

**FACULDADE CIDADE DE JOÃO PINHEIRO  
NÚCLEO DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE  
PRESSÃO**

**Raely Aparecida de Oliveira Dias Ferreira**

**João Pinheiro  
2015**

**Raely Aparecida de Oliveira Dias Ferreira**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE  
PRESSÃO**

Monografia apresentada à coordenação do núcleo de pesquisa e Iniciação Científica da FCJP, com parte de requisitos para a obtenção do grau de bacharelado em enfermagem sob a orientação de Michelle da Silva Barra Caixeta

**João Pinheiro**

**2015**

# **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO**

**Raely Aparecida de Oliveira Dias Ferreira**

Esta monografia foi apresentada e julgada adequada para obtenção do título de bacharel em enfermagem, e aprovada em sua forma final pelo núcleo de pesquisa e iniciação científica da Faculdade Cidade de João Pinheiro- FCJP

Banca Examinadora

---

Rogéria Alves Rosa  
Coordenadora do Curso

---

Michelle da Silva Barra Caixeta  
Orientadora

---

Dra. Maria Célia da Silva Gonçalves

---

Ismael Henrique Machado

**João Pinheiro – MG**  
**Dezembro de 2015**

*Dedico á minha família, por sua capacidade de acreditar e investir mim.*

*Mãe, s cuidado dedicação me incentivarão a sempre manter a esperança.*

*Pai, s presença significou segurança certeza de q não estou sozinho nessa caminhada.*

*À Wevérton, pessoa com quem m compartilhar vida. Com você tenho sentido mais viva de verdade. Obrigado pelo carinho, paciência por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Primeiramente Deus q permitiu q tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos é o maior mestre q alguém pode conhecer.*

*A minha Orientadora Michelle pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, pelo suporte por sua correções e incentivos por sua paciência, sabedoria.*

*À Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Celia pelo paciente trabalho d revisão d redação.*

*Agradeço todos os professores por me proporcionar conhecimento não apenas racional, mas manifestação do caráter afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto q se dedicaram mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.*

*Aos Funcionários da Biblioteca da faculdade Cidade de João Pinheiro*

*A todos q direta indiretamente fizeram parte da minha formação, m muito obrigado.*

*“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”*  
*(Theodore Roosevelt)*

## SUMARIO

INTRODUÇÃO .....	11
<b>CAPITULO I</b> .....	18
1.0 Aspectos Históricos da ferida .....	18
1.1 Anatomia e Fisiologia da pele .....	20
1.2 Cuidados com a pele .....	21
<b>CAPITULO II</b> .....	22
2.0 Úlceras de pressão .....	22
2.1 Aspectos conceituais da Úlceras de Pressão .....	24
2.2 Mecanismo de desenvolvimento .....	27
2.3.1 Estagio I .....	29
2.3. 2. Estagio II .....	29
2.3.3 Estagio III .....	30
2.3.4 Estagio IV .....	31
2.3.5 não estadiavel/ Não Classificada: Perda de pele ou tecido em espessura completa- Profundidade desconhecida.....	31
2.3.6 Suspeita de lesão tecidual profunda- Profundidade Desconhecida.....	32
2.4 Grau I .....	31
2.4.1Grau II .....	31
2.4.2 Grau I .....	31
2.4.3 Grau I .....	32
2.5 Fatores que influenciam a formação de úlcera de pressão .....	32
<b>CAPITULO III</b> .....	35
3.0 A avaliação dos dados .....	35
3.1 Considerações Finais.....	44
Anexos .....	46
Referencia Bibliográfica .....	50

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 Sexo dos residentes da Instituição .....	36
Gráfico 2 Quantidade de residentes acamados da instituição.....	37
Gráfico 3 Quantidade de pacientes cadeirantes na instituição.....	37
Gráfico 4 Quantidade de internos que andam.....	38
Gráfico 5 Demanda de funcionários da Instituição .....	39
Gráfico 6 Faixa etária dos funcionários da Instituição .....	40
Gráfico 7 Escolaridade dos Funcionários da Instituição .....	41
Gráfico 8 Mudança de decúbito dos pacientes acamados .....	42
Gráfico 9 Mudança de decúbito em pacientes Cadeirantes .....	43
Gráfico 10 Quantidade de vezes que e realizado os curativos nos internos que desenvolverão a úlcera de pressão.....	44



## Lista De figuras

Figura 1 Mapa do Município .....	14
Figura 2 Camadas da Pele .....	20
Figura 3 Diagrama.....	23
Figura 4 Locais comuns para aparecimento de escaras em pacientes acamados.....	24
Figura 5 Locais comuns para aparecimento de escaras em pacientes cadeirantes.....	24
Figura 6 Fases de evolução da escara .....	28
Figura 7 Úlcera por pressão estágio I .....	29
Figura 8 Úlcera por pressão estágio II .....	30
Figura 9 Úlcera por pressão estágio III .....	30
Figura 10 Úlcera por pressão estágio IV .....	31
Figura 11 Escala de Braden .....	35

## **RESUMO**

Úlcera por pressão é uma lesão na pele e ou nos tecidos ou estruturas subjacentes, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento.

A manutenção da integridade da pele é uma das grandes responsabilidades do Enfermeiro. Observar os mecanismos de desenvolvimentos das úlceras que são inúmeros e precisam ser prevenidos completamente para que a integridade da pele seja mantida através disso usamos a escala de Braden.

. Palavras Chave: Prevenção, Úlcera de pressão, Enfermeiro

## **ABSTRACT**

Pressure ulcer is an injury to the skin or underlying tissues or structures, generally located over a bony prominence, resulting from pressure alone, or in combination with friction and / or shear.

Maintenance of skin integrity and one of the great nurse's responsibilities. Observe the mechanisms of development of ulcers that are numerous and must be prevented completely so that skin integrity is maintained through that use the Braden Scale



## I I INTRODUÇÃO

A preocupação em estabelecer uma normatização de cuidados individualizados ao cliente vem sendo percebida pela enfermagem há décadas. Desde 1929, nos Estados Unidos, e 1934 no Brasil, a utilização de estudos de caso foi introduzida nas discussões de ensino e práticas. Estes estudos eram compostos, basicamente, de história da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e cuidados de enfermagem. Desde 1986 o planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal. De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente o planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e que ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal e a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações da equipe (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A pele é considerada o maior órgão do corpo pela sua extensão e exerce diversas funções, como: regulação térmica, defesa orgânica, controle do fluxo sanguíneo, proteção contra diversos agentes do meio ambiente, funções sensoriais, proteção dos órgãos vitais e formada por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. “As feridas podem ser definidas como ruptura das estruturas anatômicas e funcionais normais do corpo ou, qualquer lesão que quebra a continuidade da pele. (OLIVEIRA et al, 2009, p.01)

Elias Knobel 2006, Ferida Aguda: é quando há ruptura da vascularização, a reação inflamatória aguda se caracteriza por modificações anatômicas predominantemente vasculares e exsudativas. (DEALEY, 2008 ).

As feridas cirúrgicas são feridas agudas intencionais, e podem cicatrizar por primeira intenção.

Algumas feridas cirúrgicas são deixadas abertas para cicatrizarem por segunda intenção, geralmente a fim de permitir a drenagem de material infectado. As áreas doadoras também são feridas abertas.

Ferida crônica: é de longa duração e recorrência frequente, o processo de cicatrização se caracteriza por uma resposta mais proliferativa (fibroblástica), do que exsudativa. Os pacientes podem apresentar múltiplos fatores que afetam sua capacidade de cicatrização. (DEALEY, 2008 p, ).

