

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIANA MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE

**MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO NO CENTRO DE
TERAPIA INTENSIVA: conhecimento e prática dos enfermeiros**

**JOÃO PESSOA – PB
2008**

ADRIANA MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE

**MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO NO CENTRO DE
TERAPIA INTENSIVA: conhecimento e prática dos enfermeiros**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserida na Linha de Pesquisa Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^ª. Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares

**João Pessoa – PB
2008**

ADRIANA MONTENEGRO DE ALBUQUERQUE

**MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO NO CENTRO DE
TERAPIA INTENSIVA: conhecimento e prática dos enfermeiros**

Aprovada em _____/_____/_____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Maria Júlia Guimarães de Oliveira Soares
(Presidente)

Dra. Zuila Maria de Figueiredo Carvalho
(Membro)

Dra. Maria Miriam de Lima Nóbrega
(Membro)

Dra. Wilma Dias de Fontes
(Membro)

“Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições, ou ainda se apresenta *úlceras de decúbito*, geralmente não é devido à doença, mas a Enfermagem” (NIGHTINGALE, 1989).

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Walter Paiva de Albuquerque** (in memoriam) e **Odaisa Montenegro de Albuquerque** por me trazerem à vida.*

À minha mãe, em especial, que me inspira com sua força, paciência e dedicação nesses anos de estudo.

*Aos meus irmãos, **Luciano Montenegro de Albuquerque** e **Rossana Montenegro de Albuquerque**, por fazerem parte da minha família.*

*Aos meus sobrinhos, **Germano Neto, Rafaela, André, Luísa e Lucas**, por me ver estudando e respeitar esse momento impar. E por serem os filhos que ainda não tive.*

Aos pacientes de quem cuidei e que confiaram em meu profissionalismo como enfermeira de Terapia Intensiva como também àqueles que, acometidos de úlcera por pressão, orientei e prestei assistência em suas residências.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus, pela força e coragem me incentivando a olhar para frente alcançando mais um objetivo em minha trajetória de vida profissional.

*À Prof^ª. Dra. **Maria Júlia Guimarães de Oliveira Soares**, que aceitou e confiou orientar-me, pela dedicação e ensinamentos prestados na carinhosa realização dessa pesquisa.*

*À Prof^ª. Dra. **Wilma Dias de Fontes**, colega contemporânea, que desde a nossa formação acadêmica na UFPB, e hoje minha professora no mestrado, contribuiu e incentivou para a conclusão dessa pesquisa.*

*À Prof^ª. Dra. **Maria Miriam Lima da Nóbrega**, pelas orientações que contribuíram para aprimorar o meu conhecimento.*

*À Prof^ª. Dra. **Zuila Maria de Figueiredo Carvalho**, por aceitar participar da minha banca e contribuir na conclusão dessa dissertação.*

A todos os Coordenadores dos CTI's pesquisados, os meus sinceros agradecimentos.

*Às enfermeiras do CTI do **HETSHL**, por aceitarem participar dessa pesquisa nas horas mais tumultuadas dos plantões meu mais sincero obrigado.*

*Às enfermeiras do CTI do **HULW**, por aceitarem compartilhar dessa pesquisa.*

*Às enfermeiras do CTI do **HGSI**, o meu obrigada por suas participações.*

*Às enfermeiras do CTI do **IHGER** que participaram dessa pesquisa, contribuindo para o meu aprimoramento profissional.*

*À minha colega mestranda **Maria Amélia de Souza**, pela dedicação, confiança, participação, e carinho em todas as minhas angústias, dúvidas no desenvolvimento desse estudo.*

*À minha grande amiga **Érika Azevedo de Miranda Cavalcanti**, pela angústia e incentivo para o término dessa dissertação.*

*À minha querida amiga **Kristine Coely Leal Lemos**, por fazer parte da minha vida desde os meus dez anos de idade, pela nossa formação acadêmica na UFPB e até hoje, mesmo separada pela distância (Campinas/SP).*

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, pela dedicação, competência dos ensinamentos compartilhados.

A todos os discentes do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, ano 2007, minha turma, pelas dificuldades vividas juntas.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação da UFPB, Sr. Ivan e S Luzinete, pelo carinho e paciência dedicados.

Ao Prof^o. Francelino Soares, pela correção ortográfica, os meus sinceros agradecimentos.

A todos aqueles que de alguma maneira, colaboraram, direta ou indiretamente, para que pudesse realizar essa dissertação.

RESUMO

ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro. **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: conhecimento e prática dos enfermeiros.** 2008. 112 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2008.

As úlceras por pressão constituem um problema para os serviços de saúde, especialmente para os enfermeiros, principalmente em Centro de Terapia Intensiva, por ser uma unidade de alta complexidade e, mesmo com o avanço tecnológico, ainda persiste com elevada incidência, prolongando a internação e a morbidade dos pacientes. Este estudo tem como objetivo investigar o conhecimento dos enfermeiros acerca das medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes em centro de terapia intensiva, verificar a atuação do enfermeiro em relação às medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos em centro de terapia intensiva e identificar a existência de fatores impeditivos para a adoção pelo enfermeiro de medidas preventivas a úlcera por pressão em pacientes internos em centro de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa exploratória e de campo com abordagem quati-qualitativa. A pesquisa foi realizada em quatro hospitais das esferas governamentais (Estadual, Federal e Municipal) situados na cidade de João Pessoa – Paraíba participaram do trabalho quarenta enfermeiros que atuam em centro de terapia intensiva. O instrumento utilizado na coleta de dados foi composto de dois questionários: o primeiro, com variáveis referentes à identificação dos hospitais, e o segundo com a constatação de características sócio-demográficas dos enfermeiros, de quarenta e um itens relacionados aos conhecimentos dos enfermeiros sobre as úlceras por pressão e medidas preventivas. A coleta ocorreu de janeiro a abril de 2008, sendo iniciada após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Dos quarenta enfermeiros, 82,5% eram do sexo feminino entre 26 a quarenta anos de idade; com tempo profissional de um a dez anos, com atuação na área de terapia intensiva de um a cinco anos; 25% apenas especialistas em terapia intensivas, e uma mestra. O conhecimento dos enfermeiros relacionado à avaliação, estadiamento e prevenção aplicada no instrumento evidenciou que o menor escore de acerto foi de 24 (58,5%) e maior 36 (87,8%). Em relação às questões respondidas erradas tivemos um escore mínimo de quatro (9,8%) e máximo de dezesseis (39,0%). Foi identificado que sete (17,1%) enfermeiros consideraram que não sabiam responder algumas questões em foco em relação às variáveis relativas à prevenção da úlcera por pressão. Os conhecimentos globais dos enfermeiros, atuantes em terapia intensiva, variaram de 58,5% a 87,8% com a totalidade das questões. Quanto à atuação dos enfermeiros verificou-se uma certa discrepância entre os conhecimentos demonstrados nos índices de acertos na prevenção e suas ações reveladas para as atividades práticas diárias.

Palavras-chave: Enfermagem. Medidas Preventivas. Úlcera por Pressão. Centro de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro. **PREVENTED MEASURES FOR ULCER BY PRESSURE AT THE CENTRE OF INTENSIVE THERAPY: KNOWLEDGE AND PRACTICE.** 2008. 112 sheets Master- degree dissertation. Program of post-graduation in nursing. Center of health science. Federal University of Paraíba. João Pessoa – PB, 2008.

The ulcers by pressure constitutes a problem to health services, specially for nurses, and mainly at the centre of intensive therapy because it is an unit with high complex pattern and even with the technological advance, it has a higher incidence, it makes the morbidity and hospitalize of the patients longer. This study has as a goal to investigate the knowledge of nurses on the preventive measures for ulcer by pressure in patients of the centre of intensive therapy, to verify the nurses action in relation to those prevented measures also in the centre of intensive therapy, we propose to identify the existence of factors that block the use of those preventive measures by nurses in the center of intensive therapy. It is an exploratory and field research with quantitative and qualitative approach. The research was realized at four hospitals from the (federal, state, municipal organs) situated in the city of João Pessoa - PARAÍBA – BRAZIL. Forty nurses participated in this work all of them work in the centre of intensive therapy. The tool used in the gathering of data was composed of two questionnaires: the first, with variables referred to the identification of the hospitals, and the second with the confirmation of the social-demographic characteristics of the nurses, from the forty-one items correlated on the nurses' knowledge about ulcer by pressure and preventive measures. The gathering was from January to April in 2008, it was started after the approval by the committee of Ethics and research from the Hospital University: Lauro Wanderley. From the forty nurses, 82,5% were females among the ages of twenty-six to forty; with a professional life of one to ten years, and an actuation in the intensive therapy for five years; 25% just experts in intensive therapy and a master. The knowledge of the nurses about the evaluation, the permanence and prevention applied in the tool gave an evidence that the minor score of rights were 24 (58,5%) and the bigger 36 (87,8%). In relation to the wrong questions answered, the score was 4 (9,8%) and maximum 16(39,0%). It was identified that 7 (17,1%) nurses considered that they did not know to answer some questions in focus, related to the relatives variables to prevention of ulcer by pressure. The global knowledge of the nurses, actuating in the intensive therapy, varied among 58,5% to 87,8%, with in a total of questions. We verify a discrepancy about the nurses knowledge in the indices of correct answers on the prevention and their actions revealed to the practical daily activities.

Key-words: Nursing. Preventive measures. Ulcer by pressure. Centre of intensive therapy.

RESUMEN

ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro. **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESIÓN EN CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: conocimiento y práctica de los enfermeros**. 2008. 112 hjs. Tesina de Maestrado. Programa de Postgraduación en enfermería. Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa – PB, 2008.

Las úlceras por presión constituyen un problema para los servicios de salud, especialmente para los enfermeros, principalmente en Centro de Terapia Intensiva, por ser una unidad de alta complejidad y, aun con el avance tecnológico, persiste con elevada incidencia, prolongando la internación y la morbilidad de los pacientes. Este estudio tiene como objetivo investigar el conocimiento de los enfermeros acerca de las medidas preventivas para úlcera por presión en pacientes en centro de terapia intensiva, verificar la actuación del enfermero en relación a las medidas preventivas para úlcera por presión en pacientes internos en centro de terapia intensiva e identificar la existencia de factores impeditivos para la adopción por el enfermero de medidas preventivas la úlcera por presión en pacientes internos en centro de terapia intensiva. Se trata de una investigación exploratoria y de campo con aportación cuanti-cualitativa. La investigación fue realizada en cuatro hospitales de las esferas gubernamentales (Estatal, Federal y Municipal), situados en la ciudad de João Pessoa – Paraíba, con la participación de trabajo de cuarenta enfermeros que actúan en centro de terapia intensiva. El instrumento utilizado en la recogida de datos constó de dos cuestionarios: el primero, con variables referentes a la identificación de los hospitales, y el segundo con la constatación de características sociodemográficas de los enfermeros, de cuarenta y un ítems relacionados a los conocimientos de los enfermeros sobre las úlceras por presión y medidas preventivas. La recogida ocurrió de enero a abril de 2008, siendo iniciada tras la aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Ética en investigación del Hospital Universitario Lauro Wanderley. De los cuarenta enfermeros, 82,5% eran del sexo femenino entre 26 al 40 años de edad; con tiempo profesional de 1 a 10 años, con actuación en el área de terapia intensiva de 1 a 5 años; 25% sólo especialistas en terapia intensivas, y 1 maestra. El conocimiento de los enfermeros relacionado a la evaluación, estadiamiento y prevención aplicada en el instrumento evidenció que el menor score de acierto fue de 24 (58,5%) y el mayor de 36 (87,8%). Respecto a las cuestiones no respondidas correctamente, tuvimos un score mínimo de 4 (9,8%) y máximo de 17 (39,0%). Fue identificado que 07 (17,1%) enfermeros consideraron que no sabían responder algunas cuestiones respecto a las variables relativas a la prevención de la úlcera por presión. Los conocimientos globales de los enfermeros, actuantes en terapia intensiva, variaron de 58,5% al 87,8% con la totalidad de las cuestiones. En cuanto a la actuación de los enfermeros se verificó cierta discrepancia entre los conocimientos demostrados en los índices de aciertos en la prevención y sus acciones reveladas para las actividades prácticas diarias.

Palabras llaves: Enfermería. Medidas Preventivas. Úlcera por Presión. Centro de Terapia Intensiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 01	Estrutura da pele sem e com excesso de pressão.....	30
Ilustração 02	Estrutura da pele com pressão pelo peso do corpo	30
Ilustração 03	Topografias comuns das úlceras por pressão.....	31
Ilustração 04	Topografias comuns das úlceras por pressão em percentual por áreas atingidas	31
Ilustração 05	Topografias dos principais pontos na região posterior e sentado.	31
Ilustração 06	Fisiopatologia das respostas celulares à pressão.....	32
Ilustração 07	Processo de cicatrização – Migração celular	33
Ilustração 08	Processo de cicatrização com etapas – Migração celular	34
Ilustração 09	Fatores de risco determinantes para o desenvolvimento de úlcera por pressão	40
Ilustração 10	Úlcera por pressão estágio I.....	41
Ilustração 11	Úlcera por pressão estágio II	41
Ilustração 12	Úlcera por pressão estágio III	41
Ilustração 13	Úlcera por pressão estágio IV	42
Ilustração 14	Distribuição das respostas dos enfermeiros referentes à questão das medidas utilizadas na prática profissional para prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos internos em CTI/UTI. João Pessoa - PB, 2008	76
Ilustração 15	Distribuição das respostas dos enfermeiros referentes à questão se existem fatores que dificultam a implementação das medidas preventivas para úlcera por pressão em CTI/UTI. João Pessoa - PB, 2008.	84

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** – Características dos hospitais segundo a esfera governamental e porte. João Pessoa - PB, 2008.56
- Quadro 02** – Características das Unidades de Centro de Terapia Intensiva em relação ao tipo, número de leitos, tipo de clientela, monitorização beira leito, monitorização central e proporção enfermeiro/paciente. João Pessoa - PB, 2008.....57

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** – Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa, segundo as características sócio-demográficas. João Pessoa - PB, 2008.....61
- Tabela 02** – Distribuição dos índices de conhecimentos (acertos/erros/não sei) dos enfermeiros nas questões relacionadas à avaliação da úlcera por pressão. João Pessoa - PB, 2008.....65
- Tabela 03** – Distribuição dos índices conhecimentos (acertos/erros/não sei) dos enfermeiros nas questões relacionadas ao estadiamento da úlcera por pressão. João Pessoa - PB,2008.....68
- Tabela 04** – Distribuição dos índices de conhecimentos (acertos/erros/não sei) dos enfermeiros nas questões relacionadas às medidas de prevenção da úlcera por pressão. João Pessoa - PB, 2008.70

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA.....15

- 1.1 Delimitação do problema e justificativa.....20
- 1.2 Objetivos.....23

CAPÍTULO 2 - ÚLCERA POR PRESSÃO: revendo a literatura25

- 2.1 Abordagem sobre úlcera por pressão.....35
- 2.2 Medidas preventivas46

CAPÍTULO 3 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....50

- 3.1 Tipo do estudo50
- 3.2 Local do estudo.....51
- 3.3 População e amostra51
- 3.4 Instrumento de coleta de dados52
- 3.5 Coleta de dados..... 53
- 3.6 Análise dos dados53
- 3.7 Considerações éticas.....54

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....56

- 4.1 Características das Unidades Hospitalares envolvidas no Estudo.....56
- 4.2 Perfil Sócio-demográficos dos Enfermeiros.....60
- 4.3 Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Úlcera por Pressão e Medidas Preventivas64

CAPÍTULO 5 - REFLEXÕES FINAIS.....91

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

- Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Apêndice B - Características dos Hospitais e dos Enfermeiros
- Apêndice C - Dados Relacionado ao Conhecimento dos Enfermeiros sobre Úlcera por Pressão e Medidas Preventivas

ANEXO

- Anexo 01 – Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley



CAPÍTULO 1

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA

Úlcera por pressão poderia ser definida “[...] como uma área localizada de morte celular, que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um prolongado período de tempo” (JORGE; DANTAS, 2003, p. 288).

As úlceras por pressão estão entre as lesões mais dispendiosas de uma internação, elas são preveníveis e, como tal, várias agências de saúde, inclusive o Painel Nacional de Consultoria em Úlcera por Pressão (NPUAP - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*) e a *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), publicaram orientações para desenvolver uma linguagem comum e diretriz que objetivam a prevenção e o tratamento de úlceras por pressão (SOUZA, 2005).

Existe atualmente uma tendência mundial no sentido de dirigir esforços em pesquisas que investiguem alternativas terapêuticas eficazes no tratamento de feridas crônicas. Considerando que as úlceras por pressão implicam diretamente a qualidade de vida dos clientes acometidos e dos seus cuidadores e representa sério impacto econômico, como a utilização prolongada de leitos hospitalares, alto custo com material de curativos e necessidade de mão-de-obra especializada para os cuidados, muito se tem buscado, nesta última década, de otimização do tratamento de feridas, para se obter melhor resultado em menor tempo. As úlceras por pressão podem desenvolver-se em muito poucas horas e demorar meses para cicatrizar, apresentando uma morbimortalidade associada de grande importância (CAMARGO, 2006).

Ainda refere o autor supracitado que o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é um órgão norte-americano que se reúne periodicamente para sistematizar

condutas, levantar dados estatísticos e estabelecer diretrizes para prevenção e tratamento de úlcera por pressão.

Determinadas condições estão associadas à prevalência e à incidência muito elevada, a exemplo de doentes acamados com quadriplegia (prevalência de 60,0%), fraturas femorais (incidência de 66,0%), internação para tratamento intensivo (incidência de 33,0% e prevalência de 41,0%) (IRION, 2005).

Irion (2005) menciona prevalências variáveis conforme a clientela, a doença, o tipo de instituição e descreve taxas de 3,0% a 14,0% em hospitais gerais, de 15,0% a 25,0% em serviços de pacientes crônicos.

Conforme Giovanini, Oliveira Júnior e Palermo (2007), a incidência das úlceras por pressão chega a 10,0% nos Estados Unidos e, em torno de 6,0% a 9,0%, nos países europeus. De acordo com Chagas (2005), estudado pelos autores acima, a falta de estudos torna a incidência no Brasil desconhecida, contudo acredita-se que os índices brasileiros acompanham a tendência mundial. Enquanto Hinrichsen (2004) a ocorrência de úlceras por pressão em pacientes com doenças crônicas hospitalizados é de 45,0% (em geral, causadas por bactérias multiresistentes), enquanto que, em pacientes internados em hospitais gerais, é de 3,0%.

As altas taxas de incidência e prevalência, morbidade e custos apontam as úlceras por pressão como uma séria complicação em populações de pacientes institucionalizados, o que leva à imperiosa necessidade de conhecer sua etiopatogenia (JORGE; DANTAS, 2003).

As úlceras por pressão, em geral, estão relacionadas com diabetes, insuficiência vascular, vasculites, doenças malignas ou pressão. São decorrentes da excessiva compressão dos tecidos moles contra proeminência óssea, o que leva ao processo de necrose tecidual favorecendo a infecção. Os pacientes com maiores riscos de desenvolverem úlceras por pressão são os que permanecem acamadas por longos períodos, com atrofia muscular, disfunções motoras/sensoriais ou muito emagrecidos (HINRICHSEN, 2004).

Conforme aponta Fernandes (2000), são fatores de risco para desenvolvimento de úlceras por pressão: incontinência urinária, idade avançada, incontinência fecal, doença vascular periférica, obesidade, anemia, contraturas musculares, deficiência neurológicas, desnutrição, desidratação, hipoalbuminemia, edema e áreas do corpo com maior transpiração, diabetes mellitus, câncer metastático, esclerose múltipla, lesão medular espinhal.

É oportuno salientar que a imobilidade, o comprometimento da percepção sensorial ou da cognição, a diminuição da perfusão tissular, a diminuição do status nutricional, o atrito, as forças de tracionamento, o aumento da umidade e as alterações relacionadas à idade, todos esses fatores contribuem para o desenvolvimento de úlceras por pressão. O desenvolvimento desta está diretamente relacionado à duração de imobilidade.

A imobilidade é definida como inabilidade ou a diminuição da capacidade de mudança de posição corporal. Ela pode ter longa duração ou não, dependendo dos fatores a que está condicionada. Quanto maior for o período de imobilidade, maior será os danos ao organismo humano. Uma ou mais pessoas podem ter o mesmo nível de imobilidade, porém cada uma delas perceberá o fato e reagirá a isso de forma particular, porque envolve o conhecimento que tem a respeito do problema do tratamento dispensado, dos fatores psicológicos e sociais, a motivação para a cura e a reação do corpo (HOEMAN, 1996; SMELTZER; BARE 2005).

Segundo Fernandes (2000), a imobilização está presente, de certa forma, em todo paciente crítico, e esta pode ser relacionada a vários fatores, como a restrição mecânica, aparelhos gessados, aparelhos ortopédicos (trações transesqueléticas) ou pode estar relacionada a quadros patológicos, como coma, dor, paralisias, parestesias, traumas, cirurgias e sedação. Todos esses fatores acabam por desencadear acentuada restrição da mobilidade corporal que dificulta a mudança de posição corporal.

Se a pressão é prolongada, a necrose tissular e a trombose de pequenos vasos resultam na úlcera por pressão. As proeminências ósseas de sustentação do peso são mais susceptíveis ao desenvolvimento das mesmas. As áreas susceptíveis incluem o sacro e o cóccix, as tuberosidades isquiáticas (especialmente nas pessoas acamadas ou

que têm posições inadequadas por períodos prolongados), comprimindo o grande trocanter, calcâneo, joelho, maléolo, escápula, cotovelos, entre outros (SMELTZER; BARE, 2005).

A prevenção de úlceras por pressão é realizada pela distribuição das cargas tissulares por diminuição da pressão, da fricção e do atrito; otimização da umidade e temperatura, utilizando técnicas adequadas de posicionamento e pelo uso de superfícies de apoio adequadas (IRION, 2005).

Os aspectos que envolvem o assunto são muito amplos e muito discutidos na literatura internacional. Observa-se que existe um grande número de pesquisadores que desenvolvem estudos de prevalência e incidência, estudos para determinar associação dos fatores de risco, desenvolvimento de instrumentos de mensuração de risco do paciente, desenvolvimento e implantação de protocolos de assistência na prevenção e tratamento de úlceras por pressão e para avaliação dos custos que envolvem o problema (FERNANDES, 2000).

A úlcera por pressão, portanto, constitui um problema para os serviços de saúde, especialmente para as equipes de enfermagem e interdisciplinar como um todo, pela sua elevada incidência e particularidades de tratamento, como também evidenciado anteriormente por provocar o prolongamento da internação e a morbidade dos pacientes.

Desta forma, a responsabilidade do enfermeiro diante da problemática da úlcera por pressão torna-se um elemento diferenciador nos cuidados prestados ao paciente em risco de desenvolver lesões ou mesmo entre aqueles que as desenvolveram. Em consonância com os aspectos abordados, Costa (2003) justifica essa importância da equipe de enfermagem, devido à mesma permanecer prestando-lhe cuidados continuamente durante vinte e quatro horas.

O paciente hospitalizado, geralmente, apresenta comprometimento da sua condição de “ser saudável”, o que o torna um “ser doente”. Este cliente necessita de cuidados dirigidos para os problemas de ordem fisiológica, psíquica e social, ou seja, dirigidos para todos os seus aspectos, de forma integralizada. A assistência a este cliente

requer a atuação de uma equipe de saúde multiprofissional apropriadamente integrada, capaz e comprometida com a qualidade da assistência prestada (FERNANDES, 2000).

