podem também serem aplicados em conjunto com a escala de Gosnell (IRION, 2005).

#### **2.4.6 Escala de Cubbin e Jackson**

A Escala de Cubbin e Jackson foi elaborada visando avaliar o risco de LPP em pacientes críticos. Muitos estudos realizados com a comparação desta escala com as Escalas de Norton e de Braden, chegaram à conclusão de que a de Cubbin e Jackson possui em uma maior validação, além de resultados mais confiáveis. (SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013).

Ao se utilizar esta escala é realizada a avaliação de 15 itens ao todo, onde 12 desses recebem pontuação de 1 a 4 e 3 recebem somente pontuação igual a 1, caso estejam presentes no paciente. Caso a pontuação seja igual o menor do que 29, o paciente passa a ser considerado de risco. Apesar de ser considerada uma escala confiável, muitos autores criticam a mesma pela dificuldade e complexidade diante da realização de aplicação no campo clínico (SILVA, *et al.*, 2011b).

Em relação aos itens que são avaliados, os 12 principais são os seguintes: peso, história médica previa, idade, estado mental, estado da pele, estado hemodinâmico, mobilidade, respiração, necessidade de oxigênio, higiene, incontinência e estado nutricional. Já os outros 3 itens restantes que são avaliados são: administração de hemoderivados, hipotermia e cirurgia (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011).

## 2.5 PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE COM LESÕES POR PRESSÃO

Durante muito tempo as LPP foram consideradas como negligências de tratamento, consequência de uma enfermagem ruim, conforme já dizia Florence Nightingale. Ela encarava as LPP como culpa da enfermeira e não da doença. Um famoso médico francês: (Charcot) achava que os médicos não podiam fazer nada em relação a elas. Essa atitude hoje em dia está mudando e há uma consciência maior, tentando-se chegar a verdadeira origem, ao invés de se colocar a responsabilidade em outro profissional. No entanto, a Enfermagem continua tendo responsabilidades com essa ocorrência (DEALEY; CAROL, 1999).

Os profissionais equipes, deveriam se capacitar devidamente para, que sejam capazes de fazer uma avaliação, buscando os fatores contribuintes, e realizar uma prevenção a cada situação em particular. Deveriam criar programas interdisciplinares de educação e treinamento para a equipe de enfermagem. Inclusive o paciente e familiares devem ser instruídos para lidar com o problema (LIMA; GUERRA, 2011).

A seguir são descritas diversas medidas que podem e devem ser implementadas pelo enfermeiro, após o mesmo identificar os fatores de riscos para a ocorrência de LPP, sendo que todas visam a preservação da integridade da pele. Diariamente, o profissional responsável pelo cuidado prestado ao paciente durante a assistência deverá proceder com inspeção da pele. Assim deve-se estar diariamente atento as condições da pele de maneira geral, realizando a inspeção da cabeça aos pés. Um paciente que possui risco para LPP em muitos casos pode vir a desenvolver a doença em questões de horas, além de que o enfermeiro deve dar atenção especial as áreas que se mostram mais comprometidas e apresentam um risco maior. Ao se identificar a existência de uma LPP o profissional deverá realizar a classificação da mesma de acordo com as normas de classificação internacional (FORTUNA, 2012).

Quando é realizada a admissão ou mesmo a readmissão, o profissional deve ter atenção especial com a questão de lesões preexistentes. Algumas regiões possuem um risco bem maior de aparecimento de LPP, sendo portanto, de extrema importância que o enfermeiro tenha atenção especial a estas. Essas regiões geralmente são: região sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular,

maleolar, além de regiões específicas, as quais sofrem devido a pressão exercida por dispositivos tais como, drenos, cateteres e tubos (LIMA; GUERRA, 2011).

É necessário também que seja realizada a diferenciação por diagnóstico dos tipos de lesões, afinal são diversas os tipos de lesões (lesão por pressão, lesão arterial, lesão venosa, lesão neuropática e dermatites), sendo que cada uma necessita de um tipo diferenciado de abordagem, de maneira a se alcançar resultados mais eficazes, além de se manter um melhor gerenciamento em relação ao cuidado (FORTUNA, 2012).

Quando se for realizar a inspeção da pele, deve-se levar em conta também o nível de risco e acometimento da LPP, devendo assim ser criado um intervalo pré-definido de inspeção, onde quanto maior o risco, maior será o número de inspeções. Ressalta-se também que não só o número de inspeções é importante, mais também a qualidade da inspeção realizada (FERNANDES *et al.*, 2013).

Em relação ao manejo da umidade, deve-se sempre manter o paciente seco e com a pele bem hidratada, já que a pele quando encontra-se úmida, encontra condições totalmente favoráveis para o aparecimento de LPP, pois a mesma se rompe mais facilmente. A equipe de enfermagem deve estar sempre atenta quanto a limpeza das sujidades presentes na pele do paciente. Quando for limpa, a deve-se utilizar um agente limpeza que seja bem macio e que não traga danos para a pele (LIMA; GUERRA, 2011).

Muitos pacientes quando estão internados possuem incapacidade motora, em especial os idosos, sendo comum que os mesmo acabem por ficarem expostos a umidade proveniente da sua própria sudorese, além da urina. Como maneira de evitar a umidade na pele do paciente, indica-se a utilização de barreiras do tipo tópica que ajudam na hidratação da pele. Diversos estudos já demonstraram a eficácia de tais cremes quando se visa hidratar a pele do paciente (FERNANDES *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que o desenvolvimento de LPP encontra-se ligado não somente a agentes químicos, mas também aos fatores nutricionais e hidratação do próprio organismo, já que, a alimentação do paciente, assim como a ocorrência de desidratação do organismo influem diretamente de LPP. Pacientes que apresentam déficit em massa muscular, podem vir a apresentar uma dificuldade maior em deambular, o que contribui para a prevalência da LPP (DEALEY; CAROL, 1999).

Quando um paciente encontra-se mal nutrido, a possibilidade de ocorrência de LPP torna-se duas vezes maior. Pacientes que apresentam edema e fluxo sanguíneo

cutâneo diminuído geralmente também apresentam déficits nutricionais e hídricos, o que acaba por resultar em lesões de origem do tipo isquêmica (FORTUNA, 2012).

A ingestão de líquidos, além de alimentos com proteína são importantes para se manter o estado nutricional do paciente de maneira adequada. Quando um paciente encontra-se internado e não consegue realizar a ingestão de alimentos de maneira correta, deve-se proceder com a utilização de suplementos nutricionais. Apesar de ser responsável pelo cuidado prestado ao paciente, o enfermeiro nestes casos deve prontamente encaminhar o paciente para uma consulta com o nutricionista, já que este é o profissional mais indicado para realizar as orientações nutricionais mais adequadas (RIBAS, 2011).

Muitas das úlceras se formam em partes específicas do corpo humano, em especial nas chamadas proeminências ósseas. O paciente que possui a sua mobilidade física prejudicada possui uma chance muito maior de desenvolvimento de lesão, devendo portanto ser sempre reposicionado no leito de maneira a minimizar os riscos (FORTUNA, 2012).

O reposicionamento recomendado é o que se faz a cada 2 horas, o qual objetiva não só redistribuir a pressão exercida pelo corpo do paciente, mas também manter a circulação cutânea na pele do paciente, em especial nos locais em que se tem um risco maior. Lembrando-se que apesar do fato de que a própria literatura não tem um tempo específico de reposicionamento do paciente, geralmente utiliza-se o intervalo de 2 horas (FERNANDES *et al.*, 2013).

Uma das maneiras mais comuns e utilizadas pelos profissionais responsáveis pelos cuidados de enfermagem, se faz por meio do reposicionamento de pacientes, o qual ocorre visando reduzir a pressão existente em áreas específicas do corpo. O enfermeiro deve também procurar utilizar travesseiros e coxins, os quais são materiais que geralmente estão disponíveis, possuem uma boa maciez e ajudam a distribuição a pressão de forma equitativa. Entretanto ressalta-se aqui, que mesmo durante o reposicionamento o profissional de enfermagem deve tomar todo o cuidado possível em função da suscetibilidade que muitos pacientes possuem de ter a pele rompida mesmo durante simples movimentos (DEALEY; CAROL, 1999).

Uma forma de diminuir o risco de LPP é através da utilização de superfícies de apoio que são específicas para a situação, tais como, colchões, camas e almofadas, pois as mesmas funcionam de maneira a redistribuir a pressão exercida pelo corpo. Assim em vez da pressão ocorrer somente em locais específicos do corpo, a mesma

acaba por ocorrer de forma proporcional por todo o corpo, o que gera efeitos colaterais quase nulos (RIBAS, 2011).