Os tipos mais comuns de feridas crônicas são Úlcera De Pressão

Segundo Elias Knobel 2006 Úlcera de Pressão deriva de uma complicação em pacientes graves que tem um grande impacto sobre a qualidade de vida, os fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras de pressão é imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa entre outros com isso vão criando problemas adicionais como dor, sofrimento, aumento na morbidade. Existem varias escala para a classificação de Úlcera de Pressão conforme o acometimento das camadas da pele e tecido:

A pesquisa se desenvolveu em uma instituição que abriga idosos do sexo masculino e feminino situado na Cidade de João Pinheiro-MG no período de julho a novembro de 2015. Neste período investigou-se as formas de prevenção e quais benefícios seriam implantados aos internos da instituição. Neste ponto de partida foi mostrado que a prevenção sempre é o melhor caminho para termos uma melhor qualidade de vida.

João pinheiro está situado na porção noroeste de Minas Gerais, é o maior município e extensão territorial do Estado. Possui acesso fácil pela BR - 040, responsável pela ligação Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte com aproximadamente 47,870 habitantes, com área de 10.727,471 km<sup>2</sup> (IBGE 2014)



**Figura 1 Mapa do Município imagem Internet (IBGE)**

O Mapa acima nos mostra os dados geográficos do município onde se desenvolveu a pesquisa.

O Interesse pelo tema surgiu no decorrer das aulas praticas na instituição, naquele momento surgiu a vontade de promover uma melhor qualidade de vida para o paciente no momento mais difícil em que muitas vezes se encontram sozinhos e desamparados e sem forças para viver.

Os pacientes acamados por um longo período apresentam dificuldades motoras, cognitivas, sensoriais e em alguns casos podem apresentar atrofia muscular e redução do acolchoamento entre a pele os pacientes estão em risco para desenvolverem úlcera por pressão.

A prevenção da úlcera por pressão é relevante, tanto para o paciente quanto para a instituição na qual refere a custos para a unidade a prevenção deve se dar inicio com estímulo ao paciente e cuidadores, mostrando-os a importância da colaboração e participação durante o período de prevenção.

Um aspecto importante dos cuidados de enfermagem é a manutenção da integridade da pele. Intervenções de cuidados da pele consistentes e planejados são críticos para garantir um atendimento de alta qualidade. As enfermeiras constantemente

observam a pele prejudicada. Ocorre integridade da pele prejudicada por pressão prolongada, irritação da pele e/ ou imobilidade, levando ao desenvolvimento de úlceras de pressão. Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ ou tecido subjacente geralmente sobre uma eminência óssea em decorrência de pressão ou pressão juntamente com cisalhamento e / ou fricção ( EPUAP e NPUAP, 2009 ).

A pesquisa teve como problemas iniciais:

Quantidade de funcionários para atender a demanda?;esses cuidadores têm conhecimento adequado quanto ao tempo e forma da mudança de decúbito?

Qual a Importância da hidratação da pele e nutrição dos pacientes?;Fatores que interferem na continuação da pele, fumo, álcool, obesidade? Qualidade de vida? Atividades que são desenvolvidas

A pesquisa tem com objetivo geral obter maior conhecimento sobre a prevenção da ulcera de pressão em pacientes acamados e cadeirantes, identificar pacientes que estão propícios a desenvolver as úlceras de pressão.

Os objetivos específicos visaram determinar a satisfação dos pacientes durante a implantação do projeto de pesquisa e com isso quais foram os resultados após a implantação do projeto na instituição e quais métodos foram usadas para orientar os funcionários quanto a forma prevenção da úlcera de pressão, diagnosticar fatores de risco mais propícios para o desenvolvimento, detectando os fatores de risco para o surgimento da Úlcera de pressão

A presente pesquisa teve hipótese inicial verificar se na unidade há demanda de funcionários e suficiente para atender com qualidade os internos da instituição.

A mudança de decúbito deve fazer parte das intervenções para alívio da pressão persistente sobre as áreas mais vulneráveis e deve ser realizada mesmo nos pacientes em uso de equipamentos de redistribuição de pressão.

Quantas vezes por dia e realizada a mudança de decúbito para alívio da pressão em pacientes acamados e cadeirantes.

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de Úlcera de Pressão deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de



massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA/ FIOCRUZ, 2013)

A Nutrição desempenha um papel essencial na prevenção, tratamento e cicatrização de feridas. O cuidado nutricional é parte integrante de todo o cuidado de saúde. Quando o estado nutricional está comprometido, antes ou durante o processo cicatricial, todo o processo fisiológico de cicatrização (todas as fases) fica comprometido: é mais longo ou impossível, mais doloroso e dispendioso e, se não for completo, com maior probabilidade de recidiva e cronicidade. Combinando a melhor prática clínica no processo de cuidado de feridas com a melhor prática de cuidado nutricional, os profissionais de saúde podem ajudar a diminuir a morbidade e mortalidade, o sofrimento individual e coletivo associado às feridas, assim como contribuir para a redução do custo associado ao tratamento. (LOURENÇO; SANDRA, 2014, p,48, )

Vários fatores contribuem para o desenvolvimento de úlceras de pressão, nomeadamente. Fatores intrínsecos: imobilidade, diminuição da tolerância tecidual, alterações cutâneas, hipotensão, perfusão tecidual, sensibilidade reduzida, peso corporal, dor, défices nutricionais, idade, incontinência, umidade, temperatura, percepção sensorial alterada, hábitos de consumo de substâncias ilícitas, fatores psicossociais, educação, categoria e abrangência da lesão. No entanto, as úlceras de pressão na sua maioria, são causadas por fatores extrínsecos: pressão, cisalhamento, torção, fricção, atrito e umidade. Destes fatores, o mais agressivo é a pressão, mas quando combinados tornam-se extremamente ofensivos para a pele e tecidos, contribuindo para aumentar a extensão da lesão. (SILVA; HELENA, 2014 )

Trata-se de uma pesquisa de métodos qualitativos de pesquisa são apropriados para estudos que envolvam, em seu objeto de pesquisa, elementos e/ou situações humanas, seja por conta da participação do ser humano na construção dessas situações, ou no processo de transformação das situações que limitam a qualidade de vida individual coletiva.

Segundo Patrício (1988, 1994 a; 1995 a), qualquer estudo qualitativo que tenha como objetivo gerar conhecimentos e mediar a transformação da realidade estudada, pode ser considerado "participante" e de "ação", mas não necessariamente dentro dos pressupostos requeridos na origem desses modelos. Especialmente o primeiro, por exigir certos princípios éticos

referentes à "participação" dos sujeitos da realidade estudada em todo o processo, desde o levantamento e análise dos dados a até a devolução, incluindo a participação ativa no planejamento e aplicação das atividades promovem a transformação das situações levantadas em conjunto.

Para melhor obtenção de resultados foi aplicado 2 questionários de múltipla escolha para os funcionários da instituição. Essas organizações serão escolhidas com base na necessidade da pesquisadora analisando o que é preciso fazer para melhorar a qualidade de vida dos internos e qual o papel que o enfermeiro deve impor para prevenir as Úlceras de Pressão.

Este trabalho é de suma importância para o profissional e paciente, visando que possa contribuir para a prevenção de úlceras de pressão

. Ao mesmo tempo, fornecerá subsídios enfermagem, contribuindo, facilitando a relação intra e Inter profissional, elevando a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Neste estudo apresentaremos indicadores para desenvolver na prevenção da úlcera de pressão, buscando em literatura a melhor forma de estar atuando na prevenção.

O Objetivo do primeiro capítulo é mostrar um pouco da história da ferida no decorrer dos anos, quais foram as suas alterações no processo de cuidar, também será relatado um pouco da anatomia e fisiologia da pele quais serão os cuidados necessários com o mesmo.

No capítulo II será relatado o que é as úlceras de pressão suas causas, procedimentos necessários para a prevenção, aspectos conceituais, locais mais propícios para o desenvolvimento seus mecanismos estágios e grau de desenvolvimento.

No capítulo III será destinado a análise dos dados obtidos com aplicação dos questionários na instituição que abriga idosos do sexo feminino e masculino situada na cidade de João Pinheiro –MG

## I CAPÍTULO I

### I 1.0 ASPECTOS HISTÓRICOS DA FERIDA

As feridas são caracterizadas pelo rompimento da estrutura da pele e do seu funcionamento anatômico normal, resultante de um processo patológico decorrente de fatores internos ou externos. São ocasionadas por diversos motivos, como traumas, processo inflamatórios, degenerativos, circulatórios, distúrbios do metabolismo ou defeito de formação.