Como parte integrante dessa equipe e para um bom desempenho dessas ações, requer dos enfermeiros uma base sólida de conhecimentos, que o capacite a perceber a variedade de questões que se relacionam com a assistência, na tentativa de sua adequação e melhoria da qualidade. Contudo, tive a necessidade de buscar conhecimento atualizado sobre a prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Destaco que algumas das formas encontradas foi a leitura de artigos, de periódicos e a busca de informações através da internet e da participação em eventos científicos de enfermagem.

Apesar dos avanços tecnológicos na área de saúde ser uma grande conquista, o ideal é associá-los ao cuidado de enfermagem de forma holística, para diminuir os riscos decorrentes de uma internação demorada especialmente no que concerne à prevenção da úlcera por pressão.

Assim, espera-se que este trabalho possa contribuir para uma melhor compreensão da prática exercida pelos enfermeiros no que diz respeito às medidas preventivas da úlcera por pressão, contudo busca-se a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes, e que o processo de enfermagem se sobressaia, para que haja uma relação de confiança entre paciente, enfermeiro e instituição. No campo científico, que o estudo possa contribuir para a atualização e o aperfeiçoamento do conhecimento dos enfermeiros e servir de instrumento para a enfermagem, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade, sendo o mais coerente na sua realização para a tomada de decisões nas medidas preventivas da úlcera por pressão. Para os serviços, a contribuição em revelar/conhecer como a assistência de enfermagem está sendo realizada, demonstrar e entender a importância da participação e a influência da administração como elemento indispensável para a melhoria do padrão de assistência na prevenção da úlcera por pressão aos pacientes de Centro de Terapia Intensiva.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O cuidado intensivo surgiu da necessidade de tratar pessoas com risco de vida em áreas específicas. Inicialmente, os avanços dos procedimentos cirúrgicos e a necessidade de maiores cuidados no período pós-operatório imediato foram responsáveis pelo desenvolvimento das unidades especiais de terapia (WEIL; PLANTA; RACKOW, 1992).

O Centro de Tratamento Intensivo (CTI) é o setor do hospital complexo que reúne recursos mais adequados ao tratamento de pessoas com estado geral comprometido que necessitam de maior vigilância e cuidados intensivos. A implantação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), no Brasil, teve início na década de 1970, espalhando-se por todo o país e proporcionando melhoria na qualidade da assistência completa e contínua aos doentes graves recuperáveis (SILVA, 2003).

A Enfermagem, no decorrer da história do cuidar, encontra grande desafio na profissão quanto à prevenção da úlcera por pressão em pessoas hospitalizadas. Os enfermeiros vêm enfrentando desafios desde a criação dos CTIs. Apesar do desenvolvimento rápido da tecnologia, não houve uma evolução satisfatória nesse aspecto. A problemática do surgimento da úlcera por pressão em pessoas com restrição no leito é uma realidade, e os estudos sobre elas revelam o tamanho da magnitude do problema.

Segundo Rogenski (2002), Santos (2001) e Carvalho et. al. (2007), a incidência das úlceras por pressão é apontada por estudos internacionais variando entre zero a 14,0% em pacientes hospitalizados, atingindo índices bem mais altos (55,0% a 66,0%), quando se trata de pacientes oriundos de clínicas especializadas como as ortopédicas e de reabilitação.

Para justificativa da escolha da temática, torna-se oportuno descrever sucintamente minha trajetória no cuidado ao paciente portador de úlcera por pressão. A aproximação com a assistência ao paciente crítico teve início há dezesseis anos quando ingressei no mercado de trabalho, atuando em “Unidades de Terapia Intensiva”. A

motivação com a temática úlcera por pressão advém dessa experiência profissional em que foi observado o número crescente de pacientes que desenvolviam úlcera por pressão. Somando a essa experiência, trabalhei como consultora técnica de uma multinacional de curativos especiais com visitas diárias aos profissionais ligados à prevenção e tratamento de feridas.

Diante do exposto, a caminhada continua com a minha inserção na docência e na pós-graduação. De partida, na Especialização em Terapia Intensiva pela ENSINE (Escolas Superiores de Ensino do Norte e Nordeste), em João Pessoa - PB, onde tive a oportunidade de realizar um estudo que contribui para um maior aprofundamento científico ao tema, com o enfoque nas medidas preventivas para úlcera por pressão, de forma que culminou com a pesquisa intitulada Medidas Preventivas para Úlceras por Pressão em Centro de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura (ALBUQUERQUE, 2006).

Dessa experiência, ao longo desses anos vivenciados na prática assistencial e docência, diversos questionamentos e reflexões surgiram, gerando uma maior inquietação acerca da problemática úlcera por pressão. Entretanto, com o ingresso na pós-graduação em nível de Mestrado surge a oportunidade de desenvolver um estudo que investigue a atuação dos enfermeiros no que concerne à adoção de medidas preventivas para úlceras por pressão, acreditando que as ações de enfermagem constituem a chave mestra para a prevenção de úlcera por pressão, o que pretendo apresentar nessa dissertação de mestrado.

Entretanto, vale salientar que, a partir das experiências vivenciadas no âmbito hospitalar, extra-hospitalar em domicílio e docência, percebi que a prevenção é um desafio nos casos das úlceras por pressão, considerando que os doentes acamados precisam de pessoal capacitado para os procedimentos terapêuticos.

Neste ínterim, a cada momento, novas terapêuticas surgem junto a procedimentos e técnicas que são descobertos. A intervenção de enfermagem para o diagnóstico da pele prejudicada ainda requer novos estudos e novas formas de cuidar. Para o profissional enfermeiro, existe também a necessidade do conhecimento teórico-científico, na busca da qualidade de assistência (por meio da sistematização da

assistência de enfermagem) para fundamentar a prática clínica do cuidado de pacientes com úlcera por pressão.

Sob esse prisma, estes profissionais têm grandes responsabilidades com a prevenção deste tipo de lesão, necessitando de conhecimentos específicos para identificação do problema, para avaliar e aplicar conhecimentos e práticas atualizadas com fundamentação e habilidades para cuidá-lo de forma eficiente e segura como também por serem responsáveis pelos resultados de suas ações. Sabe-se que a ausência de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados tem sido um indicador da qualidade de assistência de enfermagem, cabendo aos enfermeiros a educação continuada nos serviços hospitalares, que devem ser estruturados, organizados e ampliados para os demais profissionais (equipe multidisciplinar). O enfermeiro precisa ensinar-aprender com compromisso, ser crítico e reflexivo, além da necessidade de definir suas próprias formas de conhecer, produzir e validar conhecimento.

Nesta perspectiva, espera-se que essa pesquisa possa contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos referentes às medidas preventivas para úlcera por pressão e, acima de tudo, fazer um delineamento das ações de enfermagem. Frente a estas considerações e diante do exposto, busca-se resposta para os seguintes questionamentos: qual o conhecimento dos enfermeiros acerca das medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos no centro de terapia intensiva? qual é a atuação do enfermeiro em relação às medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos no Centro de Terapia Intensiva? existem fatores impeditivos para adoção, pelo enfermeiro, de medidas preventivas da úlcera por pressão em pacientes internos no centro de terapia intensiva?

Dessa forma, podemos descrever possíveis contribuições deste estudo em relação ao serviço no âmbito hospitalar, na educação permanente e ensino, destacando o ensino, pois demonstra a importância da temática em relação à atuação dos enfermeiros no caso da úlcera por pressão em Centro de Terapia Intensiva, podendo esta ser mais trabalhada com um maior aprofundamento dos enfermeiros e aperfeiçoando a teoria, sendo aplicada em suas experiências práticas atuais.

1.2 OBJETIVOS

A partir desses questionamentos a pesquisa teve como objetivos:

- investigar o conhecimento dos enfermeiros acerca das medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos em Centro de Terapia Intensiva;
- verificar a atuação do enfermeiro em relação às medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos em Centro de Terapia Intensiva;
- identificar a existência de fatores impeditivos para adoção pelo enfermeiro de medidas preventivas à úlcera por pressão em pacientes internos em Centro de Terapia Intensiva.



CAPÍTULO 2

2 ÚLCERA POR PRESSÃO: revendo a literatura

Para podermos realizar uma assistência de qualidade e eficaz com medidas preventivas, é preciso que os enfermeiros conheçam a temática em questão **“Úlcera por Pressão”** a partir da anatomia e fisiologia da pele, fisiopatologia, processo de cicatrização e fisiologia tissular referentes à pele para consolidar uma base científica de tal forma que se justifiquem as ações adotadas na prevenção das lesões, com o compromisso de aperfeiçoar recursos e disponibilizar novas terapias com avanços tecnológicos para realização na prática hospitalar.

A pele é o maior órgão que reveste e delimita nosso corpo: representa 15,0% do peso corporal, tem cerca de um ou dois mm de espessura, peso aproximado de 2,7 Kg e recebe 1/3 do volume de sangue circulante (MAIA; MONTEIRO, 2007); é composta de três camadas: epiderme ou camada externa, derme ou córion (do latim corium, couro) e hipoderme ou tecido subcutâneo (BRASIL, 2002). Ela forma uma barreira protetora entre o meio externo e os órgãos internos, mantendo a homeostase, sendo contínua com as membranas mucosas que revestem os sistemas digestório, respiratório e urogenital, nos locais onde estes se abrem para a superfície (SMELTZER; BARE, 2005).

A epiderme é a camada externa que deriva do folheto embrionário ectoderme e a derme do mesoderma; é sem vascularização formada por várias camadas de células distintas, definidas pelas alterações que envolvem a formação de queratina e graus crescentes de diferenciação dos queratinócitos. Há quatro camadas da profundidade para a superfície: basal, espinhosa (ou escamosa), granulosa e córnea (BRASIL, 2002). Tem como função principal a proteção do organismo e a constante regeneração da pele.

Impede a penetração de microrganismos ou substâncias químicas destrutivas, absorve radiação ultravioleta do sol e previne as perdas de fluídos e eletrólitos (JORGE; DANTAS, 2003).

A derme é a segunda camada da pele ou camada intermediária, constituída por denso tecido fibroso, fibras de colágeno reticular e elásticas que sustentam a epiderme, porém não é simplesmente um envoltório, mas envolve os anexos cutâneos (glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos), vasos, nervos e músculos eretores do pêlo, protegendo-os. Ela participa ativamente da nutrição cutânea, do sistema imune (macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos) pelo tráfego seletivo de células inflamatórias, regula o tônus vascular, contribuindo para a homeostasia. A derme pode ser dividida em duas camadas distintas: derme papilar e derme reticular. São elementos encontrados na derme: fibroblastos, fibras elásticas, vasos sanguíneos, substância de fundo, vasos linfáticos, células inflamatórias, nervos e músculos esqueléticos (JORGE; DANTAS, 2003).

A hipoderme é a camada mais profunda da pele, também chamada de tecido celular subcutâneo. Apóia-se sobre o tecido adiposo maduro, o subcutâneo; tem como função principal o depósito nutritivo de reserva, funcionando como isolante térmico e proteção mecânica, quanto às pressões e traumatismos externos, facilitando a mobilidade da pele em relação às estruturas subjacentes (JORGE; DANTAS, 2003).

Considerando os autores Brasil (2002), Jorge e Dantas (2003), Maia e Monteiro (2007), a pele ainda apresenta várias funções, como, controlar a temperatura do corpo, estabelecer uma barreira entre o corpo e o meio ambiente, impedir a penetração de microrganismos, como também função de resposta imune. As fibras sensitivas são responsáveis pela sensação de calor, frio, dor, pressão, vibração e tato. Estes elementos são essenciais para a sobrevivência. A secreção sebácea atua como lubrificante, emulsificante e forma o manto lipídico da superfície cutânea com atividade antibacteriana e antifúngica. A pele exposta à luz ultravioleta pode converter as substâncias necessárias para a síntese da vitamina D (coleciferol), que tem efeito sobre o metabolismo do cálcio e dos ossos. Outra função seria o equilíbrio hídrico, em que a pele possui a capacidade de absorver água, evitando, assim, uma perda excessiva

de água e eletrólitos pela parte interna do corpo e a retenção da umidade nos tecidos subcutâneos.

Destacamos que, para os profissionais de enfermagem realizar em uma assistência aos doentes com úlceras por pressão, se deve ter conhecimento em anatomia e fisiologia da pele, como também no processo de cicatrização da mesma. Os enfermeiros devem estar cientes de suas atividades e valorizar a diversidade de papéis em busca da integridade do doente, para garantir a sua adesão à prevenção e tratamento, enfatizando que a sua participação no processo de cura é essencial.

Quando a integridade do tecido cutâneo-mucoso sofre solução de continuidade, resultando em uma lesão, imediatamente é iniciado o processo de cicatrização. A cicatrização é a cura de uma ferida por reparação ou regeneração dos tecidos afetados evoluindo em três fases distintas. Estas três fases, ainda que delimitadas, não se excluem mutuamente, mas, muitas vezes, sobrepõem-se sob o ponto de vista cronológico (JORGE; DANTAS, 2003).

A primeira é a fase inflamatória, também chamada de fase exsudativa, reativa ou defensiva, reação imediata; a segunda é a fase proliferativa, conhecida por outras denominações como fase de regeneração, reconstrutivas ou fibroblástica; a última é a fase reparadora, denominada, também, maturação ou de remodelação tecidual. A fase inflamatória, caracterizada pelos sinais típicos do processo inflamatório localizado como dor, rubor, calor, edema e, freqüentemente, perda da função local, começa no momento em que ocorre a lesão tecidual e se estende por um período de três a seis dias. Nesse período, o organismo é estimulado a utilizar complexos mecanismos, tais como, a formação de trombos por meio da agregação plaquetária, a ativação do sistema de coagulação, o desbridamento da ferida e a defesa contra infecções visando à restauração tecidual (BRASIL, 2002).

A fase do processo cicatricial tem como função preparar o local afetado para o crescimento do novo tecido e se divide em três etapas distintas: a trombolítica, a granulocítica e a macrofágica.

Na etapa trombocítica da fase inflamatória, ocorre a ativação da cascata de coagulação devido à ação do fator IV e das plaquetas, que aderem ao colágeno exposto na superfície interna e externa do vaso sanguíneo. A etapa granulocítica caracteriza-se pela atração dos granulócitos, neutrófilos por substâncias quimiotáticas decorrentes dos produtos da clivagem do complemento C3a e C5a, da fibrina e do colágeno que se desenvolvem durante a agregação plaquetária e coagulação sanguínea (BRASIL, 2002; JORGE; DANTAS, 2003).

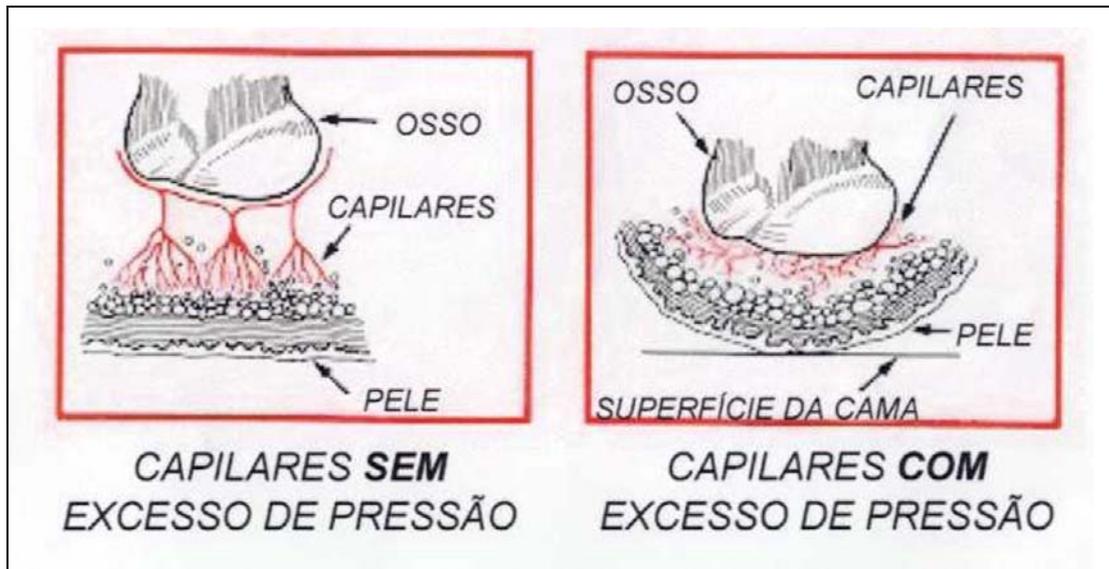
Na etapa macrofágica, os macrófagos são atraídos para o local pelos mesmos fatores quimiotáticos dos granulócitos. Quando chegam à área lesada, secretam substâncias biologicamente ativas como as proteases, que são enzimas digestivas que atuam na remodelação da matriz extracelular. Os macrófagos liberam ainda substâncias vasoativas e os fatores de crescimento dos quais os mais citados são o fator de crescimento derivado de plaquetas (PDGF), o fator de crescimento epidérmico (EGF), o fator angiogênico derivado de plaquetas (PDAF), o fator transformador beta (TGF-beta) e o fator-4 plaquetário (PF-4) (JORGE; DANTAS, 2003).

A fase proliferativa é a segunda etapa do processo de cicatrização. Ocorre após a reação inflamatória inicial e compreende os seguintes estágios: granulação, epitelização e contração. A granulação é a formação de um tecido novo, composto de novos capilares (angiogênese), da proliferação e da migração dos fibroblastos responsáveis pela síntese de colágeno. Com a produção do colágeno, ocorre um aumento da força da úlcera, denominada força de tração, caracterizada como a habilidade da úlcera resistir às forças externas e não se romper. Ao final desta fase, ocorre a epitelização, que se constitui na etapa que levará ao fechamento das superfícies da úlcera, por meio da multiplicação das células epiteliais da borda, caracterizando-se pela redução da capilarização e do aumento do colágeno. Neste ponto, a contração reduz o tamanho das úlceras, com a ação especializada dos fibroblastos (BRASIL, 2002).

A fase reparadora também chamada de maturação e remodelagem tem início por volta da terceira semana após a ocorrência da ferida e se estende por até dois anos, dependendo do grau, extensão e local da lesão (JORGE; DANTAS, 2003). Trata-se de um processo lento, que se inicia com a formação do tecido de granulação e da reorganização das fibras de colágeno proliferado, estendendo-se por meses até a

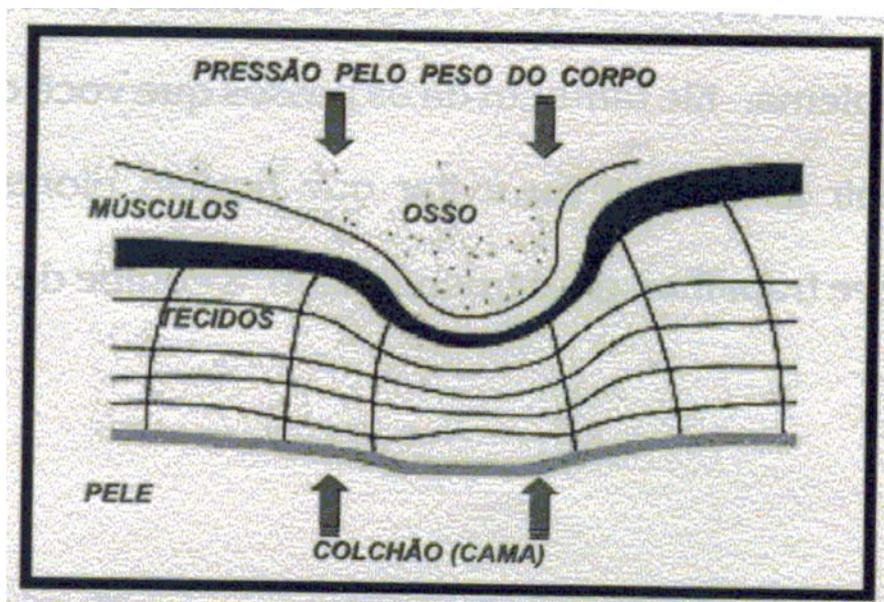
reepitelização. É responsável pelo aumento da força de tração. Durante a remodelagem, ocorre a diminuição da atividade celular e do número de vasos sanguíneos, perda do núcleo dos fibroblastos, levando à maturação da cicatriz. Ocorre, nessa fase, a reorganização do processo de reparação da lesão, com depósito de colágeno. Inicialmente, a cicatrização tem aspecto plano; posteriormente, enrijece-se e se eleva; após algum tempo, a cicatriz se torna mais clara, menos rígida e mais plana, ocorrendo sua redução (BRASIL, 2002).

A Ilustração 01 mostra a estrutura da pele sem e com excesso de pressão exercida na região de uma proeminência óssea e como se comportam os capilares nesta situação. A seguir, temos a estrutura da pele com pressão pelo peso do corpo (Ilustração 02), as topografias comuns das úlceras por pressão (Ilustração 03), as topografias comuns das úlceras por pressão em percentual por áreas atingidas (Ilustração 04) e as topografias dos principais pontos de pressão na região posterior do corpo e sentado (Ilustração 05).



Fonte: Camargo, 2006; Fernandes, 2006; www.eerp.usp.br/projetos/ulcera/capilares.jpg

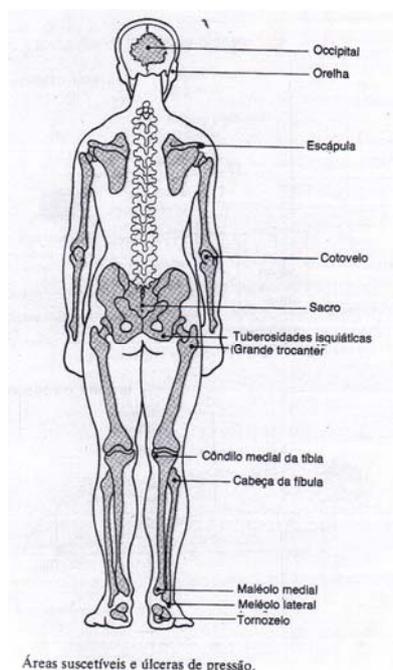
Ilustração 01 – Estrutura da pele **sem** e **com** excesso de pressão



Fonte: www.marimar.com.br/reabilitacao/escara.jpg

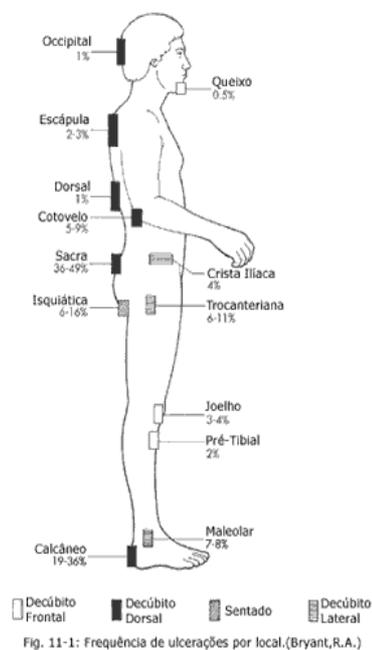
Ilustração 02 – Estrutura da pele com pressão pelo peso do corpo

As ilustrações abaixo mostram as topografias comuns das úlceras por pressão e em percentual de áreas atingidas.



Fonte: Smeltzer e Bare, 2005.