Em relação a pacientes cirúrgicos, sabe-se que estes apresentam um risco maior de virem a desenvolver LPP, principalmente no período pós-operatório, o que resulta da imobilidade devido à anestesia. Assim é importante que a equipe de enfermagem não só realize os cuidados preventivos, como o enfermeiro deverá obrigatoriamente aplicar a escala de risco (FORTUNA, 2012).

Uma das estratégias que pode ser utilizada pelo profissional de enfermagem para a prevenção da LPP é o reposicionamento do paciente em intervalos de tempo, além de utilizar-se de superfícies que ajudem na redistribuição de pressão, contribuindo para diminuição do risco nas superfícies que mais apresentam risco (DEALEY; CAROL, 1999).

## 2.6 TRATAMENTO DA LESÕES POR PRESSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é que vai dar embasamento científico, para aplicação das técnicas, e a tomada de decisão adequada da assistência que deverá ser prestada ao paciente. Contudo, em levantamento bibliográfico realizado, verificou-se que estudos de feridas crônicas são escassos. A maioria dos estudos diz respeito à epidemiologia, aos custos de tratamento, ao tempo de tratamento, aos tipos de curativos, a prevenção e ao tratamento das LPP e lesões venosas (SOARES, 2014).

Diante destes cenário, o que se observa, é que fica a critério do enfermeiro desenvolver e aplicar rotinas de cuidados e prevenção no manuseio dessas feridas, buscando os fatores que contribuíram para este problema, para encontrar melhores técnicas de tratamentos e prevenção (MOREIRA *et al.*, 2009).

Segundo Soares (2014) para controlar e reduzir os índices de LPP é importante que o enfermeiro, trabalhe como multiplicador, repassando seus conhecimento, realizando educação continuada, aprimorando sua equipe, para garantir mais segurança ao paciente, evitando assim agravos a saúde consequente das LPP.

Existem 4 maneiras principais de se tratar as Úlceras, sendo que o primeiro tipo de tratamento consiste na eliminação da patologia causadora da LPP, sendo que em casos onde a doença é desconhecida, deve-se proceder com a investigação da mesma (RIBAS, 2011). Uma outra maneira de lidar com a LPP se faz a através da eliminação dos fatores de riscos que ajudaram no aparecimento da mesma, de

maneira a evitar novas lesões, ou mesmo complicação das lesões já existentes. Procede-se desta maneira com a redução ou mesmo eliminação dos agentes causadores da pressão que veio a contribuir para o desenvolvimento da ulcera (SILVA, *et al.*, 2011b).

Como já demonstrado anteriormente o estado nutricional do paciente é um dos fatores que mais importam diante da existência de LPP, onde, deve ser feita uma análise criteriosa em torno da alimentação do paciente, afim de descobrir se existem carências nutricionais que devem ser devidamente preenchidas (MOREIRA *et al.*, 2009). Ainda é importante que se realizem cuidados importantes, tais como o desbridamento da ulcera em casos de tecido necrosado, além da limpeza da ferida e utilização de curativos com cobertura adequada que ajude na cicatrização da ferida (RIBAS, 2011).

O uso de coberturas que ajudam na cicatrização da LPP é conhecido como terapia tópica e consiste essencialmente em utilizar pomadas, cremes ou óleos específicos para as características presentes em cada ferida. O profissional pode reavaliar a cicatrização da ferida uma vez na semana ou a cada duas semanas. Caso seja necessário, deve-se proceder com a alteração do tipo de tratamento utilizado (SILVA, *et al.*, 2011b).

## 2.7 MUDANÇA DE TERMINOLOGIA

Caliri *et al.*, (2016) através do *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão publicaram a alteração da terminologia de lesão por lesão. O NPUAP com o suporte de múltiplas corporações, organizações e agências governamentais tornou-se uma entidade reconhecida internacionalmente.

O *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* e a *Japanese Society of Pressure Ulcers* utilizaram o modelo do NPUAP para criar as suas organizações. O NPUAP e o EPUAP junto com a *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)* publicaram, em 2014, a última versão das Diretrizes Internacionais sobre Úlcera por Pressão, utilizada no mundo todo, com adaptações para as realidades específicas de cada país. As recomendações dessas diretrizes são fundamentadas em revisões sistemáticas de literatura, contendo estudos realizados em diversos contextos inclusive o brasileiro, bem como na expertise de especialistas de diferentes disciplinas do mundo todo, seja por meio de reuniões presenciais ou de consulta pública (CALIRI *et al.*, 2016).

Em 13 de abril de 2016, o NPUAP anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação, mostrando a importância da disseminação dessas informações para os profissionais do país, membros da SOBEST e da SOBENDE, de forma colaborativa, traduzindo o documento para o português e atualizando a versão divulgada pelo NPUAP e publicada na Revista Estima em 2007 (CALIRI *et al.*, 2016).

Segundo o NPUAP, a expressão descreve de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada. No sistema prévio do NPUAP, o Estágio 1 e a Lesão Tissular Profunda descreviam lesões em pele intacta enquanto as outras categorias descreviam lesões abertas. Isso causava confusão porque a definição de cada um dos estágios referia-se à úlcera por pressão. Além dessa mudança, na nova proposta, os algarismos arábicos passam a ser empregados na nomenclatura dos estágios ao invés dos romanos. O termo “suspeita” foi removido da categoria diagnóstica Lesão Tissular Profunda. Durante o encontro do NPUAP, outras definições de lesões por pressão foram acordadas e adicionadas: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa.

As Lesões por Pressão são categorizadas para indicar a extensão do dano tissular. Os estágios foram revisados com base nos questionamentos recebidos pelo NPUAP dos profissionais que tentavam diagnosticar e identificar o estágio das lesões. Ilustrações dos estágios das lesões por pressão foram também revisadas e estão disponíveis no site do NPUAP, sem custo (CALIRI *et al.*, 2016).

O Novo Sistema de Classificação atualizado inclui as seguintes Definições:

**a) Lesão por Pressão:** um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, morbidades e pela sua condição.

**b) Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece.**

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem

preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

**c) Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.**

O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

**d) Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total**

A gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

**e) Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular;** a exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

**f) Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.** A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é,

seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

**g) Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.** Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neurobáticas ou dermatológicas.

### 2.6.1 Definições Adicionais

#### **a) Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico**

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

#### **b) Lesão por Pressão em Membranas Mucosas**

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas. No sistema anterior, os estágios da fase 1 ou as classificadas como não estádiável ou inclassificável (*deep tissue injury*) eram descritas como pele intacta ferida, enquanto as outras etapas eram descritas como úlceras abertas. “Isso levou a uma confusão, porque as definições para cada uma das etapas se referiam às lesões como “úlceras de pressão”, de acordo com a NPUAP. Além da mudança de terminologia, números árabes são utilizados no nome das fases

em vez de algarismos romanos. “O termo ‘inclassificável’ foi retirado da etiqueta de diagnóstico do *Deep Tissue Injury*, assim como foram adicionadas definições de ferimento” (NPUAP,2016).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, onde se pretende descobrir de que forma dá se a participação do enfermeiro na prevenção e tratamento de pacientes que apresentam quadro de lesão por pressão. Como forma de trazer embasamento teórico para a pesquisa foram pesquisados artigos referentes ao assunto em questão, utilizando-se palavras chaves tais, como: “lesão de pressão”, “prevenção de lesão”, “tratamento de lesões” além de outras. Entretanto, alterações estão ocorrendo na terminologia, onde se lê ‘úlceras’, lê-se agora ‘lesão’, conforme COREN (2016).

O projeto deste estudo foi encaminhado ao CEP da UEPA, obedecendo aos aspectos éticos da profissão, conforme Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional, e somente foi iniciado após aprovação.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no município de Itaituba, no sudoeste do Pará com área territorial de 63.042,302 Km². Em 2015 sua população foi estimada de 98.446 mil habitantes” (IBGE. 2015). Os dados serão obtidos especificamente no Hospital Municipal (HMI), no setor de clínica médica.



Figura 8- Hospital Municipal de Itaituba. Fonte: Portal do Município (2016).

### 3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO EM ESTUDO

Para coleta de dados de campo, foram entrevistados 3 Enfermeiros, dois homens e uma mulher, da faixa etária de 31 a 33 anos, os quais possuem curso superior, são concursados e atuam no Hospital Municipal de Itaituba de 8 a 9 anos. Também participaram da pesquisa outros profissionais que fazem parte da Equipe de enfermagem que atuam no setor de clínica médica do Hospital Municipal de Itaituba. Foram questionados ao todo: 11 profissionais da Equipe de Enfermagem, dos quais 3 Enfermeiros e 9 Técnicos de Enfermagem, selecionados aleatoriamente, mas que atuam no H.M.I e que aceitaram participar voluntariamente, respondendo questões fechadas com base neste questionário, com a finalidade de investigar a Atuação da Equipe Enfermeiro diante da Prevenção e Tratamento das lesões por pressão ou Lesão por Pressão.