Desde a era pré-histórica eram preparadas cataplasmas de folhas e ervas com o intuito de estancar a hemorragia e facilitar a cicatrização. Com o passar do tempo e evolução das civilizações foram sendo aperfeiçoados vários métodos como emplastos de ervas, mel, cauterização das feridas com óleos ferventes ou ferro quente, desinfecção com álcool proveniente do vinho, utilização de banha de origem animal, cinzas, incenso, mirra, etc (CANDIDO, 2001).

Na Era Medieval, houve uma regressão destes avançados conhecimentos médicos. O corpo era considerado a morada de divindades ou de demônios e as feridas eram a prova de que os demônios estavam por perto. Então o cuidado das feridas foi entregue a pessoas consideradas bruxas que acreditavam ter poderes para expulsar os demônios e assim curar as feridas e utilizavam todo o tipo de materiais, tais como cataplasmas, teia de aranha e plantas medicinais. Tudo era acompanhado de muitas preces e rituais. Além disso, óleos quentes eram utilizados na intenção de cauterizar o sangramento e as feridas.

Naquela época Hipócrates (300 a.C.), sugeriu a utilização de ervas medicinais, mel, leite entre outros e para assepsia o vinagre, aconselhava cauterizações para limpeza e desbridamentos e preconizava a manutenção de ferida limpa e seca (CANDIDO, 2001).

Celsius (200 d.C.) foi outro estudioso de feridas. Classificou diversos tipos de feridas, definiu os seus tratamentos, descreveu os sinais prodrômicos

da infecção-dor, calor, rubor e edema, definiram técnicas de debridamento e preconizou o fechamento primário de lesões recente através da sutura.

A história da medicina reporta o surgimento da penicilina (I guerra) como um grande passo para o controle da infecção. Progressivamente chegou-se aos conceitos atuais com manutenção do leito da ferida úmido, pois este procedimento acelera o processo de cicatrização. Também existem antigos conceitos como o de Hipócrates, no qual a úlcera de estase dos membros inferiores seria o resultado do desequilíbrio dos quatro hormônios do corpo. Ela permanecendo aberta permitiria que os maus fluidos saíssem do organismo. Logicamente assim pensando, a sua cura causava desinteresse, pois a cicatrização da ferida poderia provocar a morte do paciente, ou a retenção dos maus fluídos.

.O cirurgião francês Ambroise Paré, em 1585 orientou o tratamento das feridas quanto à necessidade de debridamento, aproximação das bordas e curativos. Lister, em 1884, introduziu o tratamento antisséptico. No século XX, vimos a evolução da terapêutica com o aparecimento da sulfa e da penicilina.

Uma ferida é uma ruptura da integridade e da função de tecidos no corpo (Baharestani, 2008). É obrigatório que a enfermeira saiba que nem todas as feridas são cridas da mesma maneira. É importante conhecer a etiologia de uma ferida porque o tratamento dela varia, dependendo do processo patológico subjacente. (POTTER; PERRY,2013, p,1209)

Atualmente, o tratamento de feridas é um tema de destaque na área da saúde em todo o mundo. É uma prática milenar, que antigamente estava relacionada a costumes e hábitos populares, porém, com o passar do tempo se tornou científica.

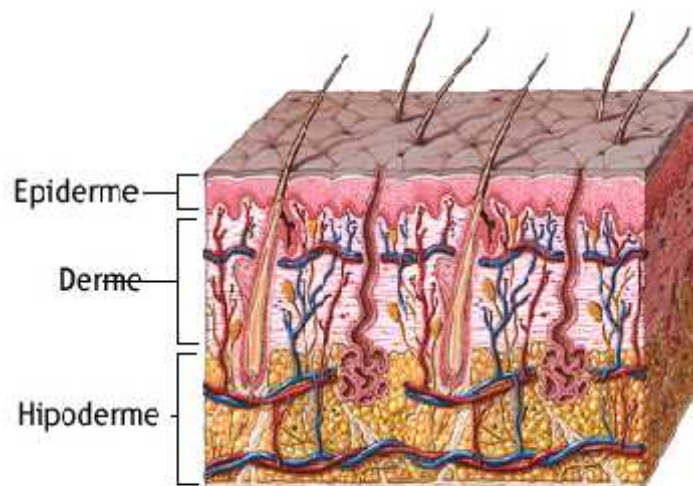
## I 1.1 Anatomia e Fisiologia Da Pele:

A pele é o maior órgão do corpo, constitui 15% do peso corporal total do adulto(Wysocki,2012) . ( Potter;Perry,2013, p, 1204, )

A pele tem varias funções, incluindo proteção, secreção, excreção regulação da temperatura corporal e sensibilidade cutânea. E constituída de duas camadas

primárias: a epiderme e a derme. Logo abaixo a pele encontra-se o tecido subcutâneo ( também conhecido como hipoderme), que compartilha algumas funções de proteção da pele. ( POTTER;PERRY,2013 p, 787, )

A anatomia e constituída por 3 camadas:



ADAM.

Figura 2 Camadas da Pele Fonte <http://minhavidasymnav.adam.com/>

A pele recobre toda a superfície do corpo e é o seu maior órgão. Continua-se com as membranas mucosas que revestem os sistemas digestório, respiratório e urogenital, nos locais onde estes se abrem para a superfície, sendo dividida em duas camadas distintas, a epiderme e a derme, firmemente unidas entre si.

A epiderme é a camada mais externa da pele serve para proteger as estruturas subjacentes contra invasão de micróbios e outras substâncias estranhas. A camada externa cornificada da epiderme ajuda na regulação corporal decorrente da perda de água. A epiderme não possui suprimento vascular; ela depende do nível dérmico para sua nutrição. (MORTON; 2013, p,1315).

**Epiderme:** Consiste na camada fina e mais externa da pele constituída por quatro camadas: camada basal ou germinativa, camada espinhosa ou de Malpighi, camada granulosa, camada córnea.

**Derme:** A camada média da pele, a derme, fornece a sustentação da camada epidérmica externa. É um tecido conjuntivo muito vascularizado, e os vasos sanguíneos são parte integrante da regulação da temperatura e da pressão arterial do corpo. Morton; 2013, p,1315).

A derme constitui-se de substâncias fundamentais, rica em mucopolissacarídeos e material fibrilar (fibras colágenas) que representam 95% do tecido conjuntivo da derme: fibras elásticas e reticulares. A derme apresenta importância para os vasos sanguíneos e nervos. Sua função é representada pela flexibilidade e elasticidade, além de ser local onde se desenvolvem as defesas contra agentes nocivos que venceram a primeira barreira protetora, representada pela epiderme. PORTO; 2001, p,110).

A **Hipoderme** ou camada subcutânea consiste em tecido conjuntivo entremeado com tecido adiposo. A hipoderme possui as funções protetoras da retenção de calor e acochoamento das estruturas subjacentes. Além disso, o tecido adiposo da camada subcutânea da pele serve como reservatório de calor. (Morton; 2013, p,1315).

A **hipoderme**, também chamada como tecido celular subcutâneo, situa-se logo abaixo da derme apresentando lóbulos de células adiposas delimitadas por septos conjuntivo-elásticos. É rica em tecido adiposo e representa importante reserva calórica para o organismo, além de funcionar, em certas regiões, como um coxim, conferindo proteções contra trauma. (Porto;2001,p,111)

## I CAPÍTULO II

### I 2.0 Úlceras de Pressão

Durante muito tempo a enfermagem carregou a culpa pela ocorrência das Úlceras de Pressão, sendo considerada como resultante de uma assistência de enfermagem precária (MACIEL; COSTA, 2006,p ).