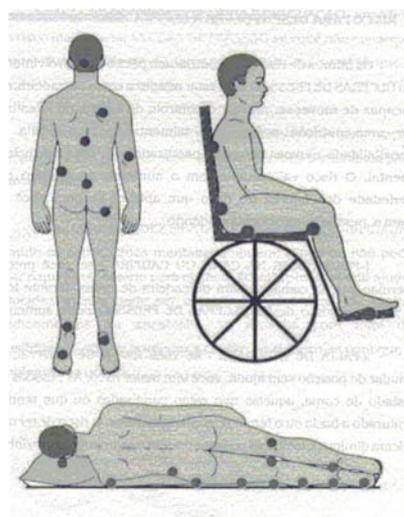
Ilustração 03



Fonte: Bryant et al, 2000.

Ilustração 04

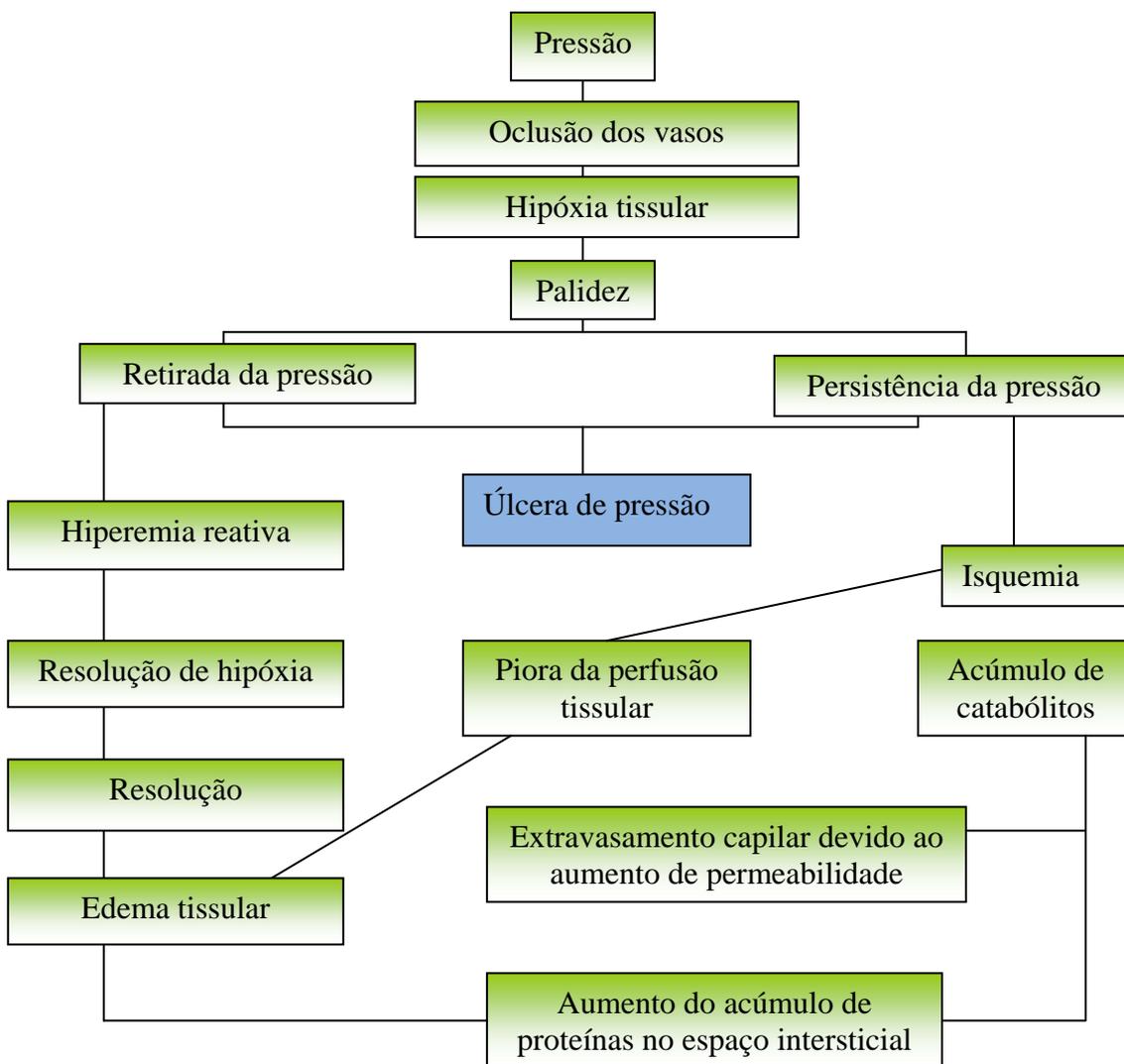
Topografias dos principais pontos de pressão na região posterior do corpo e sentado.



Fonte: Jorge; Dantas, 2003.

Ilustração 05 – Topografias dos principais pontos de pressão na região posterior e sentado.

A Ilustração 06, a seguir, mostra a fisiopatologia da pele em resposta celular à pressão em um paciente por posicionamento inadequado. Além da pressão relacionada à duração, intensidade e tolerância tissular, outros fatores de risco contribuem, direta e indiretamente, para o desenvolvimento das úlceras por pressão, completando sua etiopatogenia.



Fonte: Bryant et al, 2000 apud Jorge; Dantas, 2003.

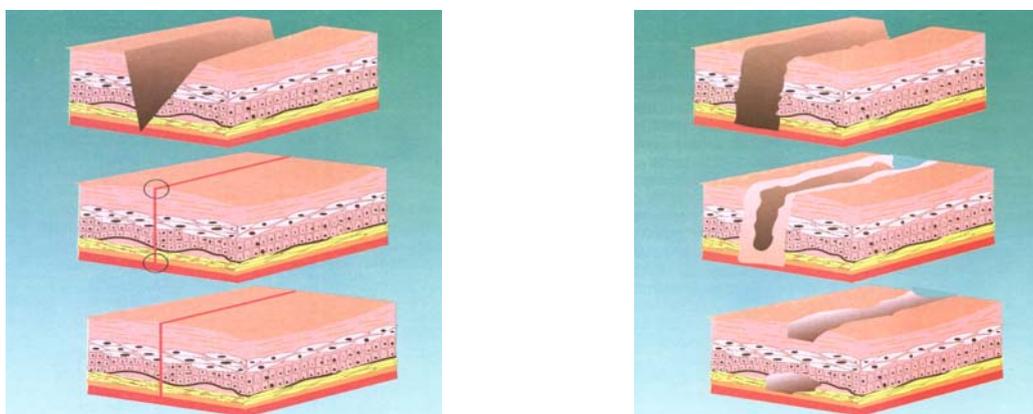
Ilustração 06 – Fisiopatologia das respostas celulares à pressão

De acordo com a Ilustração 06 acima, a importância da intensidade da pressão ocorre quando existe uma pressão capilar e uma pressão de fechamento capilar. A tolerância tissular é o fator que determina o efeito patológico da excessiva pressão e descreve a condição da integridade da pele ou das estruturas de suporte que influenciam

a capacidade do corpo em redistribuir a pressão aplicada. O tecido muscular é mais sensível à pressão do que a pele. A força da pressão aumenta quanto menor for a área do corpo onde é aplicada. A pressão externa excede a pressão dos capilares, os vasos podem romper levando ao edema, o que impede a circulação e aumenta, conseqüentemente, a pressão intersticial. A continuidade da oclusão capilar leva à falta de oxigênio e nutrientes, ao acúmulo de restos tóxicos que acarretam a necrose muscular de tecido subcutâneo e, finalmente, à necrose da derme e epiderme.

A pele, quando lesada, inicia imediatamente o processo de cicatrização. O conceito genérico de ferida se aplica a toda e qualquer ruptura da integridade de um tecido ou órgão, podendo atingir desde a epiderme (camada mais externa da pele), até estruturas mais profundas, como fâscias, músculos, aponeuroses e órgãos cavitários (BRASIL, 2002; JORGE; DANTAS, 2003).

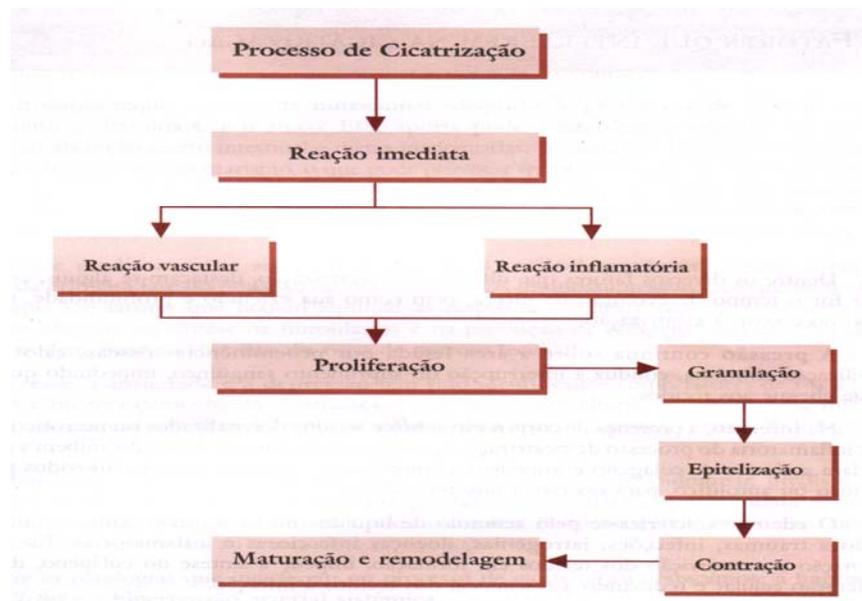
A cicatrização não pode ser considerada como um mero processo linear, onde determinados elementos bioativos como, por exemplo, os fatores de crescimento, conseguem ativar a proliferação e migração celular; o reparo tissular é antes de tudo, uma integração do processo dinâmico interativo que envolve mediadores solúveis, formação de elementos sangüíneos, matrizes extracelulares e células parenquimatosas (SILVA, 1998; JORGE; DANTAS, 2003). A Ilustração 07 mostra o processo de cicatrização – migração celular, conforme Migliard (2004). A seguir, temos a Ilustração 08 que descreve o processo de cicatrização com suas respectivas etapas de acordo com Brasil (2002).



Fonte: Migliard, 2004.

Ilustração 07 - Processo de cicatrização – Migração celular

A ilustração abaixo mostra o processo de cicatrização com suas respectivas etapas.



Fonte: Brasil, 2002.

Ilustração 08 - Processo de cicatrização com etapas – Migração celular

2.1 Abordagem sobre Úlcera por Pressão

As úlceras de pressão são denominadas impropriamente de úlceras de decúbito (do latim “decumbere” = deitar), daí ser um nome inadequado, porque inclui apenas um tipo de causa. Por ser a pressão o agente principal para a sua formação, recomenda-se a adoção do termo – **Úlcera por Pressão** (CAMARGO, 2006).

Podemos destacar que Silva e Mocelim (2007), definem ferida como sendo qualquer lesão que leve a uma interrupção da continuidade corpórea, independentemente do tecido envolvido e da intensidade da lesão, ou seja, a interrupção da estrutura anatômica ou físiio-funcional do tecido.

As escaras de decúbito (assaduras, úlceras de decúbito, escara de pressão, úlcera de pressão, úlcera por pressão) representam áreas localizadas de tecidos moles infartados produzidos pela pressão exercida sobre a pele e os tecidos subcutâneos pelo objeto sobre o qual se apóiam, como colchão, cadeiras, aparelho engessado, etc. Ocorre compressão dos nutrientes da pele e dos tecidos subjacentes, resultando em anóxia ou isquemia tecidual (SMELTZER; BARE, 2005).

Existem algumas definições de termos utilizados nas bibliografias pesquisadas sobre o tema referido. Observa-se certa diversidade em relação às terminologias concernentes aos tecidos mortos, o que causa dúvidas e controvérsias entre os profissionais de saúde quanto ao seu significado. A compreensão da morte celular e a formação da necrose não deixam qualquer dúvida a este respeito. A necrose deriva vários termos, e, de acordo com Poston (1997), tecido desvitalizado, tecido necrótico, tecido morto, tecido inviável, tecido não viável, tecido necrosado, escara, nada mais são que sinônimos e, independentemente da palavra utilizada, todos têm o mesmo significado e referem-se, simplesmente à morte celular.

Rangel (2004) relata as úlceras por pressão, segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAD), considerando-as como sendo áreas localizadas de morte celular que resultam da compressão dos tecidos entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo prolongado. E, para Krasner e Cuzzell, (2003, p.69):

O fluxo sanguíneo para a área é diminuído, o oxigênio e os nutrientes não são carregados para as células, e os produtos de degradação se acumulam. Isso resulta em isquemia, seguido por vaso dilatação de rebote, edema, necrose tecidual e, finalmente, morte celular que reconhecemos como ulceração.

Sousa (2005) apresenta os diferentes sinônimos utilizados para úlceras por pressão como (escaras, úlceras de decúbito e feridas de decúbito). Portanto, o autor declara que a expressão úlcera por pressão esta sendo consagrada mundialmente à medida que a pressão é o fator etiológico mais relevante na formação dessas lesões.

Existem várias definições de úlcera por pressão. Bergstron et al. (1992) definem úlcera por pressão como qualquer lesão causada por pressão não aliviada que resulta em danos nos tecidos subjacentes. Essas lesões podem variar de forma, tamanho e causa. Elas estão na classificação de acordo com seu aspecto e origem, mas podem ser descritas em primárias, quando são iniciais e secundárias, quando resultam de causas externas, como traumas, infecções e escarificações, embora seja bastante variável essa classificação de feridas, ela se constitui uma importante forma de sistematizar os cuidados de enfermagem, pelo procedimento de avaliação e registro (SANTOS, 2001).

Nesta perspectiva, Guimarães (2000) destaca que uma úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e tecidos subjacentes, causadas por pressão, torção ou deslizamento, fricção e/ou uma combinação destes.

Segundo Maia e Monteiro (2007, p. 367):

Úlceras de pressão são lesões decorrentes de hipóxia celular, levando à necrose tecidual. Geralmente, estão localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas).

Úlcera é qualquer interrupção na solução de continuidade do tecido cutâneo-mucoso, acarretando alterações na estrutura anatômica ou função fisiológica dos tecidos afetados (BRASIL, 2002). Ainda comenta que a úlcera por pressão é uma área de trauma tecidual causada por pressão contínua e prolongada, excedendo a pressão capilar normal, aplicada à pele e tecidos adjacentes, provocando uma isquemia que pode levar à

morte celular. Geralmente, ocorre entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, como a região sacra, calcâneos, trocanter maior do fêmur, tuberculosidades do ísquio e maléolos externos.

Porto (2001) descreve escara como um tipo de úlcera por pressão que se configura como uma perda delimitada das estruturas que constituem a pele e chega a atingir a derme (importante leito para os vasos sanguíneos e nervos); apresenta-se como uma porção de tecido cutâneo atingido de necrose. A área mortificada torna-se insensível, de cor escura e está separada do tecido sadio por um sulco, e o tamanho da lesão é muito variável.

Irion (2005, p. 121) define úlceras por pressão como “[...] qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente”. São decorrentes da excessiva compressão dos tecidos moles contra as proeminências ósseas, que levam ao processo de necrose tecidual, favorecendo a infecção.

Na revisão realizada, destacamos que, para Giglio, Martins e Dyniewicz (2007, p. 63):

As úlceras por pressão ocorrem por uma pressão que é aplicada à pele por um período de tempo maior que a pressão fisiológica de fechamento capilar. Essa pressão prolongada impede o fluxo sanguíneo adequado, reduzindo, assim, a nutrição da região.

Diversas denominações são atribuídas às úlceras por pressão, esse o mais recomendado devido o principal agente causal para seu desenvolvimento ser a pressão (CAMARGO, 2006). Vários autores utilizam termos inapropriados para se referir às úlceras. Smeltzer e Bare (2005) apontam várias denominações, como escaras por pressão, assaduras, úlcera de decúbito, escara de pressão, úlcera de pressão. Segundo Camargo (2006) a úlcera de decúbito refere-se a uma única causa, isto é, a ação de deitar, daí a ser um nome inapropriado.

Segundo Fernandes (2006), em estudos realizados no Canadá, Europa e África do Sul, a incidência de úlceras, em pacientes hospitalizados, varia entre 3,0% a 11,0%. Nos Estados Unidos, a incidência em pacientes em Centros de Terapia Intensiva varia de 1,0% a 56,0%.

No Brasil, os estudos de incidência de úlcera por pressão em unidades de cuidados intensivos são poucos. Costa (2003), em um estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo, observou a taxa de incidência de 37,7%. Paranhos (1999), após a realização de um estudo para validação da Escala de Braden no qual estudou 34 pacientes internados em unidade de terapia intensiva, observou que, desses, quinze desenvolveram úlceras por pressão, ou seja, uma incidência de 44,1%. Em um estudo com 113 pacientes em unidade de terapia intensiva, Petrolino (2002) relata a incidência de 10,6% em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado, e Rogenski (2002), a incidência de 41,02% em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital universitário (FERNANDES, 2006).

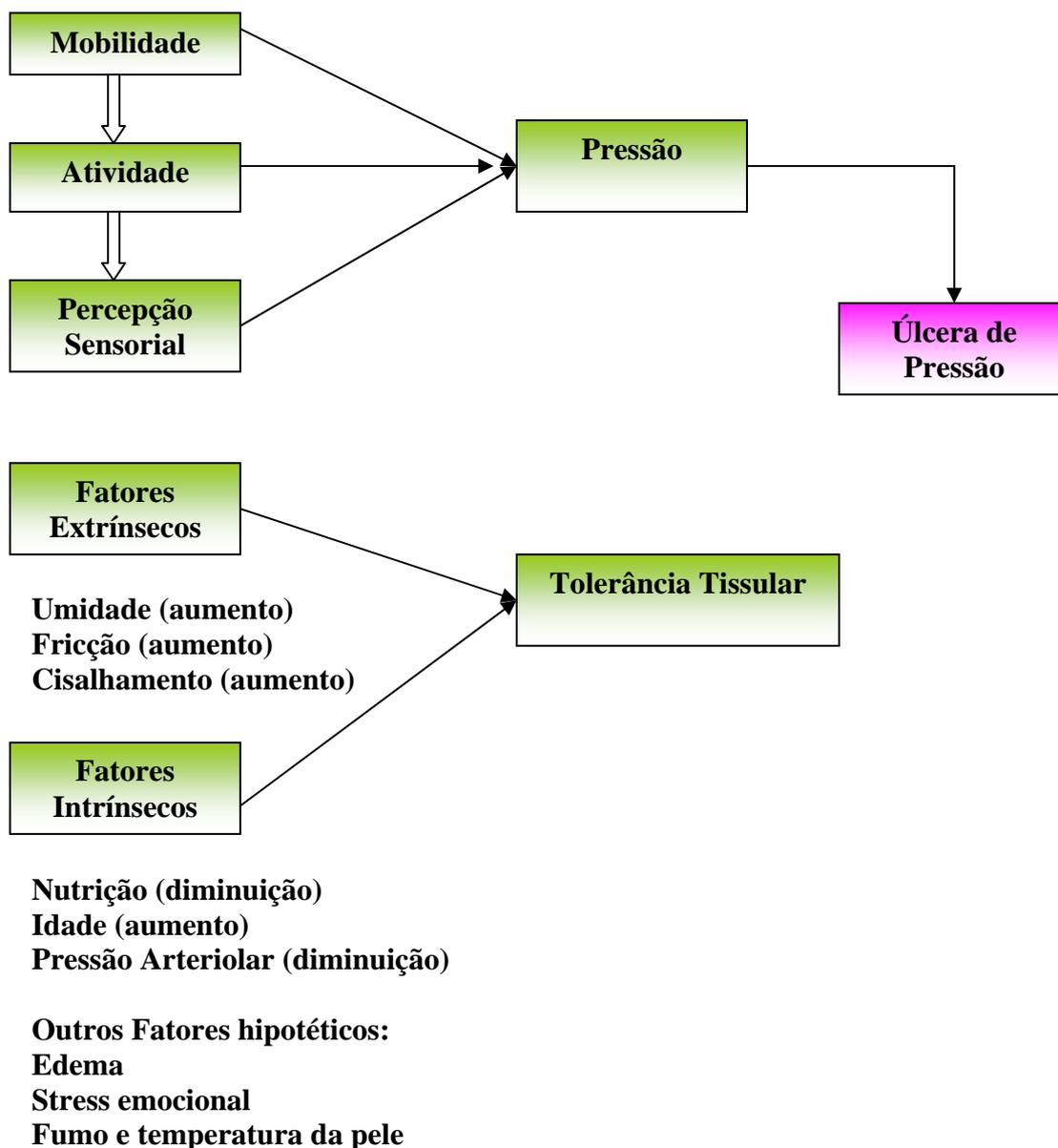
Fernandes (2005) evidencia, em seu estudo, que, no Rio Grande do Norte - RN, não se dispõe desses números em pacientes hospitalizados nem tão pouco em UTI, onde a situação é bem mais crítica em relação à ocorrência dessas lesões, sendo, portanto, um parâmetro a ser investigado, visando à quantificação da magnitude dessa complicação nesse ambiente.

A etiologia da úlcera por pressão está relacionada à interação entre a intensidade e a duração da pressão a que o tecido é submetido e parece ser um fator crucial. Quando o grau de compressão é exercido, superando uma pressão de 32 mmHg, ocorre hipóxia celular e isquemia; se esta for mantida, ocorrerá o dano tecidual e quebra da integridade da pele. Nas áreas de isquemia tecidual, onde ocorre uma pressão contínua e a circulação periférica é inadequada, tem-se observado que a úlcera por pressão pode se desenvolver em questão de horas (BRADEN; BERGSTRON, 1992; RANGEL, 2004).

Existem vários fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da úlcera por pressão e estão associados aos extrínsecos e intrínsecos: os extrínsecos são aqueles que atuam nos tecidos como a umidade, higiene deficiente do paciente e do

leito, uso de instrumentos ortopédicos, repouso em superfícies duras, colocação inadequada e prolongada de aparadeiras, posicionamento incorreto do paciente, sondas fixadas incorretamente, atrito, força de tração e trauma; os fatores intrínsecos destacam a anemia, estado nutricional do paciente, edema, precária perfusão cutânea, imobilidade, mobilidade comprometida, perda dos reflexos protetores, déficit/perda sensorial, infecção, febre, pele sensível, distúrbios vasculares, diminuição ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos, bem como, envelhecimento, debilitação, incontinência de urina e fezes.

Braden e Bergstron (1987) construíram um modelo conceitual, onde afirmam que os determinantes críticos das úlceras por pressão são a intensidade e a duração da pressão sobre regiões do corpo e a capacidade da pele e tecidos subjacentes para tolerá-los. A seguir, temos a Ilustração 09 que demonstra os fatores de risco determinantes para o desenvolvimento de úlcera por pressão.



Fonte: Bergstron et al., 1987, apud Jorge; Dantas, 2003.

Ilustração 09 - Fatores de risco determinantes para o desenvolvimento de úlcera por pressão.

Conforme descrevem Smeltzer e Bare (2005), Migliard (2004), Souza (2005), Nogueira (2005) e NPUAP (2007), a úlcera por pressão é classificada em quatro estágios I, II, III, IV, em referência à profundidade de comprimento tecidual, podendo-se utilizar um sistema de graduação para descrever sua gravidade. A úlcera por pressão - estágio I (Ilustração 10) apresenta as seguintes características: área de eritema, eritema não empalidece com a pressão, temperatura da pele elevada, tecido edemaciado e

congestionado, paciente queixa-se de desconforto, o eritema progride para roxo-acinzentado escuro, descoloração da pele, calor e edema ou endurecimento.