A pesquisa tem natureza quantitativa e os dados foram obtidos através de questionários com 11 questões fechadas, os quais foram entregues aos profissionais que atuam no setor alvo do estudo e que aceitaram participar do mesmo.

Primeiramente, foi realizada a aplicação dos questionários aos profissionais que aceitarem participar o estudo, em seguida os questionários devidamente respondidos foram recolhidos e posteriormente foram analisados e os dados obtidos foram organizados de forma a se obter o resultado final da pesquisa. Inicialmente, foram entrevistados três enfermeiros, dois masculinos e um feminino, todos com curso superior e com mais de oito anos de atuação.

Quadro 1- Identificação dos Enfermeiros.

| Nº | Iniciais do Nome | Idade | Sexo | Função     | Escolaridade    | Tempo de Atuação |
|----|------------------|-------|------|------------|-----------------|------------------|
| 01 | A.S. G           | 31    | M    | Enfermeiro | Ensino Superior | 9 anos           |
| 02 | D.S.P.J          | 31    | M    | Enfermeiro | Ensino Superior | 8 anos           |
| 03 | M.R.J.           | 33    | F    | Enfermeira | Ensino Superior | 8 anos           |

Foram entrevistados 9 Técnicos de Enfermagem, dos quais 7 são femininos e 2 masculinos, da faixa etária de 20 a 55 anos, com tempo de atuação de 5 meses a

19 anos, sendo 4 com nível médio de escolaridade, 3 com ensino superior completo, e 2 com ensino superior incompleto.

Quadro 2- Identificação dos Técnicos de Enfermagem.

| Nº | Iniciais do Nome | Idade | Sexo | Função | Escolaridade | Tempo de Atuação |
|----|------------------|-------|------|--------|--------------|------------------|
| 01 | A                | 22    | F    | TE     | EM           | 2 anos           |
| 02 | D                | 55    | F    | TE     | EM           | 4 anos           |
| 03 | G                | 34    | F    | TE     | EM           | 5 anos           |
| 04 | J                | 41    | F    | TE     | ES           | 19 anos          |
| 05 | M                | 44    | F    | TE     | ES           | 10 anos          |
| 06 | R                | 32    | F    | TE     | ESI          | 4 anos           |
| 07 | RC               | 34    | F    | TE     | EM           | 10 anos          |
| 08 | W                | 26    | M    | TE     | ESI          | 5 meses          |
| 09 | WJ               | 43    | M    | TE     | ES           | 16 anos          |

Os Técnicos de Enfermagem participantes da pesquisa estão na maioria, na faixa de 30 a 40 anos, sendo três com atuação de 10 a 19 anos.

### 3.3.1 Perfil dos Técnicos de Enfermagem

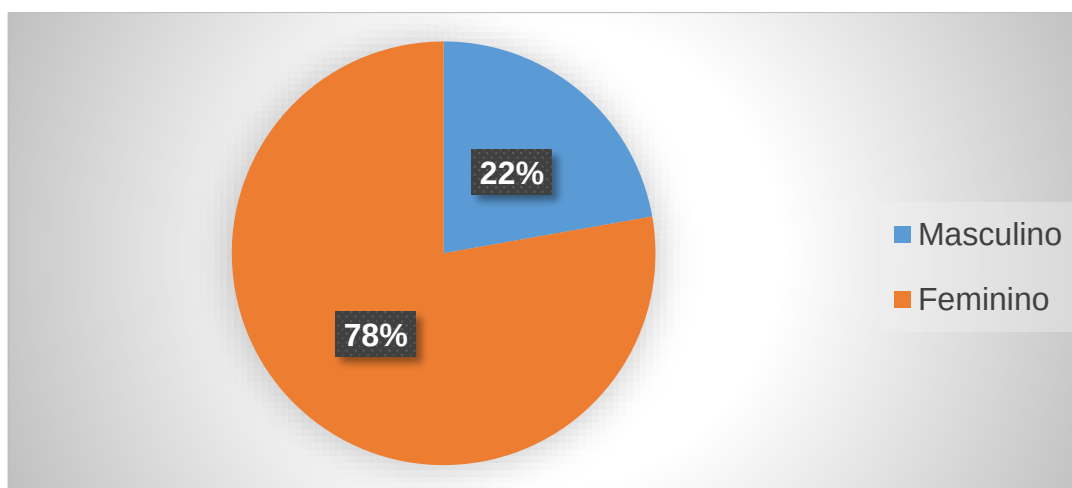


Gráfico 1- Porcentagem quanto ao sexo.

Para esta pesquisa foram entrevistados 9 Técnicos de Enfermagem, sendo 7 mulheres que equivalem a 78%, e 2 homens equivalente a 22%.

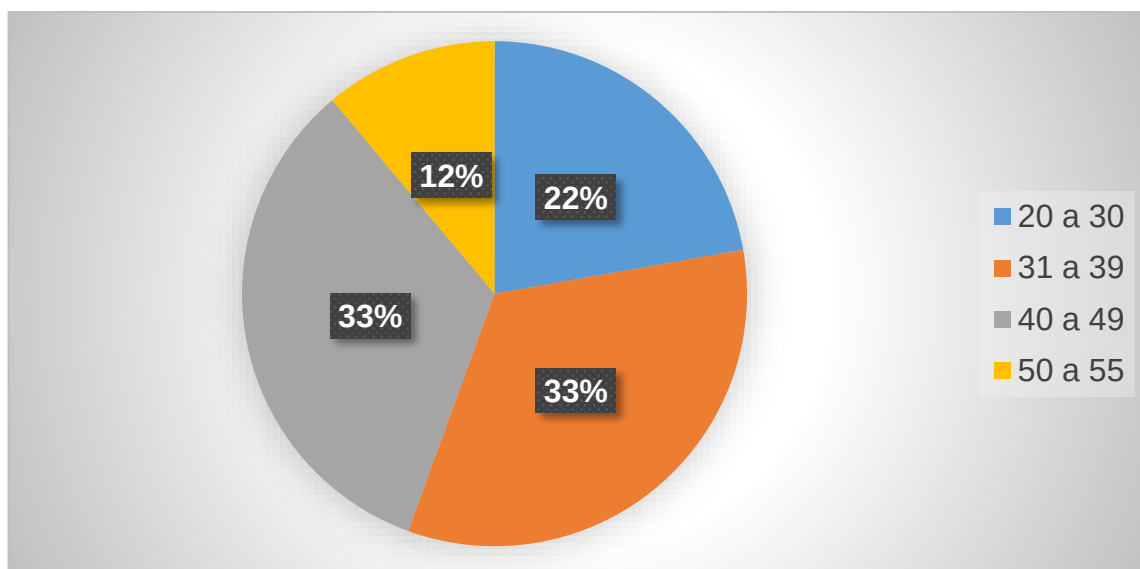


Gráfico 2- Porcentagem quanto à faixa etária.

A Faixa Etária dos Técnicos de Enfermagem participantes da pesquisa varia de 20 a 30 anos (2), equivalendo a 22%; de 31 a 39 anos foram entrevistados (3), equivalente a 33%, de 40 a 49 anos foram (3) equivalente a 33% e de 50 a 55, equivalendo a 12%, indicando que a maioria está entre 31 a 49 anos.

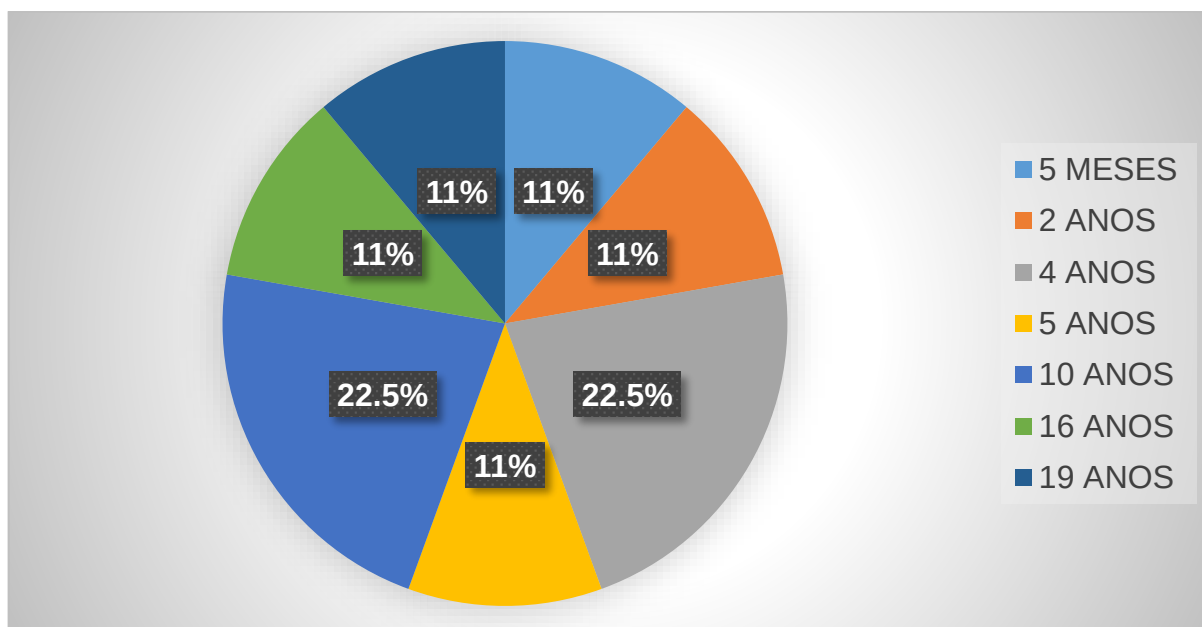


Gráfico 3- Porcentagem quanto ao tempo de atuação.