“As úlceras de pressão, também chamadas de úlcera de decúbito, são rupturas na pele causada pela pressão prologada sobre uma parte do corpo. “ ( Pelico;2015,p,1091)

“A palavra *decubitus*, vem do termo latim que significa “deitado”. Contudo, uma escara de decúbito pode resultar da pressão exercida nas posições sentada ou deitada.” (NETTINA2003p,)

De acordo com Nettina, 2003 escaras de decúbito ( úlceras de decúbito) são ulcerações localizadas na pele ou em estruturas mais profundas. Se formam após longos períodos de cuidados intensivos.

As úlceras de pressão são mais propicias em pacientes que tem dificuldades de locomoção seu aparecimento ocorre quando há atrito entre a pele e outra superfície.

A pressão persistente exercida sobre uma superfície cutânea delimitada é o principal fator para a ocorrência da úlcera de pressão. Para uma úlcera de pressão se desenvolver, a força deve ser aplicada perpendicularmente á pele ocasiona a oclusão do fluxo sanguíneo

Úlcera de pressão, ferida por pressão, úlcera de decúbito e ferida do leito são termos usados para descrever o comprometimento da integridade da pele relacionado com pressão sem alívio prolongado. ( Potter;Perry; 2013, p,1205 )

“Aparelhos gessados ou bandagens podem exercer pressão sobre os tecidos moles, causando anoxia tecidual e úlceras de pressão.”( Pelico;2015,p,1091)

A Fisiopatologia das úlceras de pressão consistem em áreas de destruição da pele em consequência de pressão, atrito e força de cisalhamento aplicadas e persistentemente, assim como devido a irrigação sanguínea insuficiente, geralmente nas proeminências ósseas. As úlceras de pressão são áreas localizadas de tecidos moles infartados, que se formam quando a pressão aplicada na pele e maior que a pressão de oclusão capilar normal( ou seja cerca de 32mmHg). ( Pelico;2015,p, 1302)

## I 2.1 Aspectos conceituais das úlceras de Pressão

Diagrama dos capilares sem excesso de pressão e excesso de pressão em região de uma proeminência óssea.

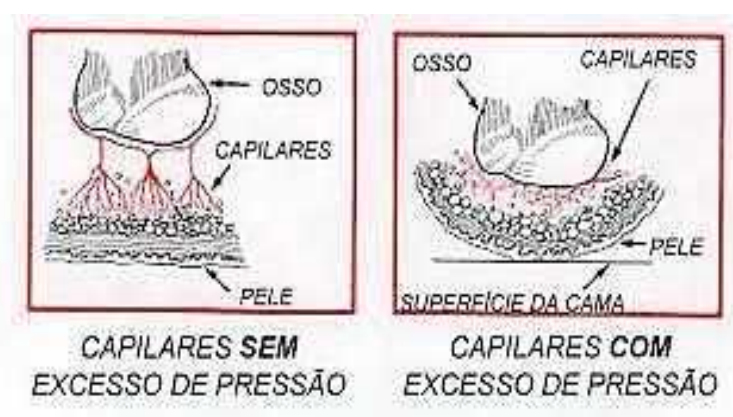
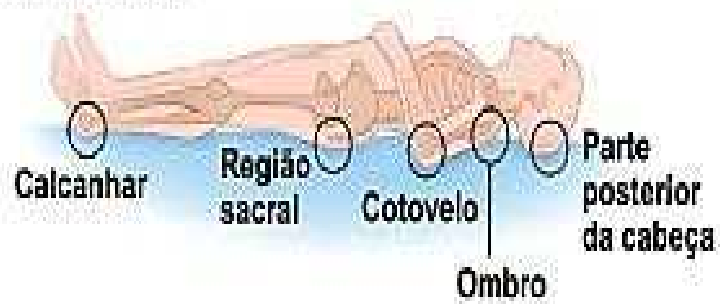


Figura 3 Diagrama fonte: <http://qualittas.com.br/>

A figura abaixo nos mostra os locais mais propícios para o desenvolvimento de escaras ( úlceras de pressão) as figuras a baixo nos mostra os locais mais propícios ao seu desenvolvimento de acordo com as posições que o paciente passa a maior parte do tempo por isto e indicado a mudança de decúbito a cada 2 horas e pacientes acamados e de 15 em 15 pacientes cadeirantes.



### Deitado de costas



### Deitado de lado

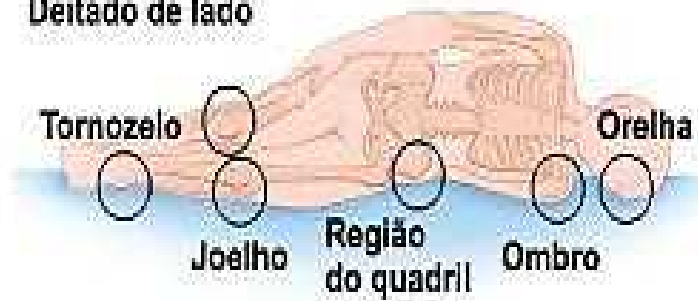


Figura 4 Locais comuns para aparecimento de escaras em pacientes acamados  
<http://www.paramisalud.com/>

### Sentado

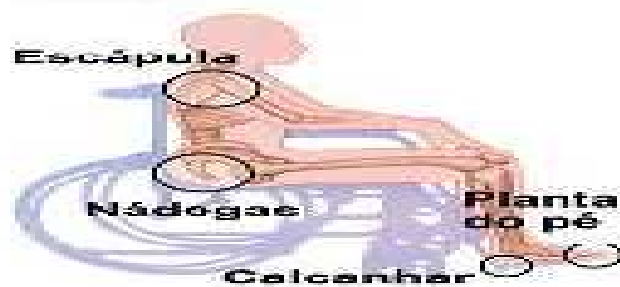


Figura 5 Locais comuns para aparecimento de escaras em pacientes cadeirantes  
[http://www.paramisalud.com](http://www.paramisalud.com/)

As áreas suscetíveis ao desenvolverem a úlcera de pressão são sacro e regiões coccígeas, tuberosidades, isquiáticas (principalmente em pacientes que ficam sentados por um longo período) trocanter maior.

Locais suscetíveis nos membros inferiores inclui calcanhar, maléolos, dorso do pé, cabeça da fíbula, tuberosidade tibial e superfície anterior da patela.

Os locais suscetíveis nos membros superiores são epicôndilo medial ou lateral do úmero, olecrano e processo estilóide da ulna.

Os tecidos cutâneos são danificados ou destruídos, resultando em decomposição e necrose progressiva do tecido mole subjacente em formação da úlcera de pressão, que é dolorosa e demora para sua cicatrizar.

Várias subpopulações encontram-se sob risco particular, como as pessoas com quadriplégica, idosos com atividade restrita e fratura do quadril, bem com os indivíduos submetidos a cuidados de má qualidade.

A Prevenção e o tratamento das escaras de decúbito são uma questão de saúde pública, sendo abordados no *healthy People 2010*, uma declaração de política de saúde pública norte-americana que estabeleceu alvo de 50% de diminuição na prevalência das escaras de decúbito em pacientes internados em clinicas de cuidado. (NETTINA; SANDRA, 2003,p )

O potencial para o desenvolvimento da Úlcera de pressão podem ser determinado por fatores intrínsecos e extrínsecos que devem ser considerados durante a avaliação de cada paciente

- Imobilidade, limitação da mobilidade.
- Pressão prolongada sobre os tecidos.
- Alterações da umidade da pele: excessivamente seca ou excessivamente úmida ( transpiração, urina, fezes ou secreções causem maceração( amolecimento ) da pele).
- Equipamentos: aparelhos gessados, tração contenções.
- Distúrbios da sensibilidade ou da cognição.
- Redução da perfusão tecidual ( associada a diabetes, obesidade e ao edema ). pacientes em estado critico

tem pressão de oclusão capilar menores e, por essa razão, estão mais propícios ao desenvolvimento das úlceras de pressão.

Distúrbios nutricionais ( anemia, hipoalbuminemia, ...)