Fonte: Migliard, 2004.

Ilustração 10 – Úlcera por pressão estágio I

Na úlcera por pressão - estágio II (Ilustração 11), há ruptura cutânea, perdas parciais da pele que envolvem epiderme, derme ou ambas, abrasão, bolhas, flictema ou úlcera superficial, edema persiste, úlcera drena. A infecção pode desenvolver-se e pode apresentar cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes.



Fonte: Migliard, 2004.

Ilustração 11 – Úlceras por pressão estágio II



Fonte: Migliard, 2004.

Ilustração 12 – Úlcera por pressão estágio III

Por outro lado, a úlcera por pressão estágio III (Ilustração 12) estende-se em direção ao tecido subcutâneo, há perda da pele na sua total estrutura, necrose de tecido

subcutâneo que pode se aprofundar não chegando até a fáscia, drenagem contínua, a infecção se desenvolve, grande destruição com presença de tecidos necróticos ou dano de músculos, ossos, ou estruturas de suporte (tendões e cápsula articular) e clinicamente apresenta como uma cratera profunda.

Sendo a úlcera por pressão - estágio IV (Ilustração 13), apresenta-se como a fase mais complicada em relação às anteriores, pois consiste em perda da pele na sua total espessura com extensa destruição, necrose do tecido; a úlcera estende-se ao músculo, ossos subjacentes, estrutura de suporte como o tendão, bolsas profundas de infecção se desenvolvem, necrose e drenagem contínua, formação de túneis ou tratos fistulosos visualizando as fáscias, músculos e ossos.



Fonte: Dealey, 1996 e Migliard, 2004.

Ilustração 13 – Úlcera por pressão estágio IV

Segundo Camargo (2006), a classificação das úlceras em estágios constitui uma parte da avaliação. É importante avaliar a presença de inflamação/infecção, endurecimento e isquemia. As úlceras por pressão não devem ser classificadas na ordem reversa como forma de avaliar a cicatrização. As úlceras de estágio IV não se transformam em estágio III, II, ou I até cicatrizarem. Uma vez que a lesão tenha sido classificada, ela permanecerá nesse estágio.

Acrescenta ainda que a cicatrização ocorrerá à custa de tecido de granulação, por segunda intenção. Uma úlcera de estágio IV recebe esta mesma classificação até cicatrizar. A avaliação da melhora ou piora da úlcera é feita pela mensuração de sua dimensão e alterações teciduais.

Beekman (1994) diz que existe um último estágio classificado como **NÃO - ESTAGIÁVEL** em que a úlcera se apresenta coberta por tecido necrosado de modo que não seja possível determinar a condição do tecido abaixo. As úlceras que apresentam extensa região de necrose só podem ser classificadas após o desbridamento para identificação da profundidade do dano tecidual (DEALEY, 1996). Conforme cita Vivó Gisbert et AL. (1998 apud OLIVEIRA et al., 2000), existe o **GRAU V** que pode ser definido como “a necrose penetra pelo osso”.

De acordo com Young (1997 apud COSTA, 2003), para aplicar esta classificação com segurança, o profissional que a avalia deve saber identificar a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e diferenciar o tecido granulado, músculo, tendões e ossos.

Diante do que já foi exposto, essa classificação é importante para permitir uma melhor sistematização da assistência de enfermagem, sendo documentada, por meio de registro no prontuário do paciente. A comunicação entre profissionais relacionados aos resultados da avaliação do estado da lesão é de fundamental importância para tomada de decisão (MIGLIARD, 2004).

Segundo Knobel (1999), úlcera por pressão, habitualmente conhecida como escara, constitui sério problema na estrutura física que afeta aproximadamente 9,0% do total de pacientes hospitalizados e 23,0% daqueles em atendimento domiciliar. Pacientes graves possuem uma combinação de fatores que aumentam significativamente o risco de desenvolver úlcera por pressão. Por isso, é fundamental conhecer os fatores de risco, as formas de prevenção, bem como o tratamento imediato e efetivo da úlcera por pressão em UTI.

O autor ainda revela que a pressão exercida numa área do corpo é o fator principal para a ocorrência da úlcera. Se desenvolver, devem ser aplicadas medidas perpendicularmente à pele. Esta situação ocasiona oclusão do fluxo sanguíneo. Uma pressão maior que 25 mmHg compromete a perfusão sanguínea e as partes moles, causando isquemia; se não for tratada evoluirá para necrose.

Úlcera por pressão, também conhecida como úlcera de decúbito, é uma complicação freqüente em pacientes graves e tem grande impacto sobre sua recuperação e qualidade de vida. De acordo com a literatura, sua prevalência varia entre 4,0% a 69,0% com a incidência de 3,0% a 30,0% a depender da população estudada (KNOBEL, 2006).

Rocha e Barros (2007) relatam que a patogênese das úlceras por pressão é um problema complexo, existindo três fatores de suma importância nesse processo: a pressão direta, as forças de cisalhamento e a fricção. Nesse sentido, em Terapia Intensiva, um paciente que sofre a influência desses três fatores de risco é mais susceptível ao surgimento dessas lesões.

Para o mesmo autor, a úlcera por pressão é um problema causado por uma complicação que gera custos sociais e econômicos de uma empresa e de um paciente retido no leito ou em uma cadeira de rodas e que é uma das mais temidas complicações da imobilidade, por demandarem tratamento prolongado e custo elevado. Aproximadamente 70,0% dessas lesões ocorrem em indivíduos com mais de setenta anos. É uma sintomatologia do paciente idoso, merecendo atenção especial no geronto e indicam debilidade física e maior risco de morte, pois raramente ocorrem em pessoas supostamente saudáveis. Para preveni-las, são necessários cuidados constantes, considerando um paciente de risco: um dia de cuidado inadequado é suficiente para o desenvolvimento de uma úlcera por pressão.

As escaras de pressão se constituem em um tipo especial de úlcera causada por suprimento sanguíneo e nutrição deficientes resultantes da pressão prolongada em proeminências ósseas ou cartilaginosas. A pele sobrejacente que recobre o sacro e bacia está mais comumente envolvida, mas as escaras podem ser também observadas sobre o occipital, orelhas, cotovelos, calcanhares e tornozelos, ocorrendo mais facilmente em pacientes idosos, paralisados, debilitados e inconscientes. Uma infecção, nesses casos, pode ocorrer como complicação (TIERNEY et al., 2001).

Para Silva (2003 apud FERNANDES, 2005), úlcera por pressão é considerada como uma das ocorrências iatrogênicas em uma Unidade de Terapia Intensiva. Ainda revela o autor que, contudo, não é justo considerar o profissional de enfermagem como

único responsável pelo fato, mas se faz jus fazer uma investigação do sistema em sua totalidade, pois só assim se poderão apontar as lacunas existentes e as diretrizes para a prevenção.

Na atualidade, o avanço no conhecimento referente ao diagnóstico e ao tratamento médico e no desenvolvimento de tecnologias tem contribuído para aumentar as chances de sobrevivência de pacientes criticamente enfermos, internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI), que têm alta taxa de mortalidade devida, principalmente, sujeitos a complicações envolvendo a patologia e o tipo de cuidado prestado. Tradicionalmente a assistência em CTI objetiva a diminuição de mortalidade, cujas complicações decorrentes do cuidado são toleráveis pela equipe multiprofissional, devido à importância da manutenção da vida (FERNANDES, 2006).

Pacientes em cuidados intensivos geralmente estão sedados ou com alterações do nível de consciência, sob suporte ventilatório, fazendo uso de drogas vasoativas, aparelhos ortopédicos (calhas, trações) cateter de Swan Ganz, cateter de PIC (pressão Intracraniana), sondas, permanecendo no leito com restrição de movimento por um período prolongado de tempo e possuem instabilidade hemodinâmica. Em decorrência, principalmente, desses fatores, tornam-se propensos a complicações como a úlcera por pressão (FERNANDES, 2000).

Diante do exposto, Fernandes (2006) ressalta que a avaliação do problema da úlcera por pressão em Centro de Terapia Intensiva (CTI) é expressa nas taxas de incidência e prevalência, assunto este que tem ganhado ênfase em muitos trabalhos de pesquisa. Incidência e prevalência de úlceras por pressão apresentam variações, dependendo das populações estudadas, de acordo com suas peculiaridades.

2.2 Medidas Preventivas

Para Tierney (2001), os cuidados de enfermagem, uma boa nutrição e a manutenção da higiene cutânea constituem medidas preventivas importantes para úlcera por pressão. A pele e a roupa de cama devem ser mantidas limpas, secas e sem dobras. Pacientes acamados, paralisados, moribundos, indiferentes ou incontinentes e que constituem candidatos à úlcera de decúbito devem ser trocados de posição freqüentemente (pelo menos a cada hora) e examinados os pontos de pressão, procurando-se averiguar o surgimento de pequenas áreas vermelhas e sensíveis. Para os cuidadores, deve-se elaborar um esquema por escrito. Isto pode ser muito útil na prevenção e no tratamento das lesões.

Para Jorge e Dantas (2003), existe um preço em se tratar úlcera por pressão, mas também há um custo relacionado com a sua prevenção; geralmente, é menos dispendioso, principalmente, no que se refere aos aspectos psíquicos e sociais relacionados ao sofrimento do paciente e da família. Esses custos têm impulsionado os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, buscar desenvolver estratégias para mudar tal situação. Por isso, torna-se imprescindível o uso adequado de métodos profiláticos que possam ser implementados em pacientes que realmente necessitem deles e sejam reconhecidos como um risco de desenvolverem úlcera por pressão. Thompson e Murray, Braden e Bergstrom, Waterlow, Maklebust, Wind, Happ e Kerstein, referidos por Jorge e Dantas (2003), afirmam que prevenir as úlceras por pressão depende de uma habilidade clínica de avaliar o risco e, assim, programar as condutas preventivas.

Objetivando aperfeiçoar e ampliar a habilidade clínica dos profissionais de saúde nesse processo de avaliação de risco em úlcera por pressão, diversos autores vêm propondo instrumentos de medida ou escalas de avaliação de risco, que diferem quanto à complexidade, abrangência e facilidade de uso, e que têm sido testadas e validadas no mundo todo. Geralmente, essas escalas compõem os aspectos avaliativos e protocolos de prevenção e tratamento das úlceras por pressão (JORGE; DANTAS, 2003).

Segundo Maklebust (1996 apud JORGE; DANTAS, 2003), avaliação é definida como apreciação de uma situação que inclui múltiplas variáveis, sendo o primeiro passo

a formulação do diagnóstico e determinação de um plano de cuidados, devendo ser feita, para tanto, de forma sistematizada. Ainda refere o autor que, nos EUA e Europa, as escalas mais utilizadas são Norton, Gosnell, Waterlow e Braden. Outros autores referem que existem mais de duzentas escalas de avaliação de risco para desenvolvimento das úlceras por pressão e que todas elas são baseadas no instrumento criado originalmente por Norton. Portanto, essas escalas se baseiam nos fatores de risco para desenvolvimento de úlcera por pressão, conforme descritas a seguir.

A escala de Norton foi elaborada em 1962 por Norton e cols., abrange cinco parâmetros; é a soma dos valores ordinais da escala para a condição física geral do doente, condição mental, nível de atividade, mobilidade no leito e incontinência. Cada item recebe uma pontuação entre um e quatro pontos, e a pontuação dos cinco itens é somada. O risco é, então, determinado pela soma dos pontos. A pontuação de cinco a vinte é a mais alta. Uma pontuação de quatorze ou menos pontos indica risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, e uma de treze ou menos indica risco menos elevado para o paciente. Com base no risco, as estratégias de prevenção e intervenção de cuidados podem ser implementadas. Mesmo que alguns itens impliquem o julgamento clínico do profissional, a confiabilidade da escala é suficiente para a maioria das necessidades afetadas. Como qualquer outro instrumento que se utiliza, escalas ordinais as diferenças numéricas não podem ser tratadas matematicamente. Por exemplo, uma pontuação de sete não representa necessariamente um risco 30,0% maior do que uma pontuação de dez (JORGE; DANTAS, 2003; IRION, 2005).

A escala de Braden foi desenvolvida por Bergstrom e Braden (1987), como estratégia para diminuir a incidência de úlcera por pressão no serviço em que trabalhavam. Eles utilizavam alguns indicadores de risco semelhantes. Esta escala é composta de seis sub-escalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento. Todas elas pontuadas de um a quatro. Com esta escala, o risco também aumenta com uma pontuação mais baixa. Esta escala utiliza mais a percepção sensorial do que a condição mental e mais a umidade do que a incontinência. De maneira semelhante, a escala de Norton utiliza os níveis de mobilidade e atividade. A escala de Braden pontua dois itens adicionais: o risco de fricção e de atrito (que está parcialmente relacionado com a mobilidade no leito) e a nutrição que são considerados nesta escala, e não na escala Norton. A escala de Braden

não pontua a impressão geral do profissional sobre a condição física do cliente. A escala oferece uma pontuação máxima de 23 itens; um item (fricção e atrito) tem uma pontuação entre um a três. Para esta escala, um indivíduo com uma pontuação de dezesseis ou abaixo é geralmente considerado em condição de risco, embora, para determinados grupos de cliente, uma pontuação de dezessete e dezoito seja considerado de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão (JORGE; DANTAS, 2003; IRION, 2005). A escala de Braden foi validada na língua portuguesa por Paranhos e Santos (1999).

A escala de Gosnell, implantada em 1973, é uma adaptação da escala Norton. Uma das principais diferenças é a inversão da pontuação, de modo que, em número alto, representa um risco maior. Com esta adaptação, cinco é a menor pontuação possível, indicando o menor risco, e uma pontuação de vinte representa o maior risco. Outra diferença entre a escala Gosnell e a escala Norton é a substituição da “condição física” pela nutrição. Outros itens aparecem no instrumento, mas não são utilizados diretamente na pontuação. Além disso, instruções bastante detalhadas estão incluídas neste instrumento (IRION, 2005).

A escala de Waterlow é pouco conhecida no Brasil. Funciona como guia para avaliação de pacientes com risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão e mostra as condutas preventivas e terapêuticas que estes poderiam vir a necessitar. A escala foi idealizada para ser de fácil uso, através de grades que a Enfermagem utilizaria depois de responder a um questionário. É a avaliação mais utilizada no Reino Unido e classifica os pacientes em risco (at risk), alto risco (high risk) e risco muito alto (very high risk) (IRION, 2005).

Este instrumento é um método de avaliação de risco que assegura uma avaliação sistemática dos fatores de risco. Muitos instrumentos para essa avaliação existem, mas somente na escala de Norton e de Braden foram testados extensivamente instrumentos de risco (BERGSTROM et al., 1992). Os instrumentos de risco incluem os seguintes fatores: alteração na mobilidade/atividade, incontinência e alteração na nutrição. Alteração no nível de consciência ou na percepção sensorial também é identificada como fator de risco na maior parte dos instrumentos de avaliação. A identificação dos fatores individuais de risco é útil para direcionar o cuidado e a terapêutica.



CAPÍTULO 3

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Tipo de estudo

Para a viabilização do trabalho, a metodologia utilizada constou de dois pilares: o primeiro encontra-se pautado na revisão de literatura que serviu de base para embasar o estudo, e o segundo corresponde aos dados empíricos coletados a partir das respostas dos quarenta enfermeiros que atuam no Centro de Terapia Intensiva.

Esse estudo trata de uma pesquisa de campo do tipo exploratória. Conforme Gil (2007), a pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis. Essas pesquisas, na maioria dos casos, envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

Nesta investigação exploratória utilizou-se a abordagem quanti-qualitativa. A abordagem quantitativa, segundo Marconi e Lakatos (2006), são investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou isolamento de variáveis principais ou chave. A pesquisa é caracterizada pela sistemática e compreensão dos indivíduos cuja experiência está sendo estudada. A qualitativa, segundo Marconi e Lakatos (2006), é baseada na presença ou ausência de alguma qualidade ou característica, na classificação de tipos diferentes de propriedades cujas perguntas são de natureza aberta e foram compostas de análise de discurso. Minayo

(1992, p. 212) descreve que o “[...] discurso se situa, por exclusão na busca da especificidade, em relação à lingüística tradicional”.

Para as questões “quais as medidas preventivas na sua prática profissional na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos em CTI/UTI?” e “para você, existem fatores que dificultam a implementação das medidas preventivas para úlcera por pressão em CTI/UTI?” a análise foi feita qualitativamente, sendo estruturada em categorias, segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Entende-se que a análise de conteúdo é uma técnica usada em pesquisas de cunho qualitativo e quantitativo e que possibilita ao pesquisador fazer uma avaliação profunda do material coletado.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de João Pessoa – Paraíba. O estudo foi desenvolvido em quatro hospitais das esferas governamentais, sendo um público municipal, dois públicos estaduais e um público federal. O interesse por essas instituições baseou-se nos seguintes critérios: serem hospitais de médio e grande porte, dispor de atendimento à população no nível de alta complexidade, possuir Centro de Terapia Intensiva adulto que recebe pacientes em estado crítico.

3.3 População e Amostra

A população da pesquisa foi composta de 41 (100,0%) enfermeiros intensivistas. População é o conjunto de todos os indivíduos ou objetos com alguma característica comum, definidora (POLIT, 2004). Para a seleção da amostra, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro do quadro de Centro de Terapia Intensiva, encontrar-se no hospital em atividades assistenciais no período de aplicação do instrumento, aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Em virtude da recusa do preenchimento do instrumento por parte de um enfermeiro, a amostra constou de quarenta enfermeiros, alcançando um percentual de 97,6% da população total.

3.4 Instrumento para Coleta de Dados

Para consecução dos objetivos do estudo, foram construídos dois questionários.

O **primeiro** (APÊNDICE B) constou de variáveis referentes a caracterização das instituições hospitalares, onde foi desenvolvido o estudo as quais contemplaram: fonte norteadora, o porte do hospital, tipo de unidade, número de leitos do CTI, o tipo de clientela, monitorização a beira leito, monitorização central e a proporção dos enfermeiros em relação aos pacientes). Todos foram preenchidos pelos coordenadores dos CTI.

O **segundo** instrumento (APÊNDICE C) foi aplicado junto aos enfermeiros em atividade práticas nas unidades investigadas. O mesmo constou de três partes: a **primeira** foi construída a partir das variáveis identificadas como relevantes para caracterizar a amostra quanto os dados sócio-demográficos dos enfermeiros (sexo, faixa etária, tempo de profissão, tempo de atuação em terapia intensiva, formação profissional constando os títulos de licenciatura em enfermagem, especialização, mestrado e doutorado); a **segunda** parte foi composta de 41 itens relacionados aos conhecimentos dos enfermeiros sobre as úlceras por pressão e medidas preventivas. Essa parte constou de variáveis pesquisadas no estudo de Fernandes (2006), cujo instrumento foi construído para avaliar os “Efeitos das intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva”. Nesse estudo, Fernandes (2006) aplicou um instrumento com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que atuavam em Centro de Terapia Intensiva. Outro aspecto que necessitou de adaptação diz respeito à substituição da palavra “úlcera de pressão” por **úlceras por pressão** em todas as sentenças. Outro dado modificado foi na questão dois: “São fatores de risco para desenvolvimento da úlcera de pressão: **mobilidade**, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível de consciência” no presente estudo ao invés de ser considerada uma sentença verdadeira, entendemos ser falsa, uma vez que palavra correta é “**imobilidade**”, e a **terceira** parte constou de duas questões abertas, investigando a atuação dos enfermeiros quanto às medidas preventivas para úlcera por pressão e os possíveis fatores impeditivos para a adoção de medidas preventivas para a úlcera por pressão através das seguintes questões norteadoras: quais

as medidas utilizadas na sua prática profissional na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos no CTI/UTI? para você, existem fatores que dificultam a implementação de medidas preventivas para úlcera por pressão no CTI/UTI?

3.5 Coleta de Dados

No que tange à coleta de dados, essa foi realizada de janeiro de 2008 a abril de 2008, mediante aplicação dos instrumentos junto aos enfermeiros. A coleta só foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley. A aplicação desse instrumento teve a duração de 95 dias.

Inicialmente, a pesquisadora, entrou em contato prévio com a direção de cada hospital, entregando-lhes ofício solicitando permissão para a coleta de dados. Junto com o ofício, foi entregue uma cópia do projeto e a certidão provisória emitida pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley (ANEXO 01). Após a autorização da direção dos hospitais, foram feitos contatos com cada chefia de enfermagem dos respectivos hospitais, de forma a estabelecer um cronograma para a realização da coleta de dados. Esse planejamento foi feito levando em consideração a conveniência dos serviços e dos enfermeiros.

Assim, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), é importante registrar que cada enfermeiro respondeu individualmente o instrumento (APÊNDICE C) na presença da pesquisadora sem interferência/participação de outro profissional, com duração que variou de quinze a 35 minutos, sendo esse recolhido imediatamente após o término. Dessa forma, cada participante recebeu uma cópia do termo, e a outra cópia ficou com a pesquisadora.

3.6 Análise dos Dados

Os dados referentes à caracterização dos hospitais, à identificação dos enfermeiros e os dados relacionados ao conhecimento dos enfermeiros sobre úlcera por

pressão e medidas preventivas encontram-se apresentados em forma de tabelas e quadros. A análise dos dados qualitativos foi feita através das falas dos participantes do estudo. Procedeu-se à análise estatística a partir de técnicas descritivas, demonstradas através de frequências absolutas e percentuais.

3.6 Considerações Éticas

Destaca-se que foram levadas em consideração as observâncias éticas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007). Em consonância com esses aspectos éticos, no que diz respeito ao termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), foi estabelecido um contato prévio com os enfermeiros quando informamos a respeito da pesquisa e seus objetivos. Vale salientar que foi garantido aos participantes do estudo o anonimato, a privacidade, bem como a liberdade de participação ou não.

O projeto de dissertação de pesquisa foi aprovado na reunião ordinária nº 205 do Colegiado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no dia 10 de dezembro de 2007 e, posteriormente, encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sendo formalmente aprovado em sua sessão realizada no dia 15 janeiro de 2008, cujo protocolo recebeu o N° 03/08 (ANEXO 1).



CAPÍTULO 4

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, encontram-se apresentados os dados e análise das variáveis investigadas através da aplicação dos instrumentos (APÊNDICE B e C) junto aos enfermeiros que atuam em Centro de Terapia Intensiva da cidade de João Pessoa - PB.

4.1 Caracterização das Unidades Hospitalares envolvidas no Estudo

Neste estudo, foram avaliados quatro hospitais da esfera governamental situados na cidade de João Pessoa - PB, sendo um público municipal, dois públicos estaduais e um público federal. Para reservar o anonimato das instituições onde foi desenvolvido o estudo, optamos por denominá-los de **Hospital “A”**; **Hospital “B”**; **Hospital “C”** e **Hospital “D”**, conforme descrito a seguir. Tivemos as características das unidades de CTI em relação ao tipo, número de leitos, tipo de clientela, monitorização a beira leito, monitorização central e proporção enfermeiro/paciente. As suas características são apresentadas nos Quadros 01 e 02 a seguir.