O tempo de atuação dos profissionais varia de 5 meses, a 19 anos sendo que, de 5 meses 1 Técnico de Enfermagem equivalente a 11%, 2 anos 1 Técnico de Enfermagem equivalente a 11%, de 4 anos de atuação 2 Técnicos equivalente a

22.5%, de 5 anos 1 técnicos, 10 anos 2 técnicos, 16 anos 1 técnico, 19 anos 1 técnico de Enfermagem equivalente a 22.5%

A escolaridade dos participantes Técnicos de Enfermagem, conforme Gráfico 04 mostra que há profissionais 45% com Curso Superior, 33% com Ensino Superior Incompleto, sendo a maioria com ensino médio e alguns com ensino médio incompleto equivalente a 22%.

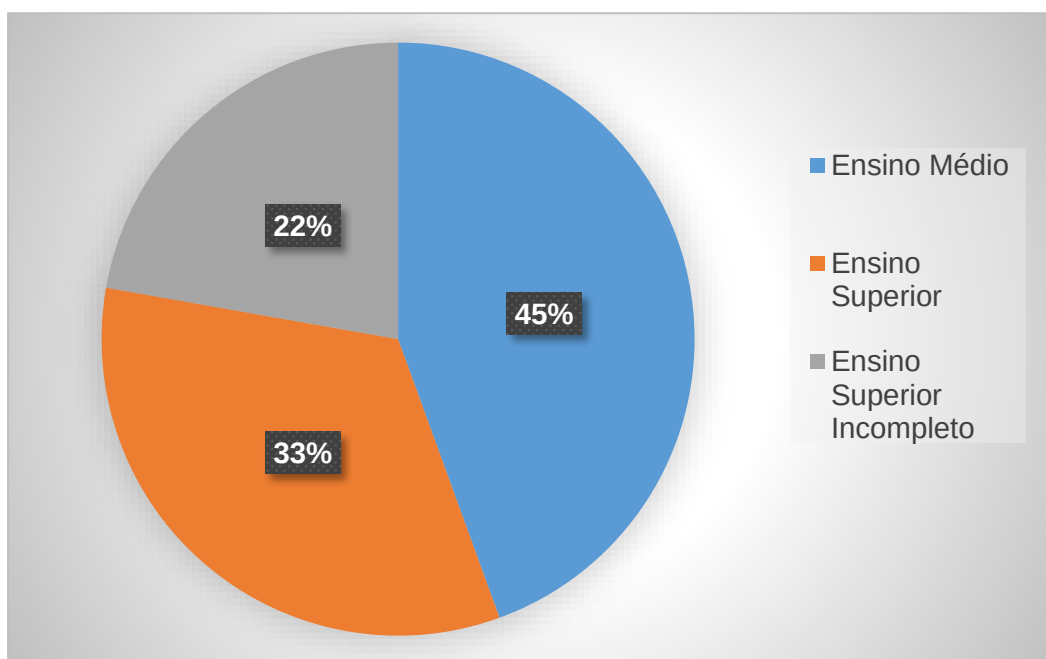


Gráfico 4-Porcentagem quanto à Escolaridade.

De modo geral, os participantes, tanto Enfermeiros quanto Técnicos de enfermagem são habilitados para a função, possuem tempo de atuação suficiente para as atribuições, entretanto, há alguns conteúdos em que há necessidade de revisão, principalmente em relação às classificações e avaliações das lesões.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 RESULTADO

Questionou-se aos profissionais de saúde que atuam no HMI como são realizadas as medidas preventivas das lesões Por Pressão (LPP) pela Equipe de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba e os participantes marcaram as alternativas: através de avaliação diária, mudança de decúbito, higiene e hidratação e uso de materiais para alívio. Em relação à forma assegurada a seleção dos produtos para o tratamento, citaram: pela unidade, pela família e por ambas.

Perguntou-se o que é utilizado pela SAE para dar embasamento científico às medidas de tratamento, todos os enfermeiros disseram que não utilizam. Sobre treinamentos e aperfeiçoamentos todos concordaram que não são realizadas capacitações aos profissionais, quanto ao procedimentos realizados aos pacientes com LPP. Quanto à forma de capacitação, os participantes todos responderam que não tiveram, apenas conhecimento da formação. Sobre a realização de classificação todos disseram que não existe, também afirmaram não ser realizada classificação

Solicitou-se que citassem os curativos mais utilizados, ao que responderam: Hidrogel (1) e Colagenase (2). Informaram que são feitos registros nos prontuários da evolução das LPP, por Tipo de Ferida, Localização, Exsudato, Tipo de tecido e Tipo de curativo. Afirmaram que são realizadas as orientações às famílias quanto às medidas preventivas para amenizar danos causados aos pacientes por LPP e que a unidade não conta com quadro suficiente de funcionário para prestar uma assistência adequada aos pacientes com LPP.

Em relação às medidas que poderiam minimizar os riscos de desenvolvimento de LPP, foi possível perceber que não são utilizadas escalas de medidas de LPP, enquanto que a mudança de decúbito é o tipo de medida mais utilizada (88% dos entrevistados), enquanto que outras medidas que foram: realização de avaliação diária do estado em que se encontra a LPP, medidas higiênicas e de hidratação da pele e uso de medidas que visam o alívio.

### 4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Em relação às medidas de preventivas, vê-se no gráfico 5 que a mais usada é a mudança de decúbito.

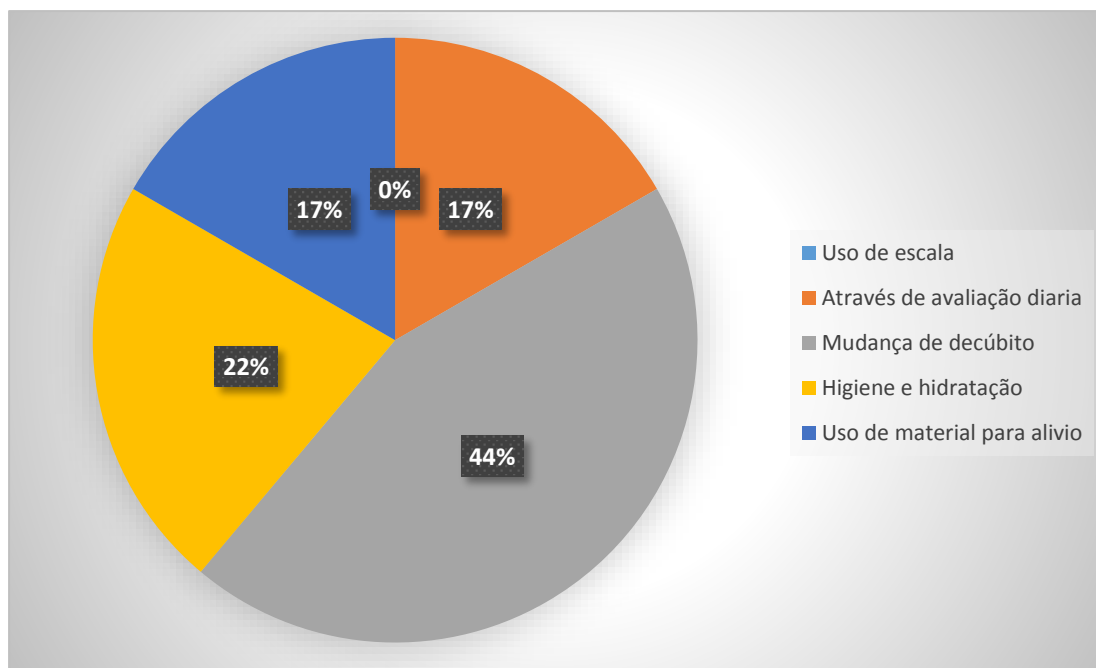


Gráfico 5- Medidas preventivas.