- Atrito forças de cisalhamento

## I 2.2 Mecanismos de Desenvolvimento

Dois fatores que contribuem para o desenvolvimento das escaras de decúbito – pressão externa que comprime os vasos sanguíneos bem como fricção e forças que laceram e lesam os vasos sanguíneos.(PHORT ,2004)

Segundo( Potter;Perry,2013) Vários fatores predis põem uma paciente a formação de úlcera por pressão. Estes fatores estão relacionados com doenças que podem diminuir o nível de consciência, a utilização de aparelhos gessados ou doenças secundarias causando o comprometimento da percepção sensorial, comprometimento da mobilidade, alterações em seu nível de consciência, cisalhamento, fricção e umidade.

A pressão externa que excede a pressão capilar interrompe o fluxo sanguíneo nos leitos capilares. Quando a pressão entre uma proeminência óssea e a superfície de apoio excede a pressão normal de preenchimento capilar aproximadamente de 32mmHg, o fluxo capilar torna-se praticamente obstruído. Se essa pressão for aplicada constantemente durante duas horas, a privacidade de oxigênio, mais o acúmulo de produtos metabólicos finais, levará a uma lesão irreversível. (PHORT ,2004)

A mesma quantidade de pressão provoca um dano maior , quando distribuídas por pequenas áreas do que quando são distribuídas por áreas maiores. Aproximadamente sete libras de pressão por polegada quadrada de superfície tissular são suficientes para obstruir o fluxo sanguíneo.

Se uma pessoa que pesa 70kg e tem superfície total de 1,8m<sup>2</sup> estivesse na posição supina compressão distribuída por igual, a pressão em qual quer determinado ponto seria de 5,7mmHg. (PHORT ,2004)

Esteja o indivíduo na posição sentado ou deitado, o peso do corpo encontra-se apoiado pelos tecidos e cobrem a proeminência óssea. Noventa e seis por cento das escaras de decúbito localizam-se na parte inferior do corpo, mais frequentemente sobre o sacro, as áreas coccígeas, as tuberosidades isquiáticas e o trocater maior.

A pressão sobre a área óssea é transmitida da superfície para o osso denso subjacente, comprimindo todo o tecido interveniente. Como consequência, a pressão maior ocorre na superfície do osso e se dissipa extremamente em forma de cone da direção da superfície da pele. Assim pode haver dano tissular subjacente extenso, quando pequena lesão superficial da pele é observada pela primeira vez.

Alterar a destruição da pressão da pele para outra previne a lesão tissular. As úlceras de pressão ocorrem mais comumente normais, para efetuar a redistribuição do peso do corpo encontram-se prejudicados, como na lesão da medula espinhal.

As forças de cisalhamento são causadas pelo deslizamento de uma camada tissular contra a outra, formando estriamento e angulação dos vasos sanguíneos, provocando lesão e trombose.

A lesão causada pelas forças de cisalhamento comumente ocorre quando a cabeceira da cama encontra-se elevada, levando o torso a deslizar para baixo na direção do pé da cama. Quando isso ocorre a, a fricção e transpiração levam a pele e a fáscia superficial a permanecerem fixas contra a roupa de cama, e a fáscia profunda e o esqueleto deslizam para baixo. O mesmo pode ocorrer quando uma pessoa endireitando-se na cadeira desliza puxando para baixo. Uma outra fonte de força de cisalhamento consiste em puxar, em vez de levantar, uma pessoa da cama. Nesse caso a pele fica fixa no lençol, e fáscia e os músculos são puxados para cima. (PHORT, 2004)

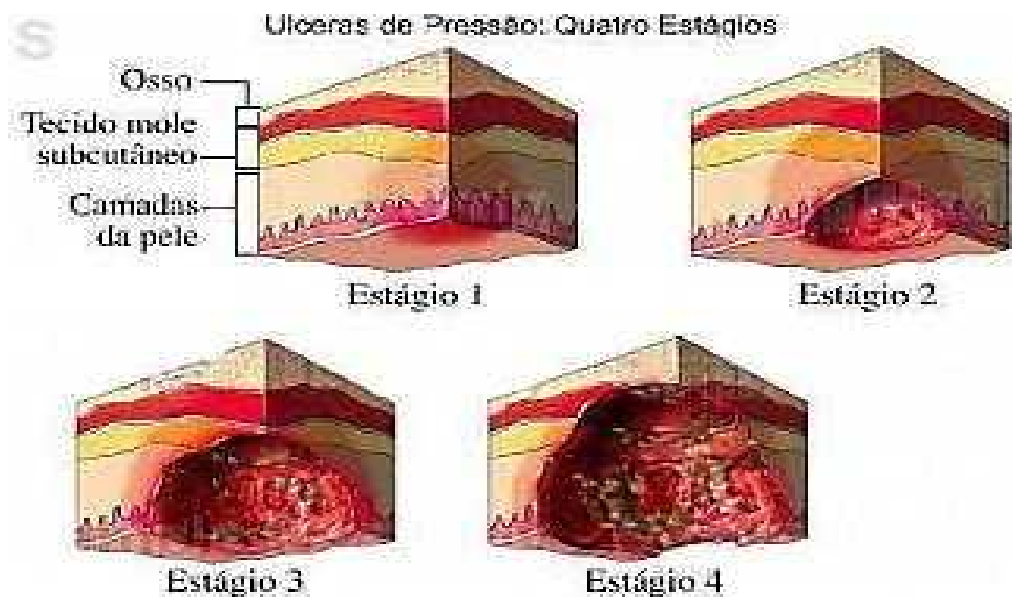


Figura 6 Fases de evolução da escara Fonte <http://www.ebah.com.br/>

De acordo com (Knobel, 2006) As úlceras de pressão pode, ser classificadas em diferentes estágios de evolução e depender das alterações estabelecidas e da camada da pele acometida.

### 2.3.1 Estágio I

Alteração na coloração da pele íntegra, em uma área submetida a pressão.

Apresentação: Eritema ou alteração da coloração na pele íntegra, comparada a uma região íntacta, adjacente ou oposta no local da pressão. A úlcera se apresenta como uma área de hiperemia persistente em indivíduos de pele clara. Em pessoas de pele negra, a úlcera pode aparecer como persistente eritema com variação na coloração, que são vermelho, azul ou púrpura. Outras Alterações da pele incluem temperatura (aquecimento ou resfriamento); consistência (endurecida ou pastosa); sensação (dor ou prurido local). (KNOBEL, 2006, p,2492).



**Figura 7 Úlcera por pressão estágio I - Fonte: Delay, C. Cuidando de Feridas. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2008**

### I 2.3.2 Estágio II

Perda de fina camada da pele, envolvendo a epiderme e derme ou ambas.

“Apresentação: A Úlcera apresenta perda espessura parcial da derme e uma úlcera aberta superficial com base vermelhosa, mas sem esfacelo. Esse estágio também pode ser evidenciado por uma bolha de intacta cheia de soro ou uma bolha rompida. A lesão pode ser uma úlcera superficial brilhante ou seca, sem esfacelo ou esquimose( esquimose indica a possibilidade de lesão dos tecidos profundos). Esse estágio não deve ser usado para descrever lacerações da pele, queimaduras, provocadas por esparadrapo, dermatite perineal, maceração ou escoriações. ( Pelico;2015,p, 1304)



**Figura 8 Úlcera por pressão estágio II - Fonte: Delay, C. Cuidando de Feridas. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2008**

### **2.3.3 Estágio III**

Uma úlcera em estágio III é uma perda de tecido em espessura completa. A gordura subcutânea pode ficar visível, mas osso, tendão ou músculos não ficam expostos. Pode estar presente certo encéfalo. Pode incluir escavação e formação de túnel. Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera por pressão em estágio III varia com a localização anatômica. O dorso do nariz, a orelha, a região occipital e o maléolo não tem tecido subcutâneo (adiposo), e a úlcera em estágio III podem ser rasas. Por outro lado, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em estágio III extremamente profunda. O osso/ tendão não é visível nem diretamente palpável. (Potter;Perry;2013,p,1207)”



**Figura 9 Úlcera por pressão estágio III - Fonte: Delay, C. Cuidando de Feridas. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2008**

### 2.3.4 Estágio IV

Perda significativa da pele, com extensa destruição e necrose do tecido celular e subcutâneo; ou lesão de músculo, osso, tendão ou capsula articular .Apresentação: Úlcera com um grande tecido necrótico. ((Knobel, 2006 , p,2492).

Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera em estágio IV varia com a localização anatômica. O dorso do nariz a orelha a região occipital e o maléolo não tem subcutâneo( adiposo), e essas úlceras podem ser rasa. As úlceras em estágio IV podem estender-se ao músculo e/ou às estruturas de sustentação (p. ex., fáscia, tendão ou capsula articular), tornando provável a ocorrência de osteomielite ou osteíte. Existe osso/ músculo exposto visível ou diretamente palpável. (Potter; Perry; 2013, p, 1207)



Figura 10 Úlcera por pressão estágio IV - Fonte: Delay, C. Cuidando de Feridas. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2008

I 2.3.5 Não estadiável/ Não Classificada: Perda de pele ou tecido em espessura completa- Profundidade desconhecida.

O EPUAP e o NPUAP (2009) desenvolveram uma definição para úlcera na qual a base da ferida não pode ser visualizada e uma definição de lesão tecidual em que a profundidade da lesão é desconhecida. Uma úlcera não



estadiável é uma perda de tecido em espessura completa na qual a profundidade real da úlcera está completamente obscurecida por esfacelo (amarelo, cor bronze, cinza, verde ou castanho) e/ou escara (cor bronze, castanha ou negra) na ferida do leito. (Potter;Perry,2013, p, 1207)

## I

### I 2.3.6 Suspeita de lesão tecidual profunda- Profundidade Desconhecida.

A suspeita de lesão tecidual profunda é uma área localizada púrpura ou marrom de pele intacta, mas com alteração na cor, ou bolha cheia de sangue causada por lesão em partes moles subjacentes por pressão e/ou cisalhamento. (Potter;Perry,2013, p, 1207)

### I 2.4 Grau I

Surgimento de hiperemia (vermelhidão) que desaparece com compressão digital e desaparece ao retirar esta compressão. A epiderme ainda não perdeu sua integridade;

### I 2.4.1 Grau II

Existe vermelhidão, edema e endureção, ocasionalmente há formação de vesículas intraepidérmicas ou dérmicas, erosão ou descamação. Neste estágio a epiderme perde sua integridade e a lesão chega à derme;

### I 2.4.2 Grau III

A pele (epiderme e derme) perde sua integridade e se necrosa, ficando exposta o subcutâneo;

### I 2.4.3 Grau IV

A necrose se estende através da pele e tecido subcutâneo chegando ao músculo, aparecendo exsudado e abundante necrose.

## 2.5 Fatores que influenciam a formação de úlcera de pressão

A integridade da pele prejudicada, resultando em úlceras por pressão, decorre principalmente da pressão. No entanto os fatores adicionais incluindo, força de cisalhamento, fricção, umidade, perfusão tecidual, infecção e idade, aumentam o risco do desenvolvimento de úlceras por pressão e de má cicatrização das feridas no paciente. (POTTER;PERRY; 2013, p, 1212).

O potencial para desenvolvimento de Úlcera de Pressão pode ser determinado por fatores intrínsecos e extrínsecos que devem ser considerados durante a avaliação dos pacientes.

Entre os fatores intrínsecos, a imobilidade ou mobilidade reduzida tem sido apontada como fatores de risco independente para o desenvolvimento da Úlcera de Pressão.

Em relação aos fatores extrínsecos, deve-se citar a pressão, a força do cisalhamento e a fricção. A pressão provoca compressão e possível oclusão capilar podendo causar isquemia. Uma pressão maior que 25mmHg compromete a perfusão e, se persistente causa isquemia que pode evoluir uma necrose.

A fricção ocorre quando duas superfícies deslizam uma sobre a outra (como a pele do paciente sobre o lençol), podendo provocar remoção das camadas superficiais da pele.

A Força de cisalhamento esta presente quando o esqueleto e a fáscia profunda deslizam para baixo com gravidade, porem a pele e a fáscia superior mantem-se na posição original.

Isto pode determinar necrose profunda se houver estriamento, torção e rompimento dos vasos sanguíneos. A pressão e cisalhamento e a fricção deve ser consideradas em conjunto e seus danos podem ser resultados de técnica incorretas de mobilização e reposicionamento do paciente no leito.

Considerando o potencial dos fatores intrínsecos e extrínsecos em causar a lesão cutânea, há áreas da pele mais suscetíveis à ocorrência de ulcerações, em geral sobre proeminência ósseas, consideradas a partir do decúbito do paciente.

Em 1994, um painel da AHCPH publicou um outro documento concernente ao tratamento das escaras de decúbito. As orientações consistem em recomendações específicas para avaliação do paciente e da úlcera de pressão, manejo da carga de tecido, tratamento da úlcera, manejo da colonização e infecção bacterianas, reparo cirúrgico bem como orientação e controle de qualidade.

Segundo Porth; Carol a avaliação dos fatores de risco são identificados como contribuição para o desenvolvimento de úlcera de pressão relacionado à percepção sensorial com isso avaliar os níveis de umidade da pele, hidratação e hidratação.

Existem muitos instrumentos para a avaliação do risco; entretanto, apenas a Braden Scale e a North Scale foram testadas intensamente. A North Scale gradua o risco de acordo com condicionamento físico, condicionamento mental, atividade de mobilidade e incontinência e a Braden Scale gradua a percepção sensorial, umidade, atividade, nutrição bem como fricção e cisalhamento. (PHORT, 2004)

ESCALA DE BRADEN

Percepção sensorial	<p><b>1. Totalmente limitado:</b> não reage, não se segura a nada, não se esquiva do estímulo doloroso; nível de consciência diminuído.</p> <p><b>2. Muito limitado:</b> só reage a estímulos dolorosos; não é capaz de comunicar desconforto, exceto pela agitação ou gemidos.</p> <p><b>3. Levemente limitado:</b> responde a comando verbal, mas nem sempre consegue expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem deficiência que impede de sentir desconforto em extremidades.</p> <p><b>4. Nenhuma limitação:</b> responde a comandos verbais; não tem déficit sensorial que limita capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
Umidade	<p><b>1. Completamente molhada:</b> a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina ou outros fluidos.</p> <p><b>2. Muito molhada:</b> a pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p> <p><b>3. Ocasionalmente molhada:</b> a pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p> <p><b>4. Raramente molhada:</b> a pele está geralmente seca, a troca de roupa de cama é necessária somente na rotina.</p>
Atividade	<p><b>1. Acamado:</b> confinado à cama.</p> <p><b>2. Confinado à cadeira:</b> capacidade de andar está severamente limitada ou nula; não é capaz de sustentar seu próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p> <p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</p> <p><b>4. Anda frequentemente:</b> anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do próprio quarto uma vez a cada 2 horas enquanto está acordado.</p>
Mobilidade	<p><b>1. Totalmente imóvel:</b> não faz nem pequenas mudanças na posição do corpo.</p> <p><b>2. Bastante limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo.</p> <p><b>3. Levemente limitado:</b> faz frequente, embora pequenas mudanças na posição do corpo.</p> <p><b>4. Sem limitações:</b> faz importantes e frequentes mudanças s/ auxílio.</p>
Nutrição	<p><b>1. Muito pobre:</b> nunca come uma refeição completa; raramente come 1/3 do oferecido; ou é mantido em jejum ou dieta líquida por mais de 5 dias.</p> <p><b>2. Inadequada:</b> raramente come uma refeição completa e come 1/3 do oferecido.</p> <p><b>3. Adequada:</b> come mais da metade das refeições; ocasionalmente recusa dieta.</p> <p><b>4. Excelente:</b> come mais de 2/3 das refeições; nunca recusa dieta.</p>
Fricção e cisalhamento	<p><b>1. Problema:</b> requer assistência moderada a máxima para se mover; impossível erguer ou movimentar sem atrito entre superfícies.</p> <p><b>2. Problema em potencial:</b> move-se sem vigor ou precisa de mínima assistência pouco atrito entre superfícies; ocasionalmente escorrega.</p> <p><b>3. Nenhum problema:</b> move-se sozinho na cama ou na cadeira e tem força suficiente p/erguer-se sem atrito entre superfícies.</p>

Figura 11 Escala de Braden Fonte: <http://image.slidesharecdn.com/manualprocedimentos>

## I CAPÍTULO III

### I 3.0 A AVALIAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo se destina a análise dos dados obtidos com o questionário, composto por questões de múltipla escolha nas quais foram respondidas 12 amostras no qual poderemos observar a atuação da equipe de enfermagem que possibilita a prevenção da úlcera de pressão nos internos da unidade.