Características dos Hospitais	n°
Público Municipal	01
Público Estadual	02
Público Federal	01
Porte	
Médio porte	03
Grande porte	01

Fonte: Pesquisa, 2008.

Quadro 01 – Características dos hospitais segundo a esfera governamental e porte. João Pessoa - PB, 2008.

Características das Unidades de CTI		
Tipo		
Geral	04	
Específico	00	
Número de leitos		
05 a 10 leitos	03	
11 a 15 leitos	01	
Tipo de clientela		
Clinica	04	
Cirúrgica	04	
Crônica	03	
Adultos	04	
Adolescentes	04	
Monitorização à beira leito		
Sim	04	
Não	00	
Monitorização central		
Sim	01	
Não	03	
Proporção enfermeiro/paciente		
Hospital	Enfermeiro	Paciente
A	01	06
B	01	07
C	02	10
D	03	12

Fonte: Pesquisa, 2008.

Quadro 02 – Características das Unidades de Centro de Terapia Intensiva em relação ao tipo, número de leitos, tipo de clientela, monitorização beira leito, monitorização central e proporção enfermeiro/paciente. João Pessoa - PB, 2008.

O **Hospital “A”** é uma instituição pública estadual que fica localizado na cidade de João Pessoa – PB. A escolha do CTI da referida instituição, como campo de estudo, foi determinada por ser um dos ambientes de trabalho da pesquisadora, onde desempenha atividades assistenciais, e por esperar/acreditar ter um maior apoio/adesão e participação para a realização da pesquisa. Representa uma estrutura de saúde de referência no Estado da Paraíba, priorizando atendimento a pacientes politraumatizados, grande queimado, pacientes clínicos e cirúrgicos adultos e infantis em atendimentos de grandes emergências e urgências. É considerado um hospital de médio porte. A unidade referida funciona há sete anos e encontra-se localizada no primeiro andar do hospital.

O CTI desta unidade de saúde possui a capacidade de dez leitos, sendo distribuídos da seguinte forma: um leito de isolamento e nove leitos gerais com clientela clínica e cirúrgica. Esse atendimento é destinado a clientes com idade a partir de quatorze anos ou mais, de ambos os sexos. Os leitos dispõem de monitorização à beira leito, e é o único CTI pesquisado que apresenta monitorização central de todos os pacientes, ficando essa monitorização localizada na área central do CTI.

A equipe de enfermeiros do **Hospital “A”** é composta de doze profissionais, sendo um coordenador de enfermagem, uma enfermeira diarista e nove enfermeiros plantonistas. Os plantões são de seis horas para a enfermeira diarista e para o coordenador de enfermagem, de segunda a sexta; os enfermeiros plantonistas têm plantões de doze horas, diurno ou noturno, com escala fixa de dez plantões, perfazendo cento e vinte horas mensais.

Em relação à proporção dos enfermeiros/pacientes, dois profissionais atuam em cada turno de plantão de doze horas, sendo cada um responsável por cinco pacientes.

O **Hospital “B”** é uma instituição pública federal que fica localizado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na cidade de João Pessoa - PB. A unidade referida encontra-se localizada no primeiro andar do hospital. É um hospital-escola de grande porte que atende a grande João Pessoa e demais cidades do estado da Paraíba, destinados a pacientes procedentes das regiões urbanas e rurais.

O CTI é composto de catorze leitos, sendo dois isolamentos, atuando com doze leitos, sendo que os isolamentos são para os próprios pacientes internados no CTI que precisam ser isolados devido à patologia de base instalada ou adquirida. Em relação à clientela, é para tratamento de pacientes clínicos, cirúrgicos, crônicos, gestantes de alto risco. Os leitos têm monitorização à beira leito, sem central de monitorização. O atendimento é feito a pacientes de ambos os sexos, com faixa etária de dezoito anos ou mais, porém, se for puerpera, poderá ser com idade inferior de dezoito anos.

A equipe de enfermeiros é composta de quinze profissionais, sendo uma coordenadora e dois enfermeiros diaristas, trabalhando de segunda a sexta, com seis horas diárias, e dois enfermeiros plantonistas. Os plantonistas trabalham doze horas diurnas ou noturnas, no total de dez plantões mensais, perfazendo um total de cento e vinte horas. Em relação à proporção dos enfermeiros/pacientes, dois profissionais atuam em cada turno de plantão de doze horas, sendo que cada enfermeiro é responsável por seis pacientes durante os plantões, enquanto que a enfermeira-diarista realiza a parte administrativa.

O **Hospital “C”** é uma instituição pública municipal, localizado na cidade de João Pessoa - PB. Atende pacientes da grande João Pessoa e do interior do Estado, no âmbito de urgência e emergência, em tratamento clínicos e cirúrgicos, adulto e infantil. É considerado um hospital de médio porte. O CTI era composto de seis leitos até o dia 28/04/2008, quando foi inaugurado um novo CTI com dez leitos, no mesmo prédio, sendo um isolamento e nove leitos gerais. Os leitos têm monitorização à beira leito, sem central de monitorização. O atendimento é feito a pacientes com faixa etária de dezoito anos ou mais e de ambos os sexos.

A equipe de enfermeiros é composta de oito profissionais, sendo um coordenador de enfermagem, sete enfermeiros plantonistas. Os plantões dos enfermeiros são fixos, totalizando vinte e quatro horas semanais. O enfermeiro plantonista, atualmente, é responsável por dez pacientes, no plantão de doze horas, diurnas ou noturnas.

O **Hospital “D”** é uma instituição da esfera estadual sob responsabilidade do comando militar (Polícia Militar do Estado da Paraíba), localizado na cidade de João

Pessoa - PB. Atende a pacientes em tratamento clínicos, cirúrgicos, urgência e emergência, ginecologia e obstetrícia. É considerado um hospital de médio porte. O CTI é composto de sete leitos, sendo um isolamento e seis gerais. Não existe monitorização central e os leitos têm monitorização à beira leito. O atendimento aos pacientes com faixa etária de doze anos ou mais, também de ambos os sexos. A equipe de enfermagem é composta de oito enfermeiros, sendo um coordenador e sete enfermeiros plantonistas. Os plantões são diurnos e noturnos, sendo de doze horas cada um, com escala semanal fixa, perfazendo uma carga horária de cento e vinte horas mensais. A proporção de profissional no CTI é de um enfermeiro para cada sete pacientes em turnos de doze horas.

4.2 Perfil Sócio-demográficos dos Enfermeiros

As variáveis que caracterizam o perfil sócio-demográfico dos enfermeiros que atuam em Centro de Terapia Intensiva na cidade de João Pessoa – PB e que participaram do estudo estão dispostas na Tabela 01 a seguir.

Tabela 01 – Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa, segundo as características sócio-demográficas. João Pessoa - PB, 2008.

Características Sócio-demográficas	Enfermeiros	
	N	%
Sexo		
Feminino	33	82,5
Maculino	07	17,5
Total	40	100,0
Faixa Etária		
21 – 25	03	7,5
26 – 30	10	25,0
31 – 35	08	20,0
36 – 40	07	17,5
41 – 45	06	15,0
46 – 50	03	7,5
51 – 55	03	7,5
Total	40	100,0
Tempo de Profissão (anos)		
01 – 05	15	37,5
06 – 10	08	20,0
11 – 15	04	10,0
16 – 20	06	15,0
21 – 25	07	17,5
Total	40	100,0
Tempo de Atuação em CTI (anos)		
01 – 05	22	55,0
06 – 10	08	20,0
11 – 15	05	12,5
16 – 20	03	7,5
21 – 25	02	5,0
Total	40	100,0
Licenciatura em Enfermagem		
Sim	12	30,0
Não	28	70,0
Total	40	100,0
Pós-Graduação		
Especialização		
Terapia Intensiva	10	25,0
Urgência e Emergência	02	5,0
Outras *	13	32,5
Não tem especialização	15	37,5
Total	40	100,0
Mestrado		
Sim **	01	2,5
Não	39	97,5
Total	40	100,0

Fonte: Pesquisa, 2008.

* Refere-se à Especialização em Saúde Pública (Saúde da Família e Saúde Coletiva), em Administração Hospitalar (MBA em Gestão Hospitalar em Serviço de Saúde e Administração do Serviço de Enfermagem e Gerontologia) e Circulação Extracorpórea em Cirurgia Cardíaca com Residência em Cardiologia e enfermagem Pediátrica.

** Mestrado em Saúde Coletiva.

Conforme a Tabela 01, podemos observar a distribuição dos enfermeiros, segundo o sexo. Dos quarenta enfermeiros participantes, a predominância foi do sexo feminino, com 33 (82,5%), enquanto que o sexo masculino foi de 07 (17,5%).

Destacamos que estes os quarenta enfermeiros estudados, 77,5% se encontra na faixa etária de 26 a 45 anos, sendo 25,0%, na faixa etária de 26 a 30 anos; 20,0% possuíam faixa etária entre 31 a 35 anos; 17,5%, na faixa etária entre 36 a 40 anos e 15,0%, com faixa etária entre 41 a 45 anos. Assim, verificamos a maior frequência de enfermeiros que atuam em CTI nos hospitais pesquisado é de uma população jovem.

No que diz respeito a predominância de enfermeiros jovens, esta é reafirmada no estudo de Rangel (2004), em sua pesquisa sobre conhecimento, prática e fontes de informação de enfermeiros em um hospital, teve uma participação de 25 enfermeiros, a maioria do sexo feminino (96,0%), e do sexo masculino, apenas (4,0%), sendo esses de vários setores da instituição estudada. Nesse mesmo estudo, a amostragem foi de 14 enfermeiros com índice maior na faixa etária entre 31 a 40 anos (56,0%).

Quanto aos dados referentes ao tempo de formado, torna-se evidente que a maioria dos pesquisados, isto é 15 (37,5%) enfermeiros contavam entre 01 a 05 anos de profissão; 08 (20,0%) contavam entre 06 a 10 anos, 07 (17,5%), entre 11 a 15 anos; 06 (15,0%) enfermeiros entre 16 a 20 anos, e 04 (10,0%) estavam entre 21 a 30 anos. Desse modo a amostra foi composta de mais de 50,0% de profissionais com menos de 10 anos. Ressaltamos que, no estudo envolvendo enfermeiros da UTI realizado por Fernandes (2006), aproximadamente 43,0 % dos enfermeiros tinham até 06 anos de profissão e 43,0 % entre 07 e 12 anos. Enquanto que, na pesquisa de Rangel (2004), dos 25 participantes, 12 (48,0%) tinham de 01 a 05 anos de formados.

A Tabela 01 evidencia também o tempo de atuação dos enfermeiros no CTI. É expressivo o número de profissionais que contavam pouco tempo de experiência na citada unidade. O percentual atinge mais de 70,0% dos amostrados com tempo inferior a 10 anos, distribuídos em 22 (55,0%) entre 01 a 05 anos e 08 (20,0%) atuam entre 06 a 10 anos. Apenas 05 (12,5%) atuam na unidade entre 11 a 15 anos; 03 (7,5%) enfermeiros atuavam entre 16 a 20 anos, e apenas 02 (5,0%) dos enfermeiros atuavam

entre 26 e 30 anos, diferente do estudo de Fernandes (2006) onde sua população foi de 71,4% enfermeiros que atuavam em CTI há menos de 06 anos.

Quanto à formação profissional, dos enfermeiros estudados, 12 (30,0%) referiram apresentar Licenciatura em Enfermagem, enquanto que 28 (70,0%) não apresentavam essa habilitação. Esta pode ser adquirida através Universidade Federal da Paraíba, após a graduação ou concomitante com a mesma. Os dados revelam que 39 (97,5%) dos enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva não têm o título de mestre, e apenas 01 (2,5%) enfermeiro afirmou possuir a titulação de mestre em Saúde Coletiva. Ressaltamos também que dos 40 (100,0%) enfermeiros que atuam em terapia intensiva dos quatro hospitais estudados na cidade de João Pessoa – PB, nenhum apresentou a titulação de doutorado.

Evidencia-se também que, dos 40 enfermeiros estudados, verificou-se que um número relativamente pequeno (25,0%) realizou especialização em terapia intensiva, área que fornece um preparo para atuação do enfermeiro na área objeto de estudo. Destacamos que 5,0% de enfermeiros escolheram sua qualificação em área co-relata, Urgência e Emergência. O percentual de 37,5% incidiu naqueles que não realizaram nenhum tipo de pós-graduação e com 32,5% de enfermeiros que realizaram especialização em outras áreas, como Saúde Pública (Saúde da Família e Saúde Coletiva), Administração Hospitalar (MBA em Gestão Hospitalar em Serviço de Saúde e Administração do Serviço de Enfermagem e Gerontologia), Circulação Extracorpórea em Cirurgia Cardíaca com Residência em Cardiologia, e Enfermagem Pediátrica.

Portanto, vale salientar que os dados revelam um grande número de profissionais que atuam em Centro de Terapia Intensiva sem, contudo, ter realizado um preparo específico para atuarem neste setor. Atuar em CTI exige dos profissionais conhecimentos teóricos e práticos que envolvem situações de alta complexidade, aspectos esses desconsiderados pelos enfermeiros e, sobretudo, pelos dirigentes das unidades de saúde cujas instituições deveriam ter a preocupação de admitir e preparar seus enfermeiros para o desempenho de atividades assistenciais com competência e com qualidade.

Acreditamos que os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros a partir de uma especialização na área, em que, além dos fundamentos teóricos, desenvolverá habilidades práticas, de modo a executar e planejar ações de enfermagem da mais alta qualidade, evitando assim situações que possam levar a imperícia e imprudência. Portanto, a experiência em atuar nesse campo nasce, na maioria, em decorrência da oportunidade e da vivência prática de cada um, sem que possua nenhum curso de pós-graduação *Lato-Sensu*, mesmo atuando em uma unidade de alta complexidade.

Compartilhando ainda dessa visão, Rangel (2004) em seu estudo, apresentou um número muito baixo, apenas 04 (16,0%) enfermeiros com especialização. Relata ainda a importância do acesso às informações científicas e que as capacitações sejam reais, e o apoio da instituição se faça presente a fim de permitir, além do conhecimento específico, coesão de idéias, crescimento profissional e pessoal do profissional, desenvolvendo um processo assistencial padronizado, obedecendo a normas técnico-científicas, contribuindo para a redução de ônus e crescimento institucional, além da melhor qualidade de atenção e assistência aos clientes.

4.3 Conhecimentos dos enfermeiros sobre Úlcera por Pressão e Medidas Preventivas.

Apresentaremos as variáveis que caracterizam os conhecimentos dos enfermeiros sobre Úlcera por Pressão e Medidas Preventivas, atuantes em Centro de Terapia Intensiva na cidade de João Pessoa - PB.

Prosseguindo com as análises, apresentaremos tabelas referentes ao conhecimento dos enfermeiros sobre Úlcera por Pressão e Medidas Preventivas. As 41 afirmativas investigadas no estudo foram agrupadas, levando em consideração as seguintes categorias: avaliação (duas questões), estadiamento (seis questões) e prevenção (33 questões).

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros, em relação à avaliação, ao estadiamento e à prevenção da úlcera por pressão, nas 41 questões objetivas do instrumento (APÊNDICE C), foram analisados e evidenciados os seguintes resultados: o menor escore de acerto do instrumento foi de 24 (58,5%), e o maior escore foi de 36 (87,8%). Em relação às questões respondidas erradas, tivemos um escore mínimo de 04 (9,8%) e máxima foi de 16 (39,0%). Podemos ainda identificar que 07 (17,1%) enfermeiros consideraram que não sabiam responder algumas questões em foco em relação às variáveis relativas à avaliação, estadiamento e prevenção da UP. É notório que o conhecimento global dos enfermeiros, atuantes em terapia intensiva, varia de 58,5% a 87,8% com a totalidade das questões.

A seguir, apresentaremos a Tabela 02 cujo estão dispostos os resultados e análise dos dados, conforme a categoria de avaliação.

Tabela 02 – Distribuição dos índices de conhecimento (acertos/erros/não sei) dos enfermeiros nas questões relacionadas à avaliação da úlcera por pressão. João Pessoa - PB, 2008.

Avaliação	Acertos		Erros		Não sei	
	nº	%	nº	%	nº	%
31 As úlceras por pressão são feridas estéreis. (F)	31	77,5	07	17,5	02	5,0
32 Uma cicatriz da úlcera por pressão deverá lesar mais rapidamente que a pele íntegra? (V)	29	72,5	03	7,5	08	20,0

Fonte: Pesquisa, 2008.

Conforme a Tabela 02 acima, podemos observar os dados relativos ao conhecimento dos enfermeiros no que se refere à categoria de avaliação. Observamos que as questões obtiveram índices de acertos diferentes, sendo a primeira questão, com 31 (77,5%) de acertos, e a segunda, com 29 (72,5%) de acertos. Destacamos também que houve um índice de 08 (20,0%) de enfermeiros que não sabiam responder à segunda

questão na afirmativa “uma cicatriz da úlcera por pressão deverá lesar mais rapidamente que a pele integra?”.

Os dados revelam que, diante das duas questões acerca da avaliação, os índices de acertos foram superiores a 72,0%, demonstrando um índice relativamente alto. Em seu estudo, Fernandes (2006) obteve, em ambas as questões, um índice de 71,0%, enquanto que, no estudo de Rangel (2004), o índice de acerto da primeira questão foi muito alto: 22 (88,0%) enfermeiros, e, na segunda, foi de 23 (92,0%) enfermeiros.

Rangel (2004), em um estudo, junto a enfermeiros de um Hospital Privado, sobre conhecimento e práticas de prevenção e tratamento de úlceras por pressão, destaca que a média de acertos foi de 71,1%; na categoria de estadiamento, foi de 67,2% e, na categoria de avaliação, foi de 80,0%. Vale salientar que este estudo foi prejudicado pela baixa adesão dos enfermeiros, sendo uma limitação encontrada pela natureza voluntária da participação.

Conforme relata Blanes (2004), a avaliação sistematizada do doente com UP é essencial para o desenvolvimento de um plano de cuidados. Essa avaliação inicial deve ser exaustiva e fundamental para definir uma linha de base passível de ser posteriormente comparada, pois permite fazer o diagnóstico diferencial, fornece informação sobre a situação local da lesão e permite uma visão antecipada para outros profissionais.

Camargo (2006) cita alguns autores que reforçam a idéia de que é fundamental uma acurada avaliação da lesão, identificando-se cuidadosamente o estágio do processo cicatricial e tomando-se a decisão a partir dessa avaliação que, aliás, deve ser sistemática e periodicamente realizada, com critérios bem estabelecidos e protocolos de avaliação.

Para Lima et al. (2006), é de extrema importância o enfermeiro ser doutor em úlcera por pressão, detendo ele a maior responsabilidade na equipe multidisciplinar. É através dele que se refletirá claramente a sua percepção da prática assistencial ao paciente com úlcera por pressão, pois este paciente necessita de cuidados não só para seus problemas de ordem fisiológicas, mas também psíquicas e sociais, requerendo a

atuação de um profissional de forma integrada, capaz e comprometido com a qualidade da assistência prestada, ficando, assim, livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência.

Segundo os autores Rocha et al. (2006), em seu estudo sobre “Abordagem terapêutica das úlceras de pressão – intervenções baseadas na evidência”, a estratégia terapêutica permanece em grande medida dependente da experiência pessoal, divergindo entre os diferentes centros e carecendo da necessária comprovação científica.

Deve-se levar em consideração que a Terapia Intensiva é uma unidade de alta complexidade cujas internações decorrem de problemas de elevada gravidade, exigindo a permanência restrita do paciente ao leito por um prolongado período de tempo, de forma que os dados encontrados na pesquisa em foco demonstraram um baixo índice de conhecimento dos enfermeiros em terapia intensiva no que concerne à avaliação da úlcera por pressão. Por outro lado, 11 (27,5%) dos enfermeiros desconhecem que o tecido cicatrizado em decorrência de uma UP possui maior facilidade de ser lesado do que a pele íntegra. Outros 09 (22,5%) enfermeiros afirmaram erroneamente que as úlceras por pressão são estéreis.

Acredita-se, portanto, que quanto maior for o desconhecimento dos enfermeiros acerca da avaliação, conseqüentemente muitas intervenções preventivas para UP deixam de ser implementadas, possivelmente aumentando os riscos de esses pacientes desenvolverem esse tipo de lesão.

A seguir, apresentaremos a Tabela 03, com seis variáveis, onde estão dispostos os resultados e análise dos dados, conforme a categoria de estadiamento relacionadas às medidas preventivas para úlcera por pressão.

Tabela 03 – Distribuição dos índices de conhecimentos (acertos/erros/não sei) dos enfermeiros nas questões relacionadas ao estadiamento da úlcera por pressão. João Pessoa - PB, 2008.

Estadiamento	Acertos		Erros		Não sei	
	nº	%	nº	%	nº	%
09 Úlcera por pressão - estágio IV - apresenta uma perda de pele total com intensa destruição e necrose tissular ou danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte. (V)	39	97,5	01	2,5	00	00
33 Uma bolha no calcâneo não deve ser motivo de preocupação. (F)	36	90,0	04	10,0	00	0,0
01 O estágio I da úlcera por pressão é definido como eritema que não embranquece. (V)	33	82,5	07	17,5	00	00
06 Uma úlcera por pressão - estágio III - é uma perda parcial de pele envolvendo a epiderme. (F)	26	65,0	14	35,0	00	00
20 Úlceras por pressão - estágio II - apresentam uma perda de pele na sua espessura total. (F)	24	60,0	16	40,0	00	00
38 As úlceras por pressão - estágio II - podem ser extremamente doloridas pela exposição de terminações nervosas. (V)	23	57,5	17	42,5	00	00

Fonte: Pesquisa, 2008.

Observamos, na Tabela 03, que nenhum enfermeiro atingiu o índice de acerto de 100,0%, sendo o maior índice de acerto com 39 (97,5%) no que se refere ao estágio IV da úlcera por pressão. Com relação à questão de estágio I, o índice de acerto foi de 33 (82,5%) enfermeiros. Tivemos um índice de 36 (90,0%) enfermeiros em relação à questão que se refere a “uma bolha no calcâneo não deve ser motivo de preocupação”. Em duas questões que se referiam ao estágio II e uma ao estágio III, o índice de acertos foi muito baixo, isto é, menor de 65,0% demonstrando deficiências de conhecimento dos enfermeiros neste aspecto.

No estudo Fernandes (2006), foi evidenciado que, na maioria das questões na categoria de estadiamento, os enfermeiros atingiram índice de acerto de 100,0%, mais

especificamente nas questões relacionadas aos estágios III e IV. Entretanto, observou-se também que os enfermeiros apresentaram as mesmas dificuldades referentes à deficiência de conhecimento ao estágio II e III da úlcera por pressão, com índice de erros de 71,4% e 29,0% respectivamente.

De acordo com os resultados do estudo de Rangel (2004), com relação ao estadiamento da úlcera, 18 (72,0%) enfermeiros não sabiam que as úlceras de estágio II podem ser extremamente doloridas pelas exposições das terminações nervosas e que 14 (58,3%) não souberam identificar de forma correta a úlcera no estágio II e 12 (48,0%) e erraram a questão referente à descrição das características anatômicas da úlcera por pressão em estágio III.

Para que o enfermeiro possa tomar decisões acerca das ações preventivas para o desenvolvimento de lesões, torna-se extremamente necessário conhecer a classificação das lesões quanto ao estadiamento, pois, para cada estágio identificado, o enfermeiro deverá prescrever sua conduta, seja ela na intensificação dos cuidados preventivos ou opção pela terapêutica.