É importante frisar que houveram profissionais que marcaram mais de um tipo de opção, o que demonstra que em algumas ocasiões é realizada a associação entre mais um tipo de medida.

Referente à forma de fornecimento dos materiais para tratamento de LPP, de que forma são distribuídos os materiais para tratamento das LPP, destaca-se fornecimento pela unidade.

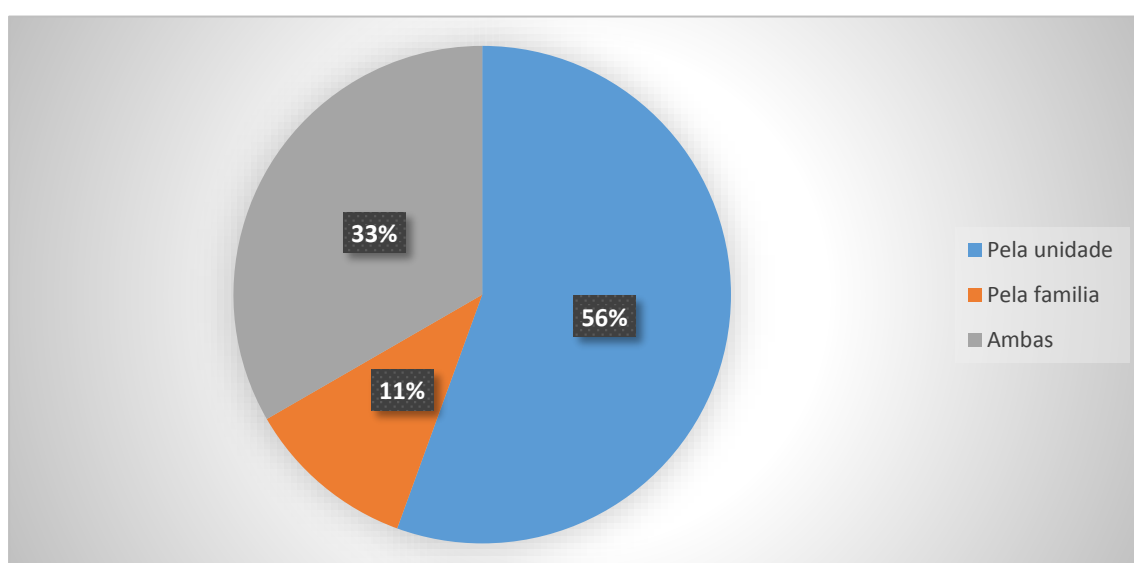


Gráfico 6- Fornecimento de Materiais.

Por meio da análise do gráfico 6 é possível perceber que a maioria dos produtos que são utilizados para a prevenção e o tratamento são em sua maioria fornecidos pelo próprio hospital, no entanto, em algumas ocasiões a própria família que acaba por se comprometer com ao fornecimento do produto. De maneira geral é possível destacar que os produtos utilizados tem sua origem por meio do fornecimento de familiares do paciente e da própria instituição.

Em relação à literatura sobre o tema, o estudo restringiu-se à avaliação feita por Enfermeiros e Técnicos, os quais citam ser utilizada a SAE para dar embasamento científico, para as medidas de tratamento.

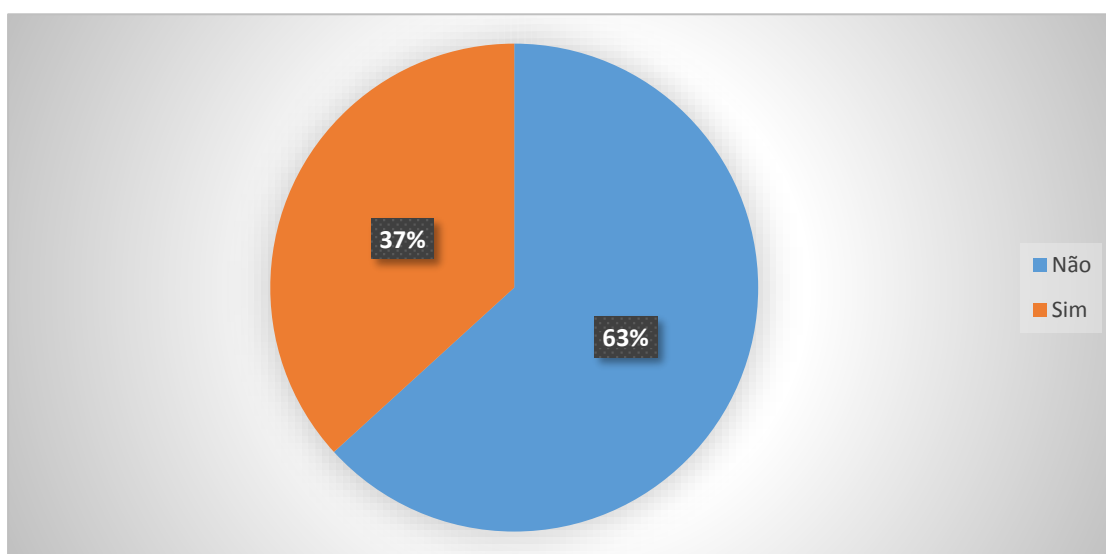


Gráfico 7- Embasamento Científico.

Por meio da análise do gráfico 7 é possível perceber que a maioria dos profissionais que responderam o questionário, referiam-se não aplicarem a SAE durante como uma forma de fortalecer o cuidados preventivos prestados aos paciente, o que pode ser explicado pelo fato de que a maioria das indivíduos que serviram como amostra para esta pesquisa são técnicos em enfermagem, os quais em geral não possuem a formação para a realização da SAE, sendo este o papel prestado pelo profissional de enfermagem. Desta maneira, é possível perceber que os que afirmaram utilizar a SAE, são todos bacharéis em Enfermagem.

Os entrevistados argumentam que são realizadas capacitações aos profissionais, quanto aos procedimentos realizados aos pacientes com LPP. De acordo com o gráfico 8 é possível evidenciar a carência de investimentos por parte do setor de saúde em capacitações que visem contribuir para o aperfeiçoamento da prática

profissional, o que é muito importante já que o resultado final destas capacitações irão se refletir diretamente nos cuidados prestados ao paciente.

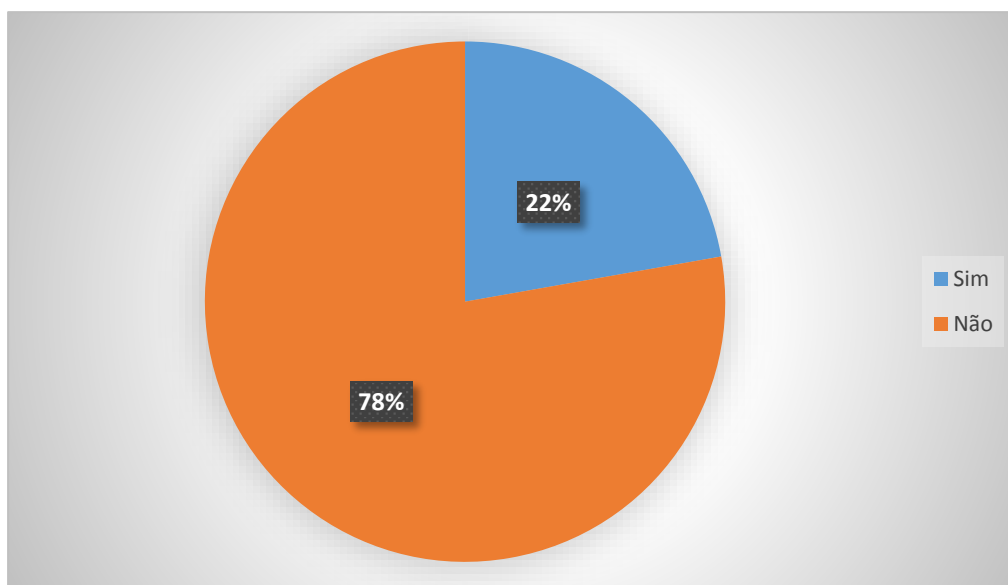


Gráfico 8- Capacitação dos profissionais de enfermagem.