Iniciando a entrevista perguntou se aos funcionários do corpo de enfermagem:

**Gráfico 1: Sexo dos Residentes**



**Gráfico 1 Sexo dos residentes da Instituição, Fonte: pesquisa direta 2015,**

De acordo com o grafico acima os internos da Instituição de Idosos são 47% do sexo feminino 53 % do sexo masculino.

A seguir será apresentado os estado de locomoção destes pacientes.

### Gráfico 2: Residentes Acamados

Gráfico 2 Quantidade de residentes acamados da instituição,, Fonte: pesquisa direta 2015

De acordo com o grafico acima podemos observar que 25% dos internos do sexo masculino são acamados e 75% dos pacientes do sexo feminino são acamados.

### Gráfico 3: Residentes Cadeirantes

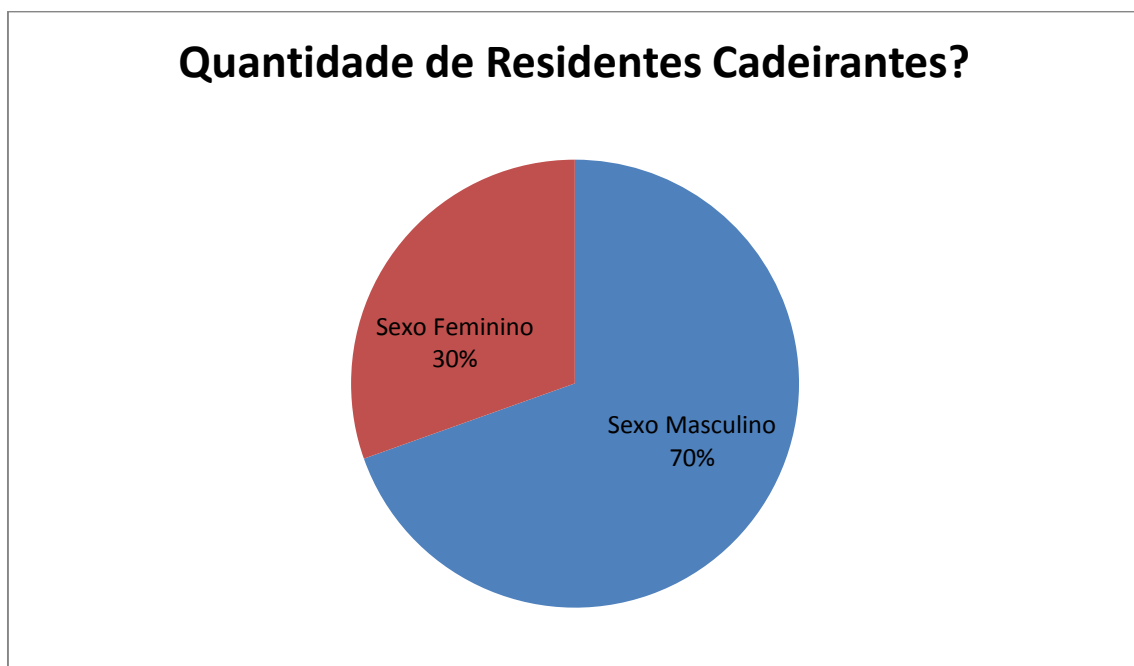
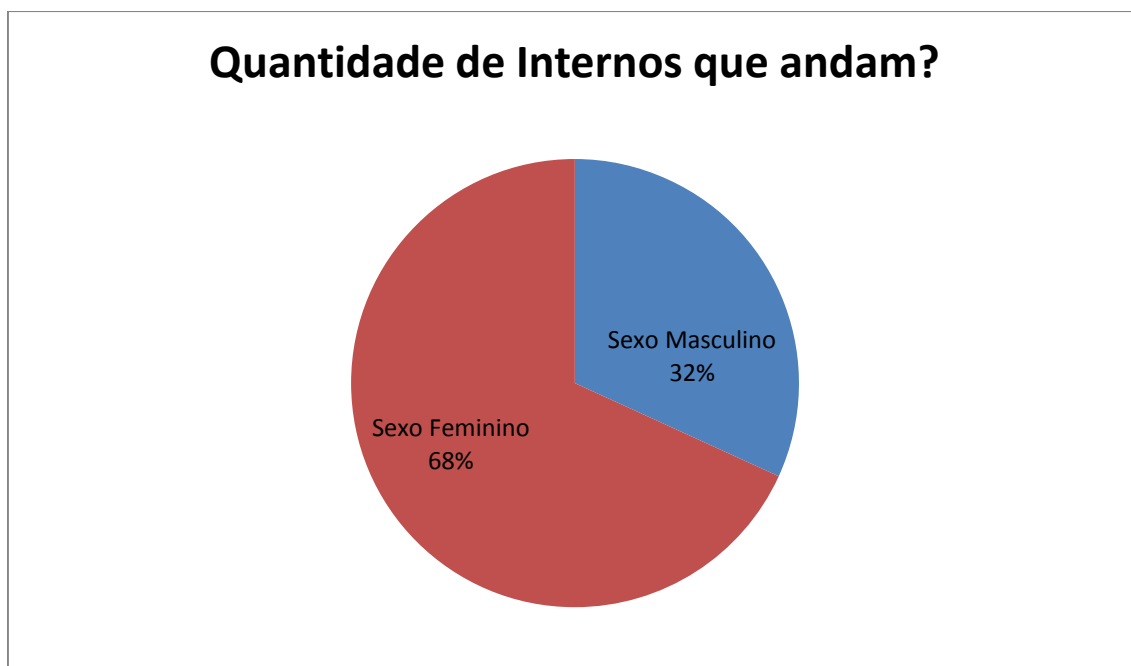


Gráfico 3 Quantidade de pacientes cadeirantes na instituição, Fonte: pesquisa direta 2015.

De acordo com o grafico acima podemos observar que 70% dos internos do sexo masculino são cadeirantes e 30% dos pacientes do sexo feminino são cadeirantes.

**Gráfico 4: Internos que se locomovem**



**Gráfico 4 Quantidade de internos que andam, Fonte: pesquisa direta 2015**

De acordo com o gráfico acima podemos observar que 32% dos internos do sexo masculino andam e 68% dos pacientes do sexo feminino andam.