A Tabela 04, a seguir, evidencia as 33 variáveis relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros quanto às medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes críticos de CTI/UTI.

Tabela 04 – Distribuição dos índices de conhecimento (acertos/erros/não sei) dos enfermeiros nas questões relacionadas às medidas de prevenção da úlcera por pressão. João Pessoa - PB, 2008.

Prevenção	Acertos		Erros		Não sei	
	nº	%	nº	%	nº	%
07 Todos os indivíduos devem ser avaliados na admissão no hospital quanto ao risco para desenvolver úlcera por pressão. (V)	40	100,0	00	00,0	00	00
12 Uma escala com horários de mudança de decúbito deveria ser escrita para cada paciente. (V)	40	100,0	00	00,0	00	00
24 A mobilização e a transferência de pacientes totalmente dependentes devem ser feitas por duas ou mais pessoas. (V)	40	100,0	00	00,0	00	00
26 Todo paciente admitido em centro de terapia intensiva deve ser submetido à avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. (V)	40	100,0	00	00,0	00	00
28 As proeminências ósseas podem ficar em contato direto uma com a outra. (F)	40	100,0	00	00,0	00	00
40 Programas educacionais podem reduzir a incidência de úlcera por pressão. (V)	40	100,0	00	00,0	00	00
27 Pacientes e familiares devem ser orientados quanto à causa e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. (V)	39	97,5	01	2,5	00	00
37 A fricção pode ocorrer ao movimentar a pessoa para cima da cama. (V)	39	97,5	00	00,0	01	2,5
39 Para as pessoas que têm incontinência, a limpeza da pele deve ocorrer no momento que se sujar e nos intervalos de rotina. (V)	39	97,5	00	00,0	01	2,5
21 A pele deve permanecer limpa e seca. (V)	38	95,0	02	5,0	00	00
22 Medidas de prevenção não necessitam ser usadas para prevenir novas lesões, quando o paciente já possui úlcera por pressão. (F)	38	95,0	02	5,0	00	00
25 A reabilitação deve ser instituída, se o estado geral do paciente permitir. (V)	38	95,0	02	5,0	00	00

Prevenção	Acertos		Erros		Não sei	
	nº	%	nº	%	nº	%
29 Toda pessoa avaliada como em risco para desenvolver úlcera por pressão deveria ser colocada em colchão redutor de pressão (Ex.: colchão-d'água, colchão-caixa-de-ovo, etc). (V)	38	95,0	02	5,0	00	00
35 Todo cuidado administrado para prevenir ou tratar úlcera por pressão não precisa ser documentado. (F)	38	95,0	02	5,0	00	0,0
41 Pacientes hospitalizados precisam ser avaliados quanto ao risco para úlcera por pressão uma única vez. (F)	37	92,5	03	7,5	00	0,0
23 Lençol móvel ou forro deve ser utilizado para transferir ou movimentar pacientes. (V)	36	90,0	02	5,0	02	5,0
30 A pele macerada pela umidade danifica-se mais facilmente. (V)	35	87,5	03	7,5	02	5,0
10 Uma ingestão dietética adequada de proteínas e de calorias deve ser mantida durante a doença. (V)	34	85,0	04	10,0	02	5,0
19 As pessoas que permanecem na cadeira devem ter uma almofada para proteção. (V)	33	82,5	03	7,5	04	10,0
34 Uma boa maneira de diminuir a pressão nos calcâneos é elevá-los do leito. (V)	33	82,5	05	12,5	02	5,0
08 Amido de milho, cremes e curativos transparentes e hidrocolóides não protegem contra os efeitos da fricção. (F)	29	72,5	10	25,0	01	2,5
15 Na posição lateral, o cliente deve ficar em um ângulo de 30 graus com a cama. (V)	27	67,5	04	10,0	09	22,5
36 Cisalhamento é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície e o corpo desliza. (V)	26	65,0	01	2,5	13	32,5
03 Todos os indivíduos de risco para úlcera por pressão devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por semana. (F)	25	62,5	14	35,0	01	2,5
04 Água quente e sabonete podem ressecar a pele e aumentar o risco para úlcera por pressão. (V)	23	57,5	13	32,5	04	10,0
05 É importante massagear as proeminências ósseas, se estiverem hiperemiadas. (F)	20	50,0	19	47,5	01	2,5

Prevenção	Acertos		Erros		Não sei	
	nº	%	nº	%	nº	%
16 A cabeceira da cama deve ser mantida em um baixo grau de elevação (de preferência, não maior que um ângulo de trinta graus) consciente com as condições médicas. (V)	20	50,0	17	42,5	03	7,5
18 As pessoas que podem aprender devem ser orientadas a mudar seu peso a cada quinze minutos enquanto sentada na cadeira. (V)	19	47,5	10	25,0	11	27,5
13 Protetores de calcâneos, como luvas d'água, aliviam a pressão dos calcâneos. (F)	16	40,0	23	57,5	01	2,5
02 São fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão: mobilidade , incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível da consciência. (F)	11	27,5	29	72,5	00	0,0
11 As pessoas que só ficam no leito devem ser reposicionadas a cada três horas. (F)	11	27,5	29	72,5	00	0,0
14 Rodas-d'água ou almofadas tipo argola auxiliam na prevenção de úlcera por pressão. (F)	10	25,0	28	70,0	02	5,0
17 Uma pessoa que não pode se movimentar deve ser reposicionada, enquanto sentada na cadeira a cada duas horas. (F)	10	25,0	25	62,5	05	12,5

Fonte: Pesquisa, 2008.

Vale salientar que das 33 questões referentes à prevenção da úlcera por pressão, apresentadas na Tabela 04, percebe-se que o índice de acertos de enfermeiros por questão variou entre 25,0% a 100,0%.

Observa-se na referida tabela que apenas seis questões referentes à prevenção da úlcera por pressão obtiveram acertos na sua totalidade, isto é, todos os enfermeiros responderam corretamente à questão. Esses questionamentos dizem respeito à avaliação na admissão no hospital quanto ao risco de desenvolver UP, horário das mudanças de decúbito individualizadas para cada paciente, mobilização e transferência realizada por

duas ou mais pessoas, evitar contato das proeminências ósseas, importância de programas educacionais na redução da incidência da UP.

Dessa forma, destacamos também que tivemos um índice de acerto em apenas três questões com respostas certas, totalizando 39 (97,5%) respondidas pelos enfermeiros, considerando esse índice baixíssimo comparado ao estudo de Fernandes (2006) que foi de 48,5%; já no estudo de Rangel (2004), apenas em seis questões houve acerto de 100,0%. Outras três questões obtiveram índices de acertos de 97,5% para as variáveis relativas às orientações aos pacientes e familiares quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento da UP em que a movimentação pode ocasionar fricção.

Obtivemos cinco questões com respostas corretas, apresentando índice de 38 (95,0%) enfermeiros, o qual diz respeito as seguintes afirmativas: condutas preventivas para UP como a higiene da pele, a reabilitação do paciente, o uso de colchões redutores de pressão e necessidade do registro dos cuidados preventivos.

Observa-se que 29 (72,5%) enfermeiros concordaram com a afirmação da questão dois: “são fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão: **mobilidade**, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível da consciência”, porém essa questão é falsa; apenas 11 (27,5%) enfermeiros identificaram como incorreta, não atentando que, ao invés da palavra “mobilidade”, deveria estar a palavra **imobilidade**. Este fato demonstrou um grau significativo de desconhecimento acerca de um fator que contribui significativamente para o desenvolvimento da UP.

Um dado que chamou atenção diz respeito ao número de questões que tiveram um índice de acertos abaixo de 67,5%. Essas questões se refere ao posicionamento adequado do paciente, aos fatores de risco para desenvolvimento da UP e medidas preventivas como massagem e protetores. Teceremos comentários acerca de algumas questões.

Outra questão que merece ser analisada diz respeito aos protetores de calcâneo como luva-d'água como medida de alívio à pressão dos calcâneos. Os dados revelaram que apenas 16 (40,0%) enfermeiros responderam corretamente à questão em foco, isto é, essa medida não é recomendada conforme justifica Knobel (2006), pois prejudica a

circulação e drenagem linfática, favorecendo a formação da UP. Ainda revela o autor que a pele de carneiro natural ou sintética (não redistribui a pressão); equipamentos em formato de coroa, tais como rodas em espuma, água, e gel ou silicone, esses favorecem a UP.

Quanto à questão 17 “reposicionamento de uma pessoa que não pode se movimentar enquanto sentada na cadeira de rodas a cada duas horas”, foi considerada correta por 25 (62,5%) enfermeiros, evidenciando desconhecimento em relação ao tempo ideal para alívio das áreas de pressão. Somado àqueles que afirmaram não saber responder a questão 05 (12,5%), esse índice alcança os 75,0%. Esse desconhecimento é reforçado quando, na questão 18 (52,5%), afirmaram ser falsa a seguinte afirmativa “as pessoas que podem aprender devem ser orientadas a mudar seu peso a cada quinze minutos, enquanto sentadas na cadeira de rodas”.

Para o posicionamento no leito, em poltrona ou cadeira de rodas, devem ser considerados: o alinhamento postural, a redução da pressão sobre áreas vulneráveis, o equilíbrio e a estabilidade. Se o decúbito lateral é parte do plano de cuidados e condizente com as condições clínicas, deve-se manter a cabeceira da cama elevada até trinta graus, evitando a pressão direta sobre o trocanter. Em ângulos maiores que trinta graus, o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando atrito e cisalhamento. A permanência em poltrona não deve exceder duas horas durante as quais se devem alternar os pontos de pressão pelo menos a cada uma hora (D'ARCO et al., 2006).

É importante registrar que 29 (72,5%) enfermeiros concordaram com a afirmação errada de que “as pessoas que só ficam no leito devem ser reposicionadas a cada três horas”, sendo essa respondida corretamente por 11 (27,5%) enfermeiros. Diversos autores afirmam que a maior eficácia no alívio de áreas de pressão ocorre quando a mudança é realizada a cada duas horas (D'ARCO, 2006; RANGEL, 2004; FELLIPA et al., 2006; FERNANDES, 2006).

Costa (2003) relata em seu estudo a importância da equipe de enfermagem na aplicação de estratégias de prevenção rotineira e sistematizada dos pacientes com tais comprometimentos, auxiliando-os na mudança de posição, colocando superfícies de

suporte para redução da pressão e estabelecendo horários padronizados de mudanças de posição.

De acordo com o estudo de Fellippa et al. (2006), foram analisados dois grupos de pacientes hemiplégicos, cujas estratégias para evitar o colapso cutâneo são o posicionamento apropriado do paciente no leito ou em uma cadeira e assistência regular para possibilitar que o paciente mude de posição periodicamente a cada duas horas, evidenciado a importância do trabalho em equipe, com intervenção fisioterapêutica, visando à melhora dos cuidados intensivos aos pacientes.

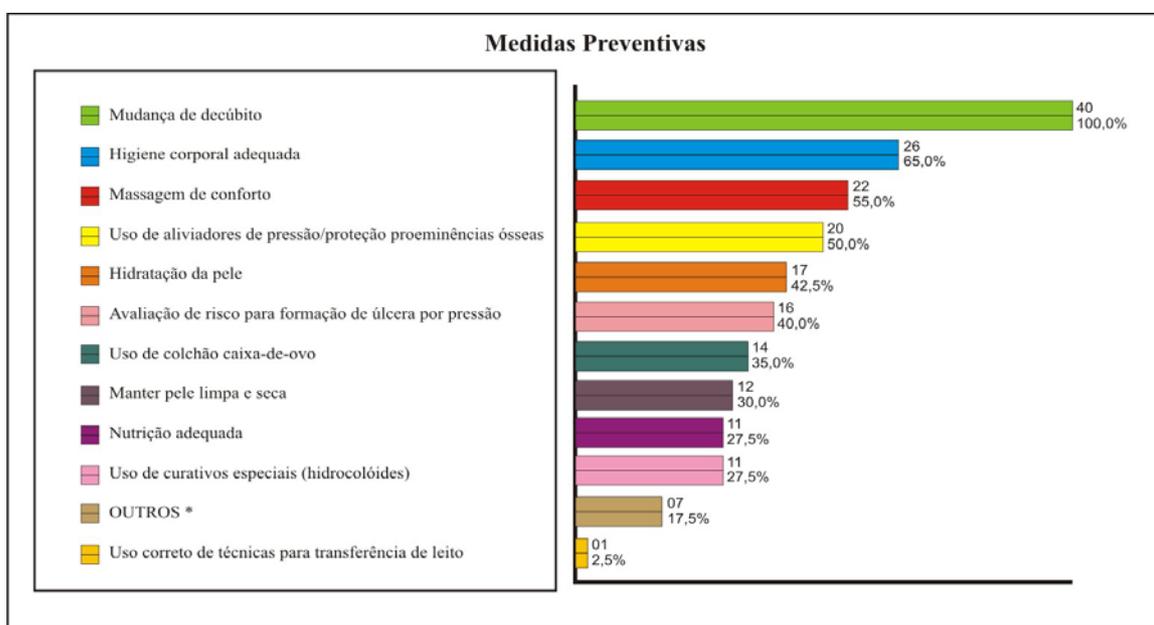
Para Rocha et al. (2006), o panorama atual, preocupante no que concerne às úlceras por pressão, só poderá ser alterado se houver um maior investimento nas medidas de prevenção e no tratamento precoce. A elaboração e aplicação de protocolos de avaliação do risco em desenvolver úlcera por pressão e de protocolos de atuação terapêutica irão permitir uma melhoria da sobrevivência, da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores, permitindo otimizar os cuidados e racionalizar os custos.

Considerando um índice de 35 (87,5%) enfermeiros, estes afirmaram que a pele macerada pela umidade danifica-se mais facilmente, e tivemos um índice de 26 (65%) enfermeiros que concordaram que o cisalhamento é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície, e o corpo desliza. Esse cuidado foi descrito por D'arco et al. (2006) como o principal fator relacionado, e a incontinência urinária é que leva à umidade persistente da pele que eleva o risco de maceração, fricção e forças de cisalhamento. O aspecto fundamental da assistência de enfermagem é o manejo efetivo da incontinência, para a manutenção da integridade da pele, da dignidade e do conforto pessoal. O controle deve ser individualizado e não deve ser realizado em intervalos de rotina preestabelecidos.

Vale destacar que os quarenta enfermeiros de Terapia Intensiva que participaram dessa pesquisa responderam às duas questões abertas referentes à conduta para prevenção da UP que compõem o instrumento (APÊNDICE C). A primeira questão diz respeito ao seguinte questionamento: quais as medidas utilizadas, na sua prática profissional, na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos no CTI/UTI? e a

segunda questão indaga se existem fatores que dificultam a implementação das medidas preventivas para úlcera por pressão em CTI/UTI.

É importante registrar que, após a coleta de dados, a pesquisadora transcreveu todas as respostas da **primeira** pergunta, concentrando com esse resultado a valorização do conteúdo escrito pelas enfermeiras de Terapia Intensiva no que se refere à sua prática profissional na prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos. A fim de atender esse objetivo, realizamos um agrupamento das respostas dadas pelos enfermeiros, quanto às medidas utilizadas na prevenção da úlcera por pressão em pacientes no CTI/UTI, conforme descritas na ilustração 14 a seguir.



Fonte: Pesquisa, 2008.

* Refere-se a respostas incoerentes.

Ilustração 14 – Distribuição das respostas dos enfermeiros referente à questão das medidas utilizadas na prática profissional para prevenção de úlcera por pressão em pacientes críticos internos em CTI/UTI. João Pessoa - PB, 2008.

A seguir, realizaremos a análise dos dados não a partir das variáveis descritas por ordem da ilustração 14, mas descrevendo as variáveis relacionadas à mobilidade, avaliação dos riscos, cuidados com pele e outros.

Prosseguindo com as análises da pesquisa, a medida mais utilizada para a prevenção da UP pelos enfermeiros foi a mudança de decúbito com índice significativamente alto, 40 (100,0%) dos enfermeiros. Essa medida constitui o cuidado mais freqüentemente utilizado na prática assistencial dos enfermeiros, ratificando os resultados no presente estudo.

Vale destacar que dos enfermeiros que citaram a mudança de decúbito, apenas 12 (30,0%) afirmaram que esse procedimento deveria acontecer a cada duas horas e 04 (10,0%) referiram que essa conduta deveria ser realizada de três em três horas, e os demais não especificaram o tempo.

O tempo deve ser especificado quando o enfermeiro prescreve o cuidado, pois quanto maior for o intervalo entre as posições adotadas, maior será a pressão exercida, conseqüentemente aumentando o risco para o desenvolvimento da UP. A literatura aponta que o tempo ideal para a prevenção de UP através da mudança de decúbito deve ser a cada duas horas conforme já mencionado anteriormente por diversos autores.

D'arco et al. (2006, p. 2496) destaca que

A mudança de decúbito deve fazer parte das intervenções para alívio de pressão persistente sobre as áreas mais vulneráveis e deve ser realizada mesmo nos pacientes em uso de equipamentos de redistribuição de pressão. Sua freqüência deve ser estabelecida de acordo com os resultados da avaliação do enfermeiro, necessidade indivíduos de conforto, estado geral do paciente e interferência com o plano de cuidados global (ex: fisioterapia, alimentação, higiene, etc.).

Carvalho et al. (2007) revelam que, em seu estudo, de modo semelhante a outros estudos, encontraram a mudança de decúbito como uma das medidas preventivas das UP mais citadas com 24,3%, validando que o recurso da mudança de decúbito é o mais conhecido para alívio das áreas de pressão nos tecidos e melhora da circulação local.

Quanto à avaliação de risco para formação de úlcera por pressão, foi a medida preventiva mais citada por 16 (40,0%) enfermeiros. As afirmativas a seguir revelam a expressão ou forma como os enfermeiros responderam a questão: **“Avaliação de risco**

para formação de úlcera de pressão na admissão”, “Avaliação da pele na admissão e como rotina”, “Avaliação do risco periódico”, “Avaliação diária das condições da pele” e “Inspeção sistemática da pele”. Os dados revelam um fato até certo ponto de grande preocupação para a assistência de enfermagem de qualidade, quando um número significativo de enfermeiros 24 (60,0%) não apontou a avaliação de risco como medida utilizada na sua prática profissional, demonstrando lacunas na assistência prestada a pacientes no CTI ou prescritas pelos enfermeiros para os quais as medidas utilizadas não são escolhidas a partir de uma avaliação que identifique as reais necessidades do paciente. A avaliação é um instrumento de trabalho que o enfermeiro deve utilizar a cada plantão, investigando sistematicamente todas as áreas do corpo do cliente, especialmente as de maior risco. O olhar clínico do enfermeiro permitirá decisões clínicas importantes para as implementações que previnam o desenvolvimento da UP.

D’arco et al. (2006) escrevem que, desde o momento da admissão, o enfermeiro deve ter em mente que as condições clínicas de um paciente podem sofrer grandes variações e, portanto, a avaliação do risco deve ser rotineira e sistemática. É conveniente ressaltar que todas as escalas de avaliação de risco são consideradas importantes instrumentos de apoio, mas não substituem o julgamento clínico do enfermeiro. Relata os mesmos autores que a decisão sobre quais equipamentos e materiais utilizar deve ser baseada no julgamento clínico do enfermeiro, após uma avaliação global do paciente e não somente nos escores obtidos por meio de uma escala de avaliação de risco.

Sendo assim, a deficiência ou a não-avaliação dos enfermeiros aos pacientes internos mostra a falta de compromisso dos profissionais em adotar estratégias que minimizem ou eliminem os riscos de pessoas vulneráveis a desenvolverem lesões em decorrência da imobilidade física a que estão sujeitas. Torna-se, portanto necessário conscientizar os enfermeiros intensivistas a adotarem sistematicamente o processo avaliativo como elemento básico para sua prática profissional.

A avaliação sistemática do paciente, seja ela em relação aos fatores intrínsecos ou extrínsecos que contribuem para os riscos de desenvolver lesões somadas à avaliação física através da inspeção do corpo do paciente, faz parte do levantamento de dados para subsidiar o raciocínio clínico, culminando os diagnósticos de enfermagem e esses, para

determinarem as ações mais adequadas. Desta forma, o processo de enfermagem fornece do enfermeiro intensivista elementos para o acompanhamento, evolução dos problemas identificados, e os registros dessas informações constituem instrumento de comunicação na equipe.

A falta de registro pode ser indicativa de uma educação insuficiente durante a formação profissional ou falha nos programas de educação permanente para atender o “déficit” de conhecimento existente. A assistência ao paciente deve ser sistematizada com base em conceitos teóricos, científicos e práticos. Um registro adequado demonstra que o profissional tem conhecimentos e domínio sobre o que está fazendo, e isso irá auxiliar o pesquisador ou outros profissionais que poderão utilizar o prontuário para obter informações (NOGUEIRA, 2005).

Assim, Rabeh (2007) ressalta que a Enfermagem é responsável pelo registro das atividades realizadas na assistência clínica. Sendo assim, a falta do registro das características da UP mostra o não-cumprimento pelos profissionais de enfermagem das normas legais e éticas vigentes.

Nesse sentido, D’arco et al. (2006) informam que o registro em prontuário deve ser completo e disponibilizado a toda a equipe, de forma a assegurar a continuidade do cuidado, fornecer subsídios para o plano assistencial e implementar as medidas de prevenção.

A comunicação escrita na Enfermagem tem demonstrado ser cada vez mais de importância crucial na continuidade do cuidado prestado ao paciente, objetivando uma melhor qualidade na assistência executada pelos profissionais de enfermagem (CARVALHO, 2005). Desta forma, o registro da avaliação diária em busca de indícios da presença de lesões levará o enfermeiro a adotar medidas que possam prevenir ou minimizar os riscos no desenvolvimento das úlceras por pressão.

Outras medidas citadas pelos enfermeiros dizem respeito aos cuidados com a pele: a higiene corporal foi apontada por 26 (65,0%) dos enfermeiros; a hidratação com a pele por 17 (42,5%); manter a pele limpa e seca, por 12 (30,0%). Todas as demais ações citadas tiveram índices inferiores: 17,5%. A realização da massagem de conforto

foi apontada por 22 (55,0%) dos enfermeiros. Vale destacar, dentre esses, 01 (2,5%) enfermeiro que referiu realizar a massagem nas proeminências ósseas, medida considerada contra-indicada pelos especialistas na área, porque pode provocar o rompimento da pele através do atrito e fricção.

Destacaremos como medidas de prevenção para a UP descritas pelos enfermeiros, a utilização do colchão especial (caixa-de-ovo, ar, água) que foi apontada por 14 (35,0%) enfermeiros; a utilização do uso de aliviadores de pressão (coxins, almofadas) foi relacionada por 20 enfermeiros (50,0%).

Podemos descrever também que 11 (27,5%) enfermeiros destacaram a nutrição adequada e o uso de curativos especiais (hidrocolóides); foram apontadas por 07 (17,5%) enfermeiros as respostas incoerentes, citadas sem destaque; apenas 01 (2,5%) enfermeiro refere, como medida, o uso correto de técnicas para transferência de leito.

A relação entre estado nutricional e UP é complexa. Na vigência de risco nutricional, o acompanhamento por uma nutricionista é recomendado, pois, muitas vezes, pode ser necessária uma terapia nutricional mais agressiva com introdução de dieta enteral e/ou parenteral (D'ARCO et al., 2006; SERPA, 2006). A participação do enfermeiro em relação à nutrição está associado à supervisão da aceitação da dieta, orientação quanto à sua importância, dependendo do estado do paciente e do nível de consciência, sendo esse procedimento registrado em prontuário.