Soares (2014) trata sobre a capacitação dos profissionais de enfermagem, demonstrando resultados parecidos ou discordante e qual a importância de tais capacitações. Também Caliri *et al.*, (2016) mostram as alterações de terminologia onde o termo Úlcera passa a ser denominada Lesão, conhecimento necessário em uma capacitação. Sobre a forma de treinamento mostra-se no Gráfico 9 os tipos de treinamento para formação:

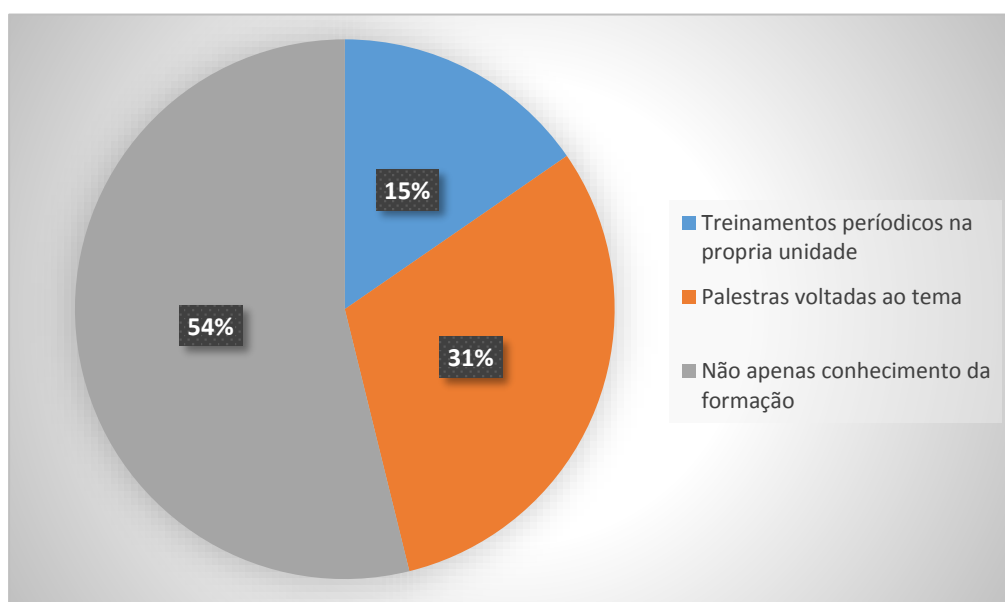


Gráfico 9- Tipo de Treinamento.

O gráfico 09 encontra-se de acordo com o gráfico anterior, onde é demonstrado que a maioria dos profissionais não recebe nenhum tipo de capacitação quando aos cuidados preventivos e sua utilização para LPP. É possível observar que a grande maioria deles usam somente o conhecimento que adquiriram durante a sua formação e em alguns casos foi possível adquirir conhecimentos por meio de palestras.

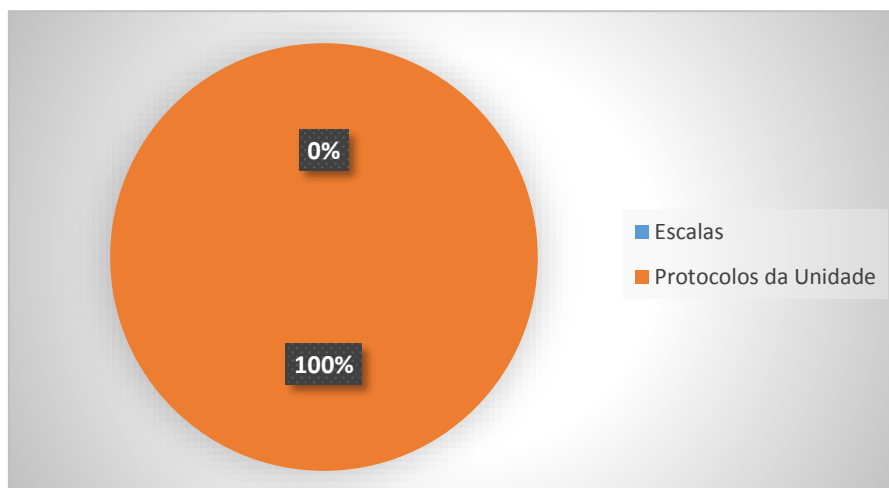


Gráfico 10- Uso de Protocolo.

De acordo com o gráfico 10 torna-se possível evidenciar que existe uma carência em relação à utilização de escalas, sendo que estas são muito importantes e utilizada pela maioria das instituições de saúde não só a nível nacional mais a mundial também. Há utilização de protocolos da unidade que são as anotações nos prontuários. O fato de que os técnicos em enfermagem possuem uma formação voltada mais para o aspecto técnico influencia diretamente neste resultado, pois estes eram a maioria dos indivíduos pesquisados.

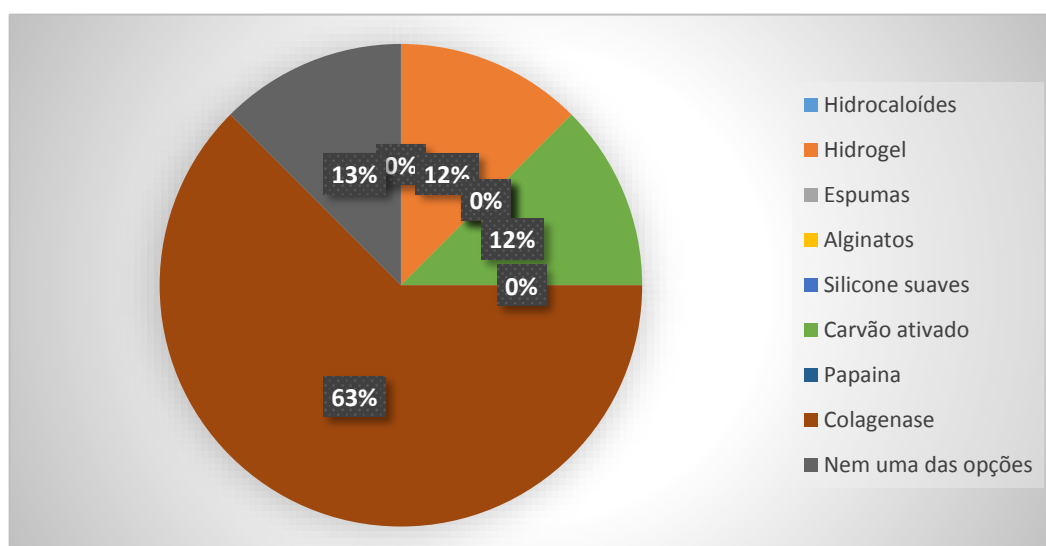


Gráfico 11- Curativos mais utilizados.

O gráfico 11 demonstra que entre as diversas opções de produtos que podem ser utilizados como forma de tratamento das LPP, o mais utilizado pelo hospital é a colagenase (63%), sendo que a grande maioria dos outros produtos, ou não são utilizados, ou são utilizados poucas vezes.

Desta maneira, afirma-se, que o enfermeiro é o profissional que possui a formação para exercer tanto um cuidado centrado na técnica quanto nos aspectos mais científicos, onde o mesmo geralmente faz a associação entre os dois tipos de trabalho prestado, conforme verifica-se no gráfico 12 sobre registro da evolução das LPP.

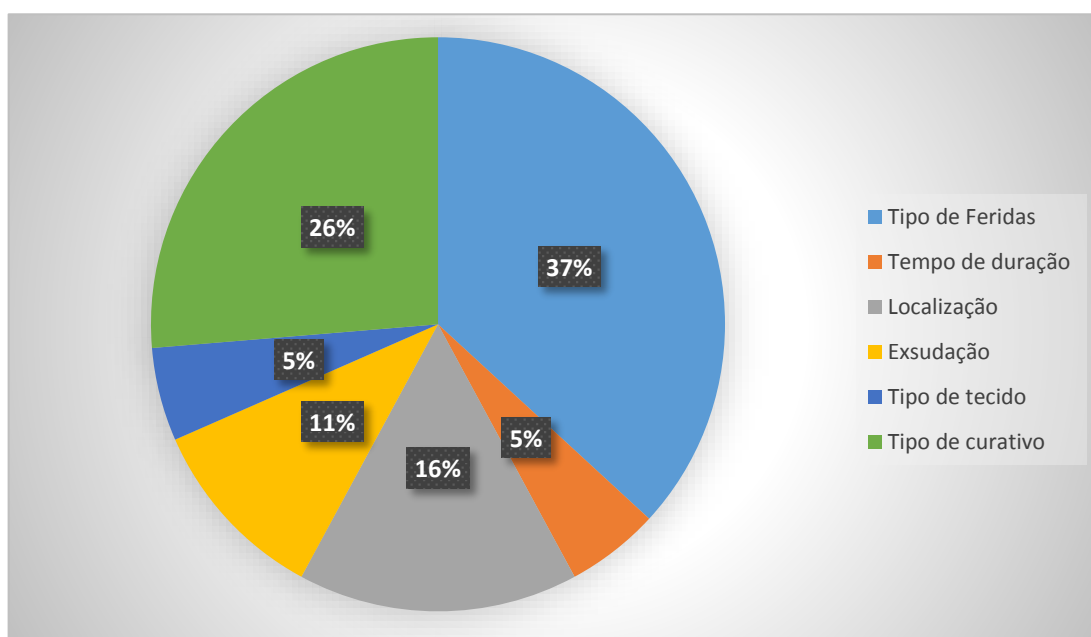


Gráfico 12- Registro das evoluções das LPP.