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de Úlcera de Pressão deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA/ FIOCRUZ, 2013)

## Gráfico 5: Funcionários da Instituição

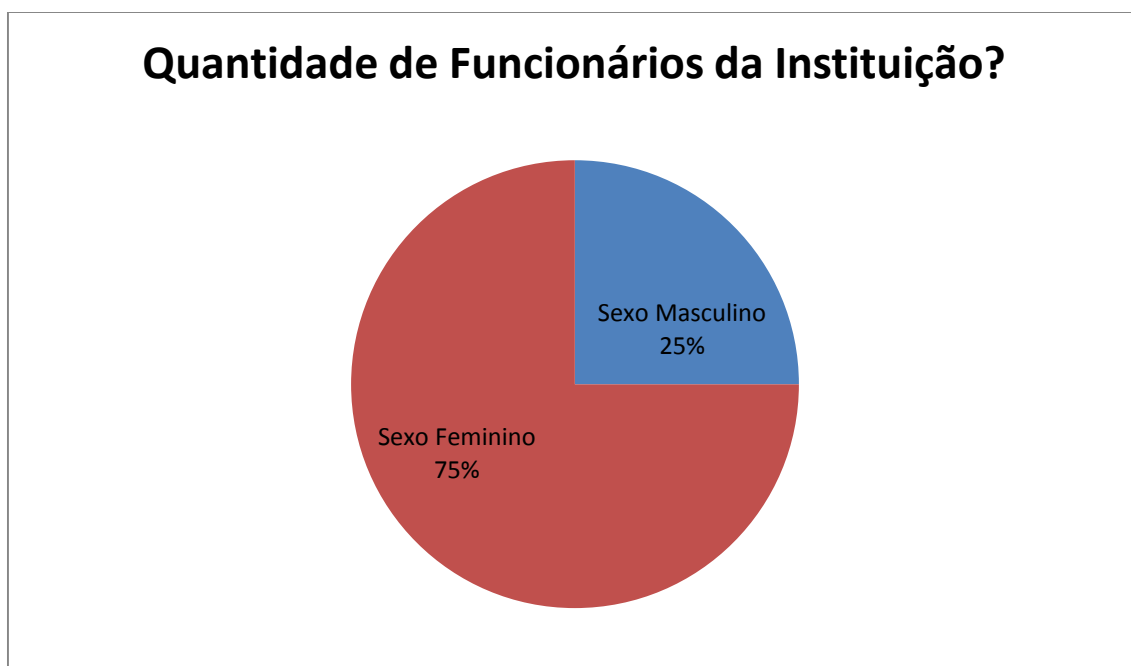


Gráfico 5 Demanda de funcionários da Instituição , Fonte: pesquisa direta 2015

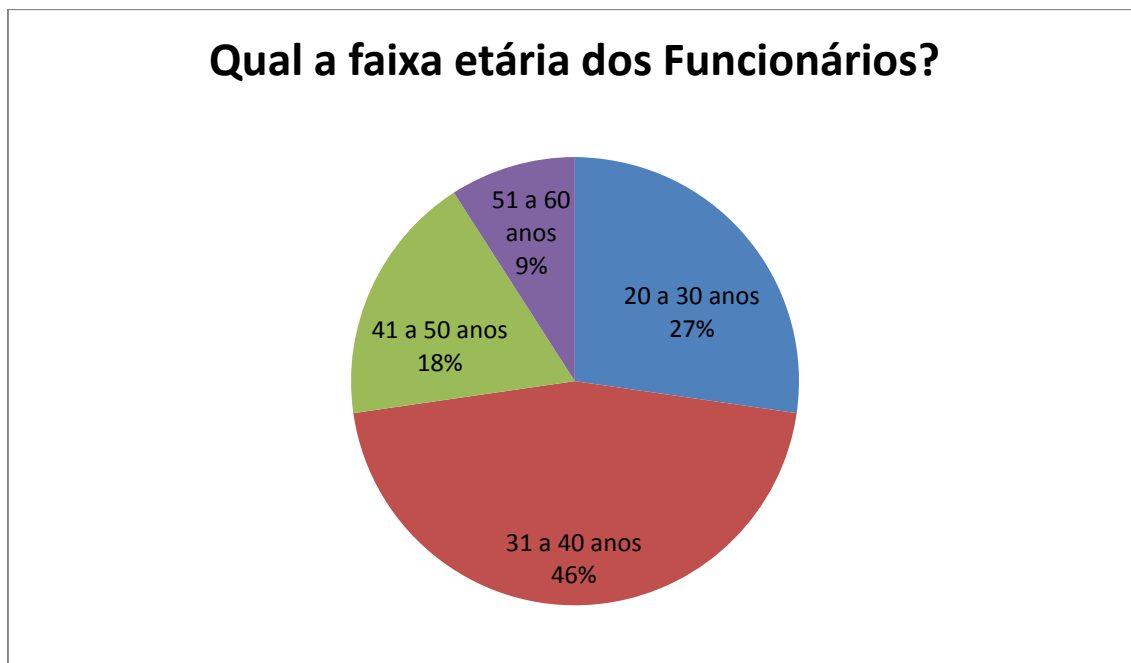
De acordo com o gráfico acima podemos observar a demanda de funcionários da instituição sendo assim 27 % dos funcionários são do sexo masculino e 73% são do sexo feminino.

No Brasil, a ampliação estatística da educação superior feminina é expressiva. Recente publicação acerca da trajetória da mulher na Educação Brasileira, no período de 1996 a 2003, aponta um salto quantitativo de homens e mulheres matriculados na Graduação, mas ressalta que a diferença entre os sexos, que era 8,7%, em 1996, a favor das mulheres, cresceu para 12,8%, em 2003. Destaca, também, que o crescimento da presença das mulheres no Ensino Superior se dá em todas as regiões do País.(Rev. bras. enferm. vol.61;. 2008)

A seguir será apresentado o perfil de idade dos funcionários da Instituição



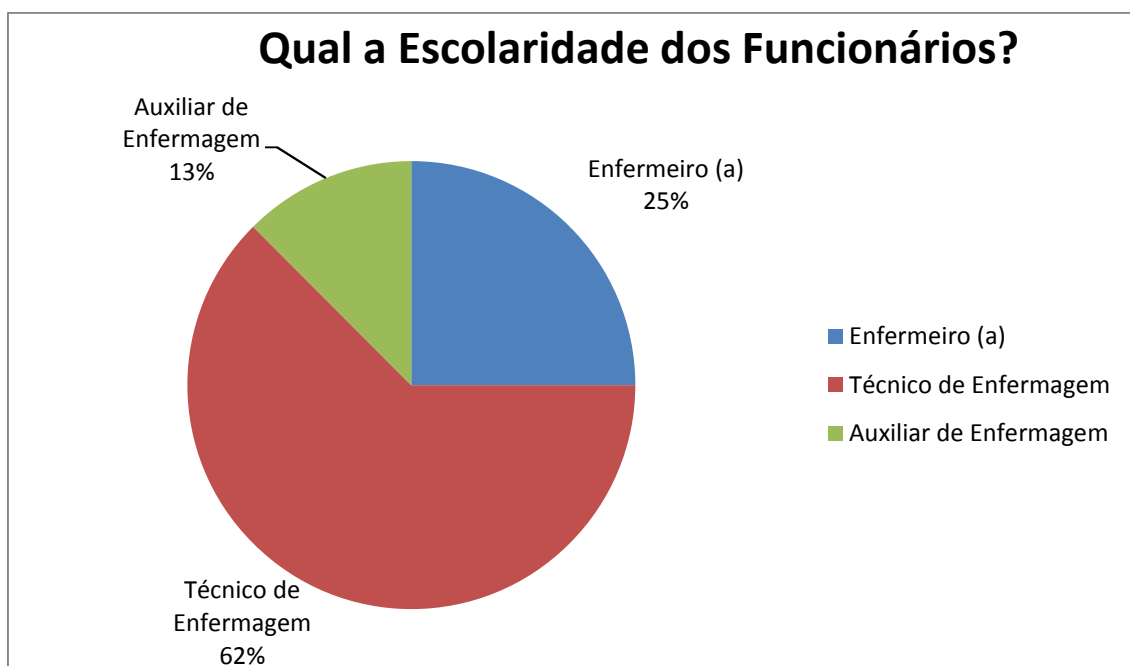
**Gráfico 6: Faixa etária dos Funcionários**



**Gráfico 6 Faixa etária dos funcionários da Instituição, Fonte: pesquisa direta 2015**

De acordo com o gráfico acima podemos observar que 27% dos entrevistados tem a idade entre 20 e 30 anos, e 46% dos entrevistados tem a idade entre 31 a 40, 18% dos entrevistados tem a idade entre 41 e 50 anos, 9% dos entrevistados tem a idade entre 51 e 60 anos.

**Gráfico 7: Escolaridade dos Funcionários**



**Gráfico 7 Escolaridade