Em relação ao uso correto de técnicas para transferência de leito, o mesmo autor revela que, ao movimentar pacientes acamados, a utilização adequada de aparelhos elevadores, como o trapézio e as pranchas de transferência, reduz o risco de fricção e cisalhamento. Os lençóis devem ser mantidos sem rugas, pregas ou resíduos alimentares, e nada deve ser esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.

Nesse enfoque, Camargo (2006) revela que, dentre as condutas recomendadas para a prevenção da úlcera por pressão, adotadas pela equipe de enfermagem e documentadas no prontuário, prevaleceu a mudança de decúbito, a dieta e hidratação, com 83,0% cada uma, seguida do uso de colchão especial (de ar, água/ar caixa-de-ovo),

com 51,1%, uso da placa de hidrocolóide (44,7%), inspeção da pele (40,4%), hidratação da pele (27,7%), e elevação dos calcâneos (14,7%).

Maciel (2008, p. 34) relata que “[...] o fisioterapeuta é outro profissional que deve contribuir na prevenção e tratamento das úlceras por pressão, por meio da fisioterapia motora e posicionamento adequado de pacientes acamados“. Também enfatiza que esse profissional auxilia na reabilitação de pacientes. Dessa forma, é necessário orientar os familiares sobre os cuidados com a lesão, assim como a prevenção de complicações e o surgimento de novas úlceras.

Nesse ínterim, Rabeh (2007, p. 51) revela que

ocorrência da úlcera por pressão interfere nas condições físicas, psicológicas e sociais, causando impacto negativo na qualidade de vida do paciente. A presença da UP muitas vezes ocasiona a interrupção ou atraso no processo de reabilitação e reintegração social do paciente.

De acordo com os resultados até o momento apresentado nesse estudo observamos um número muito baixo: apenas 02 (5,0%) enfermeiros deram ênfase à questão relacionada à orientação educacional no paciente e familiar e na educação continuada dos profissionais que atuam em Terapia Intensiva como medida utilizada para a prevenção das úlceras por pressão em CTI/UTI. Nesse enfoque, Rangel (2004, p. 32) relata que “[...] a educação para a prevenção da úlcera deve ser feita por programas educacionais que devem ser estruturados, organizados, amplos, direcionados a profissionais da saúde, cuidadores, pacientes e familiares”.

Maciel (2008, p. 72), em seu estudo,

Recomenda a formação de uma equipe multidisciplinar para estabelecer medidas de prevenção e tratamento de feridas; monitorização dos índices de lesões cutâneas; utilização de instrumentos de avaliação de risco de úlceras por pressão, assim como a efetivação de programas de educação permanente nessa área. [...] Ainda destaca que essa indefinição de responsabilidades, associada a ausência de sistematização da assistência e de protocolos, acarreta condutas técnicas não padronizadas para atender a um agravo apresentado por um expressivo (48,9%) percentual de pacientes.

Assim, podemos dizer que as instituições devem proporcionar uma educação continuada voltada aos profissionais de enfermagem e equipe multiprofissional, enfocando a importância do conhecimento científico, desenvolvendo e atualizando-se em prevenção da UP, desempenhando, na sua prática profissional, uma assistência de qualidade, sendo que as medidas preventivas devem ser registradas em prontuários para que os enfermeiros possam dar continuidade ao que foi implementado individualmente para cada paciente, como também desempenhando esse papel junto aos familiares dos pacientes, pois darão continuidade a essa assistência após a alta do CTI e hospitalar.

A atuação dos enfermeiros na procura de conhecimento científico relacionado à úlcera por pressão deverá ser uma condição na tomada de decisão e aplicação de práticas atualizadas fundamentada cientificamente na literatura. É importante ressaltar que o enfermeiro deve adquirir conhecimento, habilidades, utilizando a pesquisa como um dos meios de informação, cabendo a instituição o compromisso de fornecer suporte/subsídios, facilitando essa atualização de modo a promover a melhoria da qualidade de assistência aos pacientes críticos de terapia intensiva que apresentam UP através da divulgação de estratégias de prevenção e de formas de tratamento.

Nesse ínterim, Fernandes (2006) destaca que a instituição deveria dar maior importância a programas educacionais para os profissionais atuantes em busca da adoção de inovações que tenham como objetivo um cuidado de qualidade, priorizando ações apropriadas à prevenção como elemento primordial da proteção e segurança do paciente durante a hospitalização. Para Giglio (2007), a prevenção das úlceras por pressão deve ser feita por meio de programas educacionais estruturados, organizados, amplos, direcionados além dos profissionais de saúde, a cuidadores, pacientes e familiares.

Compartilhando ainda com essa questão, Morais et al. (2008) relatam que o acesso dos profissionais a recursos materiais adequados, a treinamentos específicos e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são fatores indispensáveis para que possam ser viabilizadas as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes.

Cada instituição deve ter equipe especializada nos cuidados da pele para aprimorar o conhecimento e assessorar os profissionais sobre as práticas mais adequadas, assim como para educar os pacientes e os cuidadores para a continuidade do cuidado no domicílio. Cada episódio deve ser considerado uma experiência de aprendizagem, onde os fatores sistêmicos que contribuem para a ocorrência podem ser identificados a fim de serem corrigidos (RABEH, 2007). Destaca também que o enfermeiro deve dispor da estratégia legal e ética da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de modo a individualizar o cuidado e alcançar melhores resultados para atendimento dos pacientes, em parceria com os outros membros da equipe multidisciplinar.

Costa (2003), a respeito desses programas, afirma que devem fornecer informações relativa a etiologia e fatores de riscos para UP, instrumentos de avaliação de risco para a sua aplicação, avaliação da pele, desenvolvimento e implementação de programas individualizados de cuidados com a pele, demonstração do posicionamento para diminuir o risco de perda da integridade dos tecidos e a documentação correta dos dados pertinentes. Ainda descreve o autor que o desafio atual é tornar essas diretrizes conhecidas e implementá-las na prática cotidiana dos serviços.

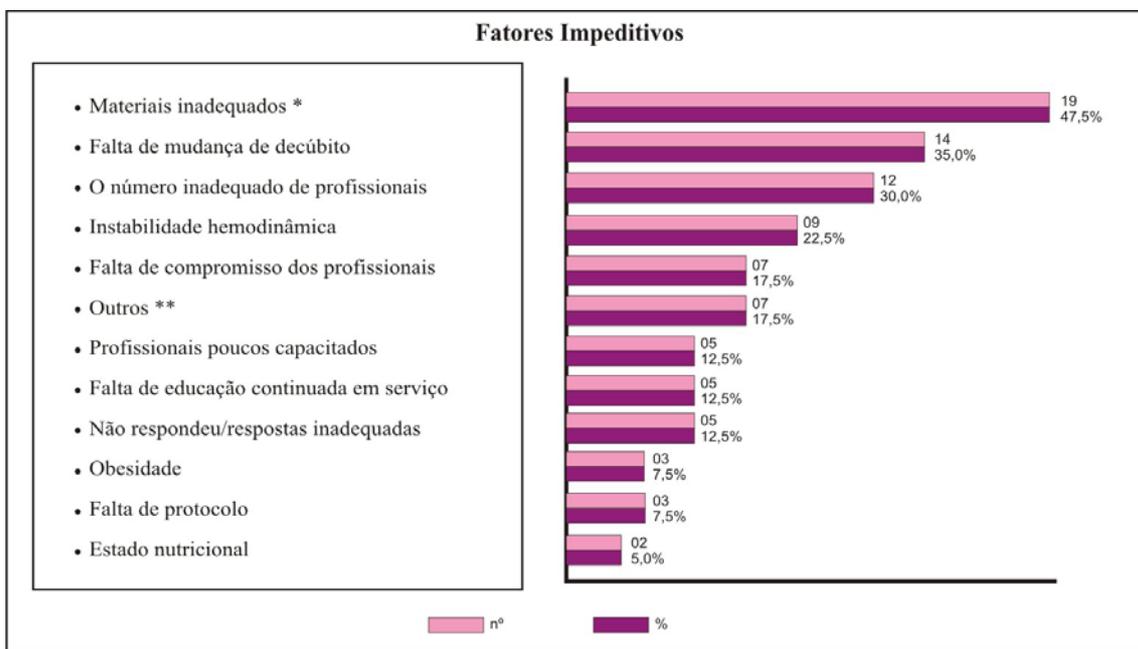
Conforme o estudo de Correia (2003), as úlceras são um agravante no quadro de pacientes portadores de seqüelas de lesões medulares e lesões cerebrais incapacitantes, as quais promovem restrição ao leito e incapacidade na realização da troca de decúbito, que é o principal fator predisponente ao desenvolvimento da úlcera por pressão.

No estudo de Souza (2005), a avaliação do risco é fundamental para o estabelecimento de protocolos de prevenção, diagnóstico dos sujeitos com úlcera por pressão, por intermédio de incidência, através de implementação e avaliação de programas. Para esse mesmo autor, tornou-se evidente a inexistência ou o pouco conhecimento dos profissionais (enfermeiros). Sobre a necessidade da avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão (na admissão), nenhum participante desse estudo referiu sobre as escalas Braden, Norton, entre outras.

É importante relatar que, no estudo realizado por Costa (2003), não foi encontrada associação entre o tipo de colchão utilizado com a ausência de úlcera por

pressão. Destaca ainda a necessidade do uso de outras medidas preventivas mesmo quando o paciente está com uso de colchão especial. Ainda revela o autor que o uso da escala de avaliação de risco só é útil se fizer parte de um programa completo de prevenção baseado no risco e que simplesmente usar o instrumento sem o conhecimento, habilidades, tempo e recursos necessários para a prevenção não irá causar o impacto necessário e esperado.

É importante registrar que, após a coleta de dados, a pesquisadora transcreveu todas as respostas à **segunda** pergunta, concentrando com esse resultado a valorização do conteúdo escrito pelas enfermeiras de Terapia Intensiva no que se refere à questão se existe fatores que dificultam a implementação das medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes no CTI/UTI, descritas no gráfico a seguir. Atendendo esse objetivo, realizamos um agrupamento das respostas descritas pelos enfermeiros, conforme descritas na Ilustração 15 a seguir.



Fonte: Pesquisa, 2008.

* Como colchões, ausência de creme, curativos que os hospitais nos oferece.

** POI de cirurgia cardíaca e neurocirurgia, diálise e hemodialise, drenagem de tórax, e agitação psicomotora.

Ilustração 15 – Distribuição das respostas dos enfermeiros referente à questão se existe fator que dificultam a implementação das medidas preventivas para úlcera por pressão em CTI/UTI. João Pessoa - PB, 2008.

Quando questionados acerca da existência de fatores que dificultam a implementação das medidas preventivas para UP na sua prática assistencial, observamos, através dos relatos dos enfermeiros, a identificação de vários fatores, aqueles inerentes ao serviço, os inerentes aos próprios pacientes e os relativos aos profissionais.

A análise será realizada, considerando esses três aspectos: o primeiro problema, relativo ao serviço, a escassez de material para a implementação de ações preventivas, como **“o uso de soluções (Dersani ®, hidratantes), curativos bio-oclusivos e hidrocolóides, colchões adequados, lençóis e coxins”**. Esses aspectos foram os mais citados pelos 19 enfermeiros com (47,5%); o segundo problema citado, como podemos observar através do gráfico 06, foi à mudança de decúbito, realmente um fator primordial apontado pelos enfermeiros que atuam em Centro de Terapia Intensiva, descrito com baixo índice de 14 (35,0%); o terceiro elemento de destaque foi à referência ao déficit de profissional técnico com 12 (30,0%) dos enfermeiros. O quantitativo de técnico de enfermagem dificulta as ações preventivas necessárias para a UP. Entretanto, quando relacionamos o número de leitos de cada hospital investigado com o número de profissionais de enfermagem, podemos verificar que essa relação possivelmente não contribui para dificultar os cuidados de enfermagem que previnam os riscos de desenvolvimento de lesões. Essa relação é em média de um técnico para cada dois pacientes, e um enfermeiro para cada cinco leitos.

Apontaram também, a ausência de uma política institucional de “educação continuada” (hoje, o termo usado é educação permanente). Esse aspecto demonstra a consciência dos 05 (12,5%) enfermeiros da importância de atualizações acerca da temática em foco. Como a pergunta diz respeito aos fatores limitantes, entende-se que possivelmente a falta de conhecimentos das ações pode ser um fator determinante para que cuidados preventivos sejam negligenciados pela equipe de enfermagem.

Interessante destacar, no estudo de Giglio et al. (2007), que o que dificulta a implementação das medidas preventivas para úlcera por pressão é a contemplação dos vários fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão, como fatores relacionados à estrutura da instituição de saúde, dentre eles está a falta de condições

para a implementação e manutenção de medidas preventivas, bem como o número insuficiente de profissionais e o preparo desses para realizar o cuidado.

Fernandes (2006), em seu estudo, relata que, após a intervenção educativa, foram observadas mudanças com relação ao comportamento dos profissionais de enfermagem para a prevenção de úlceras por pressão. A higienização, hidratação e observação de proeminências ósseas em membros superiores, membros inferiores e troncos anterior e posterior, elevação da cabeceira do leito em trinta graus ou menos, identificação da úlcera por pressão e solicitação do enfermeiro para avaliação das lesões, foram realizadas com maior frequências. Porém, destaca também que a intervenção educativa não influenciou a taxa de incidência de úlceras por pressão, podendo esta ser considerada alta, se comparada com a apresentada pela literatura.

Faria (2008) destaca que é imprescindível afirmar que a capacitação, a participação em programas educacionais, como cursos, congressos, o desenvolvimento de protocolos, seja extremamente necessária para a atualização desses profissionais e que a pesquisa seja, de alguma forma, incorporada à prática.

A adoção pelo serviço de protocolo para guiar como o enfermeiro deve conduzir e decidir pelos cuidados preventivos para a UP facilitaria a implementação dessas ações. A sua falta foi apontada por 03 (7,5%) dos enfermeiros.

No estudo de Souza (2005), a avaliação do risco é fundamental para o estabelecimento de protocolos de prevenção, diagnóstico dos sujeitos com úlcera por pressão, por intermédio de incidência, através de implementação e avaliação de programas.

O reconhecimento dos indivíduos em risco de desenvolver UP não depende da habilidade clínica do profissional, mas também é importante o uso de um instrumento de medida, como uma escala de avaliação que apresente adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade (MENEGON et al., 2007). Nesse ínterim, as mesmas autoras revelam que

Implantação do Protocolo UP significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais. Essa iniciativa liderada pelo enfermeiro representa um esforço institucional que integra várias equipes profissionais. [...] O protocolo UP é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que qualifica o cuidado prestado, com repercussão no indicador de qualidade assistencial de enfermagem através da redução da incidência de UP (MENEGON et al., 2007, p 64).

Outro aspecto de suma importância apontada pelos próprios enfermeiros como elementos limitantes para a prática de ações preventivas foram as condições físicas dos pacientes internos. Entre elas, destacamos a instabilidade hemodinâmica do paciente, com 09 (22,5%); outros 07 (17,5%) apontaram pós-operatórios imediatos de cirurgia cardíaca e neurológica, a diálise peritoneal, hemodiálise, a drenagem de tórax e agitação psicomotora dos pacientes; a obesidade foi elencada por apenas 03 (7,5%) enfermeiros; ainda foi citado o estado nutricional por 02 (5,0%) dos profissionais.

Os números perdem todo o significado nessa análise. O reconhecimento por parte dos enfermeiros constitui um fator positivo para mudanças. Tornam-se necessário e urgente ações educativas para minimizar esses problemas e estabelecer mecanismos participativos e motivador como forma de transformar a prática assistencial para prevenção das UP.

Os aspectos evidenciados pelos enfermeiros como inerentes aos profissionais estão ligadas aos desconhecimentos acerca das medidas preventivas, falta de capacidade do profissional, falta de treinamento da equipe com 12 (30,0%). Esses elementos foram reconhecidos pelos entrevistados como fatores limitantes. As seguintes respostas evidenciam esse fato:

Falta de conhecimento e conscientização de um grande número de profissionais sobre a importância de prevenir esses agravos, além de falta de material adequado para lidar com o problema. (Enfermeiro 37).

Falta de conhecimento e treinamento da equipe. (Enfermeiro 34).

Nesse enfoque, na pesquisa de Costa e Costa (2007, p. 30) foi evidenciado que

A aplicação de conhecimento e informação é um processo que leva a compartilhar os achados utilizando-os na prática e na criação de nossos conceitos entre vários meios de acesso. Somente a persistência e a participação constante na busca pela educação continuada pode tornar os enfermeiros profissionais mais competentes. Enfim, a enfermagem hoje pode realizar revisões periódicas na literatura para a atualização de seus procedimentos, pois tudo isso influi na prática e no desenvolvimento da melhoria na qualidade da assistência.

Nesse mesmo sentido, Faria (2008, p.09) relata em seu estudo que

Contudo, é importante que o acesso às informações científicas e a capacitações sejam reais e o apoio da instituição se faça presente a fim de permitir, além do conhecimento específico, coesão de idéias, crescimento profissional e pessoal do profissional, desenvolvendo um processo assistencial padronizado, obedecendo a normas técnicas-científicas, contribuindo para a redução de ônus e crescimento institucional, além da melhor qualidade de atenção e assistência aos clientes.

Outro dado identificado no estudo foi a revelação de alguns fatores ligados diretamente à responsabilidade do profissional no processo de cuidar. O profissional de enfermagem deve executar ações, protegendo os indivíduos de agravos para a sua saúde. Diante desse fato, torna-se imprescindível apresentar as falas que retratam a falta de compromisso ético de alguns profissionais em não realizar as medidas preventivas para UP, conforme descritas abaixo:

[...] falta de compromisso (desmotivação) do pessoal de enfermagem em particular para cuidar do paciente da melhor maneira possível. (Enfermeiro 29).

Sim, a preguiça de mudar os decúbitos dos pacientes é o principal fator. Os técnicos de enfermagem não querem “pegar peso”, já que a maioria dos pacientes está em anasarca. Por outro lado, não há cobrança dos enfermeiros. (Enfermeiro 24).

Sim, a dificuldade de colaboração da equipe de enfermagem, principalmente. (Enfermeiro 25).

O enfermeiro, enquanto líder da equipe de enfermagem, deve avaliar o paciente quanto aos riscos no desenvolvimento de lesões. Essa avaliação deve culminar em decisões clínicas, e essas, em ações efetivas. E essas ações devem ser prescritas e seguidas rigorosamente. As implementações dos cuidados devem ser acompanhadas pelos mesmos com o objetivo de proceder à avaliação. Desta forma, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de verificar o cumprimento das ações pelos técnicos de enfermagem. O compromisso e a responsabilidade com a saúde devem estar acima das dificuldades que os problemas estruturais impõem.

Ao contrário do que foi descrito, o relato a seguir demonstra que a falta de compromisso profissional do técnico de enfermagem e do enfermeiro pode constituir em fator limitante para o cuidar.

De acordo com o estudo de Schwarts et al. (2007), os pesquisadores se preocuparam em eximir o sentimento de culpa que recai, principalmente, sobre a enfermagem, quanto ao aparecimento da lesão, demonstrando, através das evidências científicas, que o problema vai além do cuidado em enfermagem, de coordenar a assistência. A enfermeira deve desenvolver seu trabalho conjuntamente com a equipe multidisciplinar, em que cada membro colabora com seu conhecimento, atendendo o paciente de forma integral. Dessa forma, causando um impacto na mudança da prática clínica, os profissionais de saúde precisam desenvolver ações colaborativas para a prevenção e cuidado da úlcera por pressão, no sentido de reduzirem essas lesões na vida do paciente, de sua família, assim como para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo.



CAPÍTULO 5

5 REFLEXÕES FINAIS

Inicialmente, são apresentadas as características sócio-demográficas dos quarenta enfermeiros do estudo que atuam em Centro de Terapia Intensiva, no período de janeiro de 2008 a abril de 2008, das quatro instituições hospitalares da cidade de João Pessoa – PB, sendo um público municipal, dois públicos estaduais e um público federal. Dentre esses, apenas um era caracterizado por ser de grande porte, e as outras três instituições são consideradas de médio porte.

Dos quarenta enfermeiros estudados, encontravam-se com idades entre 26 a 50 anos, na sua maioria na faixa etária de 26 a 45 anos; maior predominância foi do sexo feminino 33 (82,5%), com tempo de formado entre 01 a 15 anos e atuação em Terapia Intensiva com tempo inferior a 10 anos.

Em relação à formação profissional, alguns possuem o título de Licenciatura em Enfermagem; a maioria afirmou possuir o título de especialista, porém poucos foram os que o fizeram em Terapia Intensiva, 10 (25,0%), área que fornece um preparo para atuação do enfermeiro na área objeto de estudo.

O menor escore de acerto do instrumento foi de 24 (58,5%), e o maior escore foi de 36 (87,8%). Os escores das questões respondidas erradas foi de 04 (9,8%) para o mínimo e de 16 (39,0%) para o máximo. Podemos ainda identificar que 07 (17,1%) enfermeiros consideraram que não sabiam responder algumas questões em foco em relação às variáveis relativas à avaliação, estadiamento e prevenção da UP. Os

conhecimentos globais dos enfermeiros, atuantes em terapia intensiva, variaram de 58,0% a 87,8% com a totalidade das questões.

No que concerne ao conhecimento dos enfermeiros acerca das medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos em Centro de Terapia Intensiva, foram investigados aspectos referentes à avaliação, estadiamento e prevenção da úlcera por pressão. Os resultados evidenciaram que, nos itens referentes à avaliação, o déficit de conhecimento dos enfermeiros foi em relação à maior fragilidade da pele após a ocorrência do processo cicatricial, isto é, a vulnerabilidade ao desenvolvimento de nova lesão. Destaca-se, também, um número significativo de enfermeiros que afirmaram que as úlceras são feridas estéreis.

O conhecimento errôneo das variáveis em foco demonstra a necessidade desses profissionais buscarem atualizações acerca da avaliação das UP. Para as variáveis relativas ao estadiamento e prevenção, os resultados demonstraram que os enfermeiros evidenciaram maior conhecimento em relação aos itens relativos à prevenção de úlcera por pressão do que os itens de estadiamento. Os índices foram significativamente altos para a prevenção, acima de 85,0% e, para estadiamento, abaixo de 60,0%, confirmando a necessidade de serem planejadas e implementadas ações direcionadas a aspectos especificamente avaliativos das UP.

Vale salientar que o conhecimento científico é de grande importância para a atuação dos enfermeiros em relação às medidas preventivas para UP em Terapia Intensiva, na busca incansável e contínua na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, em sua prática profissional, buscando competência para o desempenho de um papel estratégico e para resultados baseados em rotinas práticas, em evidências, desempenhando com responsabilidade e autonomia, sem implicar a vida profissional e sem agravar o estado clínico do paciente.

Em Terapia Intensiva, a prática profissional deve ser sistematizada, observando o uso de condutas adequadas implantadas para cada paciente individualmente, sendo estabelecida uma rotina diária ao paciente propenso a desenvolver UP ou onde essa já esteja instalada, evitando a piora da mesma na evolução dos estágios, através de medidas preventivas preconizadas na literatura atual, sendo estabelecido um protocolo,

esse documentado em prontuário, para conhecimento dos enfermeiros e equipe multidisciplinar, dando autonomia ao enfermeiro na avaliação, na conduta e no tratamento da UP, se essa lesão apresentar evolução.