As pesquisas para comparar a realidade das instituições são necessárias, porém, cada uma tem sua forma, não havendo influência de uma para outra na utilização ou não dos produtos. Os registros são feitos nos prontuários da evolução das LPP. Constata-se que os registros realizados pela equipe de enfermagem nos prontuários, referentes as características presentes nas LPP, são referentes principalmente ao tipo de ferida apresentada e ao curativo que foi utilizado. Outras características, tais como tempo de duração (de que), tipo de tecido, presença de exsudato e localização da ferida também se fizeram presentes porém com uma menor prevalência.

#### 4.3 DISCUSSÃO

Estudos realizados por Pinto (2012), Medeiros, Lopes e Jorge (2009) e Brito; Soares e Silva (2014) também demonstraram que a mudança de decúbito é um dos métodos mais utilizados como forma de prevenção para o aparecimento de LPP, no entanto, os mesmos estudos demonstraram que a utilização das escalas de riscos é uma medida tão utilizada quanto a mudança de decúbito.

Diante disto chama-se a atenção para o fato de que mesmo a utilização de escala de risco sendo altamente indicada como forma de prevenção, nenhum dos profissionais que responderam ao questionário utilizaram a mesma no hospital que foi alvo do estudo, o que é preocupante e demonstra que são necessários a realização de treinamentos para a implementação deste tipo de método, em função de sua grande efetividade.

Em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que vai dar embasamento científico, para aplicação das técnicas, e a tomada de decisão adequada da assistência que deverá ser prestada ao paciente, verificou-se que estudos de feridas crônicas são escassos.

A maioria dos estudos diz respeito à epidemiologia, aos custos de tratamento, ao tempo de tratamento, aos tipos de curativos, à prevenção e ao tratamento das LPP e lesões venosas (SOARES, 2014). Percebe-se que sobre a avaliação com escalas poucos trabalhos estão em evidência, fazendo-se necessária uma capacitação e diversos treinamentos sobre as lesões, o atendimento, as orientações e avaliações por parte dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

Um estudo observacional realizado por Costa *et al.*, (2015), em um Hospital de porte extra de MG, em uma unidade de Cuidados Paliativos e Cuidados Prolongados, onde procurou-se descobrir quais os custos com os materiais utilizados no tratamento demonstrou que o hidrogel e o alginato de cálcio foram os dois tipos de curativos mais utilizados. De acordo com tais autores, a utilização destes produtos fazem-se diante de feridas que possuem média exsudação, presença de tecido necrosado, podendo possuir ou não sinais aparentes de infecção.

Franco e Gonçalves (2008) explicam que atualmente o mercado disponibiliza uma variedade muito grande de curativos, os quais podem ser utilizados de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente.

De acordo com Souza *et al.*, (2012) os curativos visam trazer melhores condições ao leito da ferida, de maneira que a mesma possa vir a se cicatrizar de

forma mais rápida e eficaz, no entanto em alguns casos o mesmo pode ser utilizado como medida definitiva de tratamento. É importante frisar que a utilização dos curativos irá variar muito de acordo com cada instituição, uma vez que o uso de tais produtos envolvem gastos financeiros, já que muitos destes curativos possuem um preço um pouco elevado. Desta maneira, hospitais maiores e que apresentam um estrutura melhor, tendem a utilizar os mais diversos tipos de curativos, enquanto que hospitais menores tendem a apresentar um uso mais limitado dos tipos de curativos.

Mediante a análise dos dados, ficou demonstrado que os profissionais entrevistados são praticamente unânimes quanto ao número insuficiente de profissionais para atender a demanda existente de pacientes que apresentam risco para LPP. Ressalta-se aqui, que a insatisfação de grande parte destes profissionais se faz não somente pelo número insuficiente de funcionários, mas também pela própria estrutura existente na unidade hospitalar e pela falta de materiais e produtos que podem ser utilizados para ajudar na prevenção e controle das LPP.

Os entrevistados argumentam que são realizadas orientações à família quanto as medidas preventivas, para amenizar danos causados aos pacientes por LPP. De acordo com a pesquisa e como é evidenciado por meio do gráfico acima, as orientações repassadas pela equipe de enfermagem a família do paciente sobre as medidas que deviam ser tomadas como forma de se prevenir a ocorrência de LPP se fazem presentes por todos os profissionais que responderão ao questionário.

A unidade conta com quadro insuficiente de funcionários para prestar uma assistência adequada aos pacientes com LPP. Entretanto, esses profissionais desconhecem as avaliações por escalas e demonstra que necessitam de treinamentos mais profundos sobre o tema.

## 5 CONCLUSÃO

Por meio do estudo sobre o papel da Equipe Enfermagem diante da prevenção e tratamento das Lesões Por Pressão, tornou-se possível adquirir novos e importantes conhecimentos sobre o tema, os quais poderão ser de muita utilidade ao se atuar na campo prático. Desta maneira, por meio deste estudo tornou-se possível evidenciar qual a real situação quando nos referimos as medidas utilizadas como forma de se prevenir e tratar as LPP.

A pesquisa que foi realizada em campo, por meio da entrevista dos profissionais de enfermagem que compõe o setor de clínica médica do HMI, demonstrou que em relação as medidas preventivas para o surgimento de LPP e o tratamento das mesmas, a mudança de decúbito é o tipo mais comum a ser utilizado e os protocolos de prevenção utilizados são próprios da unidade. A maioria dos profissionais que fazem parte da amostra, demonstraram não fazer uso de conhecimentos técnicos – científicos (SAE) ao prestarem os cuidados, além de que a maioria adquiriram os conhecimentos a respeito dos cuidados por meio da própria formação, sendo muito escasso a realização de palestras e principalmente treinamentos a respeito do tema.

Em relação aos produtos utilizados no curativo, evidenciou-se que a collagenase é o tipo mais utilizado, sendo que a maioria dos produtos utilizados possuem sua origem junto a unidade de saúde e também através dos familiares dos próprios paciente. Em relação aos registros nos portuários sobre as características das úlceras, as principais anotações são sobre o curativo utilizado e o tipo de ferida.

Diante dos fatos percebe-se que é de extrema importância que sejam preconizados novos protocolos os quais contribuam principalmente para a prevenção das LPP. Tais protocolos devem também está de acordo com as atuais escalas de classificações vigentes, tais como Braden, Norton e outras. É importante também que os cuidados de enfermagem oferecidos passem a levar em conta a SAE, o que contribuirá de maneira evidente para a obtenção de resultados mais eficazes.

## REFERÊNCIAS

ABED- Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- **SOBENDE** Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel - *NPUPAP®*), 2016.

ARAÚJO, T. M; ARAÚJO, M. F; CAETANO, J. A. **Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico.** Actual Paul Enferm, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011.

BORSATO FG, ROSSANEIS MA, HADDAD MCFL, VANNUCHI MTO, VITURI DW. **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário.** Acta Paul Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, PR, 2011.

BORSATO, F. G., ROSSANEIS, M. A., HADDAD, M. C. F. L, VANNUCHI, M. T. O, VITURI, D. W. **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário.** Acta Paul Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, PR, 2011.

BRANDÃO, E.S., MANDELBAUM M.H.S., SANTOS, I. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. **Rev. Pesquisa e Cuidados Fundamentais**, Online 2013. Apr; 5 (1): 3221-28. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24246&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Manual de Condutas para Úlceras Neroutróficas e Traumática: Cadernos de reabilitação em hanseníase.** N.2, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Condutas para Úlceras Neroutróficas e Traumática: Cadernos de reabilitação em hanseníase.** N.2, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Classificação de úlcera por pressão.** Brasília, 2003.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Brasília, 2013.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Estágios de úlcera por pressão.** Brasília, 2015.

BRASILEIRO, Maria Lucia Almeida. **Pesquisa em enfermagem.** Londrina-PR, 2014.

CALIRI, M. H. L; SANTOS, V.L.C.G; MANDELBAUM, M.H.S; COSTA, I.G. **Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE,** 2016.

CESARETTI, I.U.R. **Processo fisiológico de cicatrização da ferida.** Pelle Sana 1998;210-2.

COREN- Conselho Regional de Enfermagem. **Mudança de terminologia**. Brasília, 2016.

CORMACK, D. H. **Fundamentos de histologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COSTA, A. M.; MATOZINHOS, A. C. S.; TRIGUEIRO, P. S.; CUNHA, R. C. G.; MOREIRA, L. R. **Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais**. Rev. Enfermagem Revista, Minas Gerais, v. 18, n. 01, 2015.

CUNHA, N. A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. Olinda: FUNESO, 2006.

DEALEY, C. **Fatores extrínsecos que afetam os cuidados com feridas crônicas**. Revista Nursing, out/1999.

FERNANDES, M. M. J.; LEITÃO, I. M. T. A.; MENEZES, L. C. G.; OLIVEIRA, R. M.; GUEDES, M. V. C. 17 ed. **Assistência de Enfermagem Na Prevenção Da Úlcera Por Pressão Em Pacientes Internados Em Unidade De Terapia Intensiva**. SENPE, 2013.

FORTUNA, E. C. S. **Cuidados de enfermagem aos pacientes com úlcera por pressão (UP) na UTI**. Bahia: Atualiza, 2012.

FRANCO, D.; GONÇALVES, L. F. **Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado**. Rev. Col. Bras. Cir, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2008.

GARDONA, R. G. B.; FERRACIOLI, M. M.; SALOMÉ, G. M.; PEREIRA, M. T. J. **Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem**. Rev. Bras. Cir. Plástica, Pouso Alegre, v. 28, n. 4, 2013.

HEMORIO. **Protocolos de enfermagem – Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**. Hemorio, 2010.

IRION, GLENN. **Feridas: Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

JUNQUEIRA, L. C. U; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LIMA A.C.B., GUERRA, D.M. **Avaliação do custo do tratamento de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados**. Ciência & Saúde Coletiva. 2011. Apr; 16(1):267-277.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. **Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – parte I**. In: Anais Brasileiros de Dermatologia. Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, jul./ ago.; 2003.

MEDEIROS, A.B.F., LOPES, C.H.A.F., JORGE, M.S.B. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão proposto por enfermeiros.** Ver. Esc. Enfermagem USP. 2009.Apr;43(1): 223-8.

MOREIRA, R. A. N; QUEIROZ, T. A; ARAÚJO, M. F. M; ARAÚJO, T. M; CAETANO, J. A. **Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva.** Rev Rene Fortaleza. 2009 jul-set; 10(3):83-9.

NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. **Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitária.** Rev Latino-americana Enfermagem, Ribeiro Preto, v. 14, n. 3, 2006.

PINTO, E. N. **Medidas preventivas relacionadas à úlcera por pressão no contexto da segurança do cliente: revisão integrativa.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

RIBAS, J. D. **Prevalência de úlcera por pressão: um estudo epidemiológico da enfermagem.** Curitiba: UFP, 2011.

ROCHA, A. B. L; BARROS, S. M. O. **Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow.** Acta Paul Enferm, v. 20, n. 2, p. 43-50, 2007.

SANTOS, M. P; NEVES, R. C; SANTOS, C. O. **Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 2, n. 1, p. 19-31, 2013.

SILVA, R. C. L; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I. B; COSTA, M.M. **Feridas - Fundamentos e Atualizações em Enfermagem.** 2. ed. ampliada. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

SILVA, E. W. N. L.; ARAÚJO, R. A.; OLIVEIRA, E. C.; FALCÃO, V. T. F. L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, Recife, v. 22, n. 2, 2010.

SILVA, R. C. L; FIGUEIREDO, N. M. A; MEIRELES, I. B; COSTA, M. M; SILVA, C. R. L. **Fundamentos e atualizações em enfermagem.** São Caetano do sul, SP: Yendis Editora, 2011.

SOARES, R.S. A., SAUL, A.M.R., SILVA, R.M. D.A, TIMM AMB, BIN A, DURGANTE VL. **Intervenção educativa como processo de construção do conhecimento no cuidado da úlcera por pressão.** Rev Enferm UFPE Line. 2014;8(6):1658–65

SOUZA, A. C.; PEREIRA, K. C.; GAMA, F. N. O processo do cuidar: profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento da úlcera de pressão. Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga, v. 3, n. 1, 2010.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. **Princípios de anatomia e fisiologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

UCB, Universidade Castelo Branco. **Histologia Básica**. Rio de Janeiro: UCB, 2008.

VENTURA, J. A; MOURA, L. T. R; CARVALHO, M. F. A. A. **Escala de Braden e incidência de úlcera por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Recife, **Rev enferm UFPE online**, v. 8, n. 7, n. 2047-53, 2014.

# APÊNDICES



Centro de Estudos Superiores de Itaituba S/C Ltda.  
Faculdade de Itaituba – FAI

### **Apêndice I**

#### **QUESTIONÁRIO A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

##### **IDENTIFICAÇÃO**

INICIAIS DO NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ TEMPO DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

1. Como são realizadas as medidas preventivas das Ulceras por Pressão (UPP) pela equipe de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba?  
☐ ) Uso de escalas preditivas (Braden/Norton/Waterloo).  
☐ ) Através de avaliações diárias na pele dos pacientes.  
☐ ) Mudança decúbito frequente.  
☐ ) higiene e hidratação da pele.  
☐ ) Uso de materiais para alívio da pressão (almofadas/coxins/colchão piramidal/colchão de água/colchão de ar).
2. De que forma é assegurada a seleção adequada aos produtos para o tratamento das UPP?  
☐ ) Custeado pela unidade de saúde.  
☐ ) Custeado pela família.
3. E utilizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para dar embasamento científico, para as medidas de tratamento?  
☐ ) sim ☐ ) não
4. São realizados capacitação aos profissionais de saúde quanto aos procedimentos realizados aos pacientes com UPP?  
☐ ) Sim ☐ ) Não
5. De que forma?  
☐ ) Treinamentos periódicos na própria unidade.  
☐ ) Palestras voltadas ao tema.  
☐ ) Não, apenas conhecimentos adquiridos na formação profissional aliada à experiências profissionais.

6. E realizada classificação das UPP?

Sim ( ) Não ( )

7. Como e feita a classificação?

( ) Através de escalas.

( ) Através de protocolos da própria unidade.

8. Quais os curativos mais utilizados?

( ) hidrocalóides.

( ) hidrogel.

( ) espumas.

( ) alginatos.

( ) silicones suaves.

( ) Carvão ativado

( ) Papaína

( ) collagenase.

9. São feitos registros nos prontuário da evolução das UPP, de acordo com!

( ) tipo de ferida.

( ) tempo de duração.

( ) Localização.

( ) Exsudato.

( ) Tipo de tecido.

( ) tipo de curativo.

10. E realizado orientações aos familiares sobre as medidas preventivas, para amenizar danos causados aos pacientes pelas UPP?

( ) sim

( ) não

11. A unidade conta com quadro de profissionais suficientes para prestar uma assistência adequada aos pacientes acometidos por UPP?

( ) Sim

( ) Não



Centro de Estudos Superiores de Itaituba S/C Ltda.  
Faculdade de Itaituba – FAI

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA CLINICA MEDICA  
DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA

Itaituba, \_\_ de \_\_\_\_ de 2016.

Eu, MARIA ELIELDA SA PINHEIRO, responsável principal pelo Projeto de Pesquisa Parte Integrante para o TCC da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, venho pelo presente, solicitar autorização do Diretor Operacional da Secretaria municipal de saúde de Itaituba, para realizar pesquisa de campo com A equipe de enfermagem no Hospital Municipal de Itaituba, para o trabalho de pesquisa sob o título: A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, com o objetivo de investigar as características das atuação da equipe de enfermagem na prevenção e tratamento das ulceras por pressão, para o qual necessitamos dados , bem como fazer entrevistas com a equipe que atuam no setor. Projeto sob orientação da Professor(a) Drª DJALMIRA DE SÁ ALMEIDA. Contato do pesquisador principal: 991224661 elieldasa@hotmail.com. Contato da orientadora: 992148101, djalmira@unifaitb.edu.br.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa unidade. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Principal  
RG: 4192308 PA  
Instituição: Faculdade de Itaituba

---

Assinatura do Orientador da Pesquisa  
RG: 1.270.423 PR



Centro de Estudos Superiores de Itaituba S/C Ltda.  
Faculdade de Itaituba – FAI

### APÊNDICE III

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA, tem por objetivo Investigar a atuação da equipe de enfermagem no setor de atendimento da Clínica Médica do Hospital Municipal de Itaituba, na cidade de Itaituba. A sua participação nesse estudo consiste em participar de uma entrevista. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo. No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisadora principal desta pesquisa, Maria Elielda Sá pinheiro telefone (93)991224661 ou pelo email: elieldasa@hotmail.com, assim como sua orientadora, Djalmira de Sá Almeida, ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar. Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

#### PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Maria Elielda Sa Pinheiro pelo telefone (93)991224661 ou pelo elieldasa@hotmail.com, assim como sua orientadora, Djalmira de Sá Almeida, ou ainda com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador (a)