Compreendendo que o desenvolvimento da UP em Terapia Intensiva não é só um problema dos enfermeiros, pois seu aparecimento envolve diversos fatores multicausais, como os fatores relacionados à patologia do paciente, a idade, o sexo, fatores físicos e mecânicos, sócio-econômico, difere de cada instituição de saúde, como também do interesse teórico-prático-científico desses profissionais no cuidados específicos referentes à lesão.

Menegon et al (2007) afirmam que as equipes de enfermagem não são apenas meros receptores de informações, mas, sim, agentes ativos e transformadores de sua realidade. Acrescenta ser imperativo que as medidas preventivas sejam sistematizadas e de caráter institucional com envolvimento de toda a equipe de enfermagem.

Quanto à atuação dos enfermeiros no que concerne aos cuidados realizados para a prevenção da UP nos pacientes de risco, verificou-se uma certa discrepância entre os conhecimentos demonstrados nos índices de acertos na prevenção e suas ações reveladas para as atividades práticas realizadas no dia-a-dia. Conhecer as medidas preventivas para UP não constituiu necessariamente a condição para que esses profissionais efetivamente adotassem sistematicamente ações que pudessem minimizar os riscos de desenvolvimento de lesões.

Nesse ínterim, vale salientar que esses profissionais têm um certo conhecimento em relação às medidas preventivas para desenvolvimento de UP em Centro de Terapia Intensiva, mas necessitam de um incentivo através das instituições hospitalares em que atuam como enfermeiros assistenciais, sendo estimuladas através de desenvolvimento de educação permanente, capacitações e a iniciativa ao ingresso em cursos de pós-graduação.

É notório que, para realização de algum procedimento específico em relação à UP, se faz necessário um conhecimento prévio por parte dos enfermeiros, como observamos nessa pesquisa, sendo primordial a motivação para que a ação

desempenhada seja colocada em prática no âmbito da Terapia Intensiva. Melhorar o conhecimento dos enfermeiros atuantes em Terapia Intensiva é fundamental para minimizar os riscos para o desenvolvimento de UP. Desta forma, torna-se imprescindível motivar os enfermeiros a melhorarem seus conhecimentos de avaliação em relação ao estadiamento de úlcera por pressão.

Rabeh (2007) destaca que a intervenção de enfermagem deve avançar os limites da prática ritualística e rotineira de modo a construir um modelo de assistência que privilegie a necessidade real do cliente, enquanto agente participante do seu processo na estratégia legal e ética da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de modo a individualizar o cuidado e alcançar melhores resultados para atendimento dessa população, em parceria com os outros membros da equipe multidisciplinar.

Elementos como a falta de materiais adequados, ausência de uma política institucional de educação permanente e a falta de um protocolo de prevenção da UP foram identificados pelos enfermeiros como fatores impeditivos para a realização de ações sistemáticas para a prevenção da UP. Tentar eliminar ou minimizar esses fatores torna-se um desafio para que os serviços de saúde busquem a qualidade da assistência. As pesquisas servem de guia para monitorar e identificar fragilidades que possam existir na prática assistencial. A importância está em os resultados culminarem com transformações efetivas no serviço de saúde, proporcionando, conseqüentemente, condições físicas e investimentos na qualificação dos seus profissionais como meta de obter melhorias na qualidade da assistência. Não só conhecimento e as condições do serviço, mas, nesse processo, a consciência e a responsabilidade do profissional enfermeiro em realizar medidas preventivas para UP também constitui uma condição *sine qua non* para que a assistência de enfermagem seja efetivamente realizada em detrimento de qualquer fator limitante.

Rangel (2004) destaca que a incorporação na prática irá ocorrer se não houver uma propagação e disseminação dos resultados de pesquisas que poderão gerar novos questionamentos, e adesão por parte dos profissionais que estão no campo prático. Revela a mesma autora que os enfermeiros da prática clínica adquirem conhecimento sobre os resultados de pesquisa pelas publicações, participação em eventos científicos,

programas educacionais e observação de outros profissionais que utilizam procedimento inovadores.

Diante do que já foi exposto, o enfermeiro tem condições de avaliar os riscos e benefícios de um paciente crítico de Terapia Intensiva, no que concerne à úlcera por pressão, referente ao posicionamento no leito, cujo procedimento previne lesões, complicações, fornece conforto, esse movimento é uma técnica prioritária, que deve ser considerada significativa, tendo esse profissional o conhecimento teórico-prático e habilidade para ser aplicado em sua prática diária, tornando um desafio diante do ambiente altamente complexo e tecnológico de uma Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. M. **Medidas preventivas para úlcera de pressão em centro de terapia intensiva: uma revisão da literatura.** 2007. 60 f. (Monografia de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva), ENSINE (Escolas Superiores de Ensino do Norte e Nordeste), João Pessoa - PB, 2007.

BEEKMAN, C. **Pacientes com Lesão Raquimedular. Reabilitação neurológica.** (Termo utilizado no Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, Downey, Calif. Adaptado de Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guidelines – AHCPR Publication). Rockville, Md: US. Department of Health and Human Services; Capítulo 9, 1994.

BERGSTROM, N. et al. **Pressure Ulcers in Adults: Prediction an Prevention.** Clinical Practice Guideline. *Quick reference Guide for Clinicians*, nº 3. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication nº 92-0050, May 1992. Disponível em < www.eerp.usp.br/projetos/ulcera/prevenção.jpg. Acesso em: 23 set 2006.

BLANES, L. et al. Avaliação Clínica e Epidemiológica das Úlceras por Pressão em Pacientes Internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc Med Bras.** n.50; v. 2. p. 182-187, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>.. Acesso em 08 out 2008.

BRADEN, B.; BERGSTROM, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Nursing Reseach.** v. 12, n 1, p. 8-12, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas.** Brasília, Série J. Caderno de Reabilitação em Hanseníase, n. 2, 2002.

BRYANT, R. A, et al. **Acute and chronic wounds: nursing management.** 2 ed. Missouri: Mosby, 2000. Rev. Latino-Am Enfermagem vol. 13 no. 4 Ribeirão Preto July/Aug. 2005.

CARVALHO, C. J. A. **Análise dos Registros de Enfermagem em uma Unidade Cirúrgica de um Hospital Escola.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2005.

CARVALHO, L. S.; FERREIRA, S. C.; SILVA, C. A.; SANTOS, A. C. P. ; REGEBE, C. M. C. **Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão.** Revista Baiana de Saúde Pública. v. 31, n. 1, p. 77-89, jan/jun., 2007.

CAMARGO, S.M.P.L.O. **Estudo combinado do ultra-som pulsado de baixa intensidade e da papaína na cicatrização de úlcera por pressão no atendimento domiciliar.** Ribeirão Preto, 2006, p. 130. Dissertação (Mestrado) - Escola de Engenharia de São Carlos – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311** de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, COFEN, 2007.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva.** 2003, p. 133. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2003.
<http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera.jpg> > Acesso: 02 agosto 2007.

COSTA, F. M. F.; COSTA, S. H. P. **Assistência de enfermagem ao cliente portador de ulcera de pressão: abordando a importância do conhecimento e informação.** Faculdade do Futuro. Rev. Meio Amb. Saúde, 2007; 2(1): 22 – 32. Disponível em: [www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202\(1\)%2022-32.pdf](http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202(1)%2022-32.pdf)
Acesso em 15 jun 2008.

CÔRREA, K. P. **Verificação dos resultados da aplicação do Laser de baixa potência, GaAlAs, 830 nm, em úlcera de pressão de paciente portador de seqüela de traumatismo raquimedular: Estudo de caso.** Universidade Estadual do Oeste do

Paraná – Campus Cascavel, 2003. Disponível em: www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2003/mono/25.pdf Acesso em: 15 jun 2008.

D'ARCO, C. SASSINE, S. N.; COSTA, M. L. M.; SILVA, L. M. G. **Úlcera de Pressão em UTI**. Capítulo 119, p. 2491 - 2501. IN: KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DEALEY, C. **O Tratamento de Pacientes com Feridas Crônicas**. IN: *Cuidando de Feridas*, São Paulo, 1996, p. 100. Disponível em: www.cph.org.br/files/UPP Acesso em: 23 outubro 2007.

FARIA, M. M. P. **Avaliação do conhecimento e práticas dos enfermeiros sobre feridas e curativos: um estudo no Hospital geral de Palmas – Tocantins**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. Palmas – TO, 2008. Disponível em: www.fug.edu.br/adm/site_professor/arq/download/arq_156.doc Acesso em 15 jun 2008.

FELLIPPA, C. S. B.; DECKEN, A. L.; ALVES, D. M. B. **Atuação fisioterapêutica na prevenção de úlceras de decúbito em hemiplégicos**. Universidade Federal de Santa Maria, 2006. Disponível em: www.interfisio.com.br/index.asp?fid=268&ac=1&id=3. Acesso em: 15 jun 2008.

FERNANDES, M. L. **Úlcera de pressão em pacientes hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura**. Ribeirão Preto, 2000, p. 168. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera.jpg> > Acesso: 27 julho 2007.

FERNANDES, M. L. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva**. Ribeirão Preto, 2006, p. 215. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006.

FERNANDES, N. C. S. **Úlceras de Pressão: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva**. Natal. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN
2005.

GIGLIO, M. M.; MARTINS, A. P.; DYNIEWICZ, A. M. **Análise do grau de dependência e predisposição a úlcera por pressão em pacientes de Hospital Universitário**. Universidade Federal do Paraná. Revista Cogitare Enfermagem., 2007. Jan/mar; 12 (1): 62-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/8265/5780> Acesso em: 21 jun 2008

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANINI, T.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. G.; PALERMO, T. C. S. **Manual de Curativos**. São Paulo: Corpus, 2007. cap. 11, p. 81 – 98.

GUIMARÃES, M. J. **Úlceras de pressão: recomendações para o seu tratamento**. Revista Saúde na Internet, 2000. Disponível em: < <http://www.mni.pt/revista/index.php?file=revista-artigo>. Acesso em: 10 jun 2008.

HINRIECHSEN, S. L. **Biossegurança e controle de infecções – Risco Sanitário Hospitalar**, Ed. Medsi, 2004.

HOEMAN, S. P. **Reabilitation nursing – process and application**. 2. ed. St. Luois, Missouri: Mosby, 1996, p. 728. Disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera.jpg> > Acesso: 27 julho 2007.

IRION, G. **Feridas**. Novas abordagem, manejo clínico e altas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: 2003.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2 ed. v. 2. São Paulo: Atheneu, 1999.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

KRASNER, D.; CUZZELL, J. Úlceras de Pressão. In: GOGIA, P. P. **Feridas. Tratamento e cicatrização**, 1 ed. Rio de Janeiro: Renvinter, 2003, cap 6, p. 69-78.

LIMA, G. C.; CALLEGARIN, V. R. K.; SILVA, L. J. S. **O enfermeiro doutor em úlcera de pressão**. Art. 066, 2006. Disponível em: <http://www.win2pdf.com> . Acesso em: 14 jul 2008.

MACIEL, E. A. F. **Prevalência de feridas em pacientes internados em um hospital filantrópico de grande porte de Belo Horizonte**. 2008, 91 f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2008.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MAIA, L.C.M.; MONTEIRO, M.L.G.; **Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão**. IN: SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I. B. (ORG). **Feridas**. Fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2007.

MENEGON, D. B.; BERCINI, R. R.; BRAMBILA, M. I.; SCOLA, M. L.; JANSEN, M. M.; TANAKA, R. Y. **Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de clínicas de Porto Alegre**. Ver. HCPA, 2007; 27 (2):61-4. Porto Alegre, 2007.

MIGLIARD, A. C. A. **Manual de tratamento de feridas**. Coloplast, Recife, 2004.

MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H.S.; SOARES, M. J.G.O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 98 – 105, jan/mar., 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**. O que é e o que não é. Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo: Cortez. ABEn, 1989, p. 174.

NOGUEIRA, P. C. **Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesões traumáticas da medula espinhal**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem Fundamental). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

National Pressure Ulcer Advisory Panel **NPUPA**. Pressure ulcer stages revised by NPUPA – Feb. 2007. Disponível em : http://www.npuap.org/documents/PU_Definition_Stages.pdf. Acesso em: 10 set 2008.

OLIVEIRA, H.A. D.; VIEIRA, P.S.; CRUZ, I. **Como eu cuido de integridade da pele prejudicada na UTI**: estudo de caso. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização de Enfermagem em Cuidados Intensivos. Universidade Federal Fluminense, 2000. Disponível em : <http://www.uff.br/nepae/peleprejudicada.doc>. Acesso em: 15 jun 2008.

PARANHOS, W. Y. SANTOS, V. L. C. G. **Avaliação do risco de úlcera de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa**. Revista Enfermagem. USP. 1999, v. 33, n. especial.p. 191 – 204.

PETROLINO, H. M. B. S. **Úlcera de pressão em pacientes em unidades de terapia intensiva**: incidência, avaliação do risco e medidas de prevenção. 2002, 118 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamento de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.

POSTON, J. **O papel do enfermeiro na remoção dos tecidos desvitalizados com instrumentos cortantes**. Rev. Nursing v.108: p. 8-15, 1997.

RABEH, S. A. N. **Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal**. Dissertação de Mestrado. 230 p., 2007. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RANGEL, E. M. L. **Conhecimento, práticas e fontes de informações de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento da úlcera de pressão.** EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2004.

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., abr./jun. 2007, v. 20, n. 2, p. 143 – 150. ISSN 0103-2100.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. **Abordagem terapêutica das úlceras de pressão – Intervenções baseadas na evidência.** Serviço de Fisiatria. Hospital Geral e Santo Antônio, S. A. Porto. Acta Med Port; 19: 29-38, out/2006.

ROGENSKI, N. M. B. **Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário.** 2002, 109 p. (Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SANTOS, V. L. C. de G. **Alguns aspectos do tratamento de feridas ao domínio.** 2001. Disponível em: < <http://ids-saude.uol.com.br/enfermagem/tema4> > Acesso em 03 out 2006.

SCHWARTS, A. Y.; BUENO, S. D.; CASTRO, V. **A atuação do enfermeiro frente a pacientes adultos hospitalizados com úlceras por pressão.** 2007. Disponível em <http://www.publisaude.com.br/portal/content/view/127/1> Acesso em: 07 jun 2008.

SERPA, L. F. **Capacidade preditiva da subescala nutrição da escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.** USP, escola de Enfermagem. Tese de Doutorado, 2006. <http://www.eerp.usp.br/projetos/ulcera.jpg> > Acesso: 18 outubro 2007.

SILVA, D. M., MOCELIM, K. R. **Ostomia.** IN: O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural. Rev. Nursing, v. 105, n. 9, p. 82-88, 2007.

SILVA, M. S. M. L. **Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados.** Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Paraíba, 1998.

SILVA, S. C. **Ocorrências iatrogênicas em unidades de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem.** São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico–Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, D. M. S. T. **Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados.** Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TIERNEY, L. M. et al. **Diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Atheneu, 2001.

WEIL, M.H., PLANTA, M.V., RACKOW, E.C. **Terapia Intensiva: Introdução e Retrospectiva Histórica.** In: Schoemaker, W.C. et al. Tratado de Terapia Intensiva cp.1, p.1-4, 1992.

www.eerp.usp.br/projetos/ulceras/capilares.jpg Acesso em: 10 outubro 2007.

www.marimar.com.br/reabilitacao/escara.jpg Acesso em: 26 maio 2007.



APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando esta pesquisa intitulada de “**Medidas preventivas para úlcera por pressão em centro de terapia intensiva: conhecimento e prática dos enfermeiros**”, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. A pesquisa objetiva verificar a atuação do enfermeiro em relação às medidas preventivas para úlcera por pressão em pacientes internos no Centro de Terapia Intensiva e identificar os fatores impeditivos para adoção pelo enfermeiro de medidas preventivas à úlcera por pressão em pacientes internos no Centro de Terapia Intensiva.

Este projeto tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos, como também o que contempla a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual regulamenta o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa se destinarão à elaboração da dissertação de mestrado, posterior encaminhamento para publicação em periódico especializado em forma de artigo e apresentação em eventos científicos da área.

Solicitamos sua participação nesta pesquisa, como sujeito de investigação, no consentimento de responder aos questionários concernentes à pesquisa.

Esclarecemos que será mantido o anonimato dos participantes, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a participação neste não acarretará ônus de espécie alguma, nem, tão pouco, remuneração pela participação.

Colocamos-nos à disposição, como pesquisador, para tirar quaisquer dúvidas que surgirem e a realizar esclarecimentos sobre a participação nesta pesquisa e sobre o desenvolvimento do estudo em suas diversas etapas. Agradecemos sua colaboração e solicitamos sua assinatura no termo de consentimento disposto abaixo.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Nome do Enfermeiro (a): _____

Assinatura: _____

Eu, **Adriana Montenegro de Albuquerque**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo aos participantes e/ou responsável.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador: _____

APÊNDICE B**CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL****NOME:** _____**Fonte Norteadora:**

- Público Municipal
 Público Estadual
 Público Federal

Porte:

- Médio – 51 a 150 leitos
 Grande – 151 a 300 leitos

CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES**Tipo de unidade:**

- Geral
 Especializada _____

Número de leitos do CTI:

- 5 leitos
 5 a 10 leitos
 10 a 15 leitos

Tipo de clientela:

- Clínica Cirúrgica Crônica
 Adultos Adolescentes

Monitorização à beira leito:

- Sim Não

Monitorização central:

- Sim Não

Proporção enfermeiro/paciente em CTI/UTI: _____ / _____

APÊNDICE B

IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Sexo:

feminino Masculino

Faixa Etária:

21 a 25 anos 26 a 30 anos 31 a 35 anos
 36 a 40 anos 41 a 45 anos 46 a 50 anos
 51 a 55 anos

Tempo de profissão:

01 a 05 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 30 anos 31 a 35 anos

Tempo de atuação em Terapia Intensiva:

01 a 05 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 25 anos 26 a 30 anos

Formação profissional:

Licenciatura em Enfermagem Sim Não

Especialista Sim Não

Qual (ais)? _____

Mestrado Sim Não

Qual? _____

Doutorado Sim Não

Qual? _____

APÊNDICE C

DADOS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE ÚLCERA POR PRESSÃO E MEDIDAS PREVENTIVAS

V = Verdadeiro F = Falso NS = Não Sei

Nr	Perguntas	V	F	NS
01	O estágio I da úlcera por pressão é definido como eritema que não embranquece.			
02	São fatores de risco para desenvolvimento da úlcera por pressão: mobilidade, incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível da consciência.			
03	Todos os indivíduos de risco para úlcera por pressão devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por semana.			
04	Água quente e sabonete podem ressecar a pele e aumentar o risco para úlcera por pressão.			
05	É importante massagear as proeminências ósseas se estiverem hiperemiadas.			
06	Uma úlcera por pressão - estágio III - é uma perda parcial de pele, envolvendo a epiderme.			
07	Todos os indivíduos devem ser avaliados na admissão no hospital quanto ao risco para desenvolver úlcera por pressão.			
08	Amido de milho, cremes e curativos transparentes e hidrocolóides não protegem contra os efeitos contra a fricção.			
09	Úlcera por pressão - estágio IV - apresenta uma perda de pele total com intensa destruição e necrose tissular ou danos aos músculos, ossos ou estruturas de suporte.			
10	Uma ingestão dietética adequada de proteínas e de calorias deve ser mantida durante a doença.			
11	As pessoas que só ficam no leito devem ser reposicionadas a cada três horas.			
12	Uma escala com horários de mudança de decúbito deveria ser escrita para cada paciente.			
13	Protetores de calcâneos como luvas-água aliviam a pressão dos calcâneos.			
14	Rodas-águas ou almofadas tipo argola auxiliam na prevenção de úlcera por pressão.			
15	Na posição lateral, o cliente deve ficar em um ângulo de trinta com a cama.			
16	A cabeceira da cama deve ser mantida em um baixo grau de elevação (de preferência, não maior que um ângulo de trinta graus) consciente com as condições médicas.			
17	Uma pessoa que não pode se movimentar deve ser reposicionada, enquanto sentada na cadeira a cada duas horas.			
18	As pessoas que podem aprender devem ser orientadas a mudar seu peso a cada quinze minutos enquanto sentada na cadeira.			
19	As pessoas que permanecem na cadeira devem ter uma almofada para proteção.			

Nr	Perguntas	V	F	NS
20	Úlceras por pressão - estágio II - apresentam uma perda de pele na sua espessura total.			
21	A pele deve permanecer limpa e seca.			
22	Medidas de prevenção não necessitam ser usadas para prevenir novas lesões, quando o paciente já possui úlcera por pressão.			
23	Lençol móvel ou forro deve ser utilizado para transferir ou movimentar pacientes.			
24	A mobilização e a transferência de pacientes totalmente dependentes devem ser feitas por duas ou mais pessoas.			
25	A reabilitação deve ser instituída, se o estado geral do paciente permitir.			
26	Todo paciente admitido em centro de terapia intensiva deve ser submetida à avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão.			
27	Pacientes e familiares devem ser orientados quanto à causa e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão.			
28	As proeminências ósseas podem ficar em contato direto uma com a outra.			
29	Toda pessoa avaliada como em risco para desenvolver úlcera por pressão, deveria ser colocada em colchão redutor de pressão (Ex.: colchão-d'água, colchão caixa-de-ovo, etc).			
30	A pele macerada pela umidade danifica-se mais facilmente.			
31	As úlceras de pressão são feridas estéreis.			
32	Uma cicatriz da úlcera por pressão deverá lesar mais rapidamente que a pele íntegra.			
33	Uma bolha no calcâneo não deve ser motivo de preocupação.			
34	Uma boa maneira de diminuir a pressão nos calcâneos é elevá-los do leito.			
35	Todo cuidado administrado para prevenir ou tratar úlcera por pressão não precisa ser documentado.			
36	Cisalhamento é a força que ocorre quando a pele adere a uma superfície, e o corpo desliza.			
37	A fricção pode ocorrer ao movimentar a pessoa para cima da cama.			
38	As úlceras por pressão - estágio II - podem ser extremamente doloridas pela exposição de terminações nervosas.			
39	Para as pessoas que têm incontinência, a limpeza da pele deve ocorrer no momento que se sujar e nos intervalos de rotina.			
40	Programas educacionais podem reduzir a incidência de úlcera por pressão.			
41	Pacientes hospitalizados precisam ser avaliados quanto ao risco para úlcera por pressão uma única vez.			

V = Verdadeiro F = Falso NS = Não Sei



ANEXO

ANEXO 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada dia 15/01/2008, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado: Medidas preventivas para úlcera por pressão no centro de terapia intensiva: atuação dos enfermeiros, protocolo N°03/08 da pesquisadora Adriana Montenegro de Albuquerque.

ATENÇÃO: Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho. Para este fim, será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 16 de janeiro de 2008.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

A345m Albuquerque, Adriana Montenegro de.

Medidas preventivas para úlcera por pressão no Centro de
Terapia Intensiva: conhecimento e prática dos enfermeiros /
Adriana Montenegro de Albuquerque.- João Pessoa, 2008.
114p.

Orientadora: Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS 1. Enfermagem. 2.
Enfermagem - medidas preventivas . 3. Úlcera por Pressão -
prevenção. 4. Enfermeiros - atuação.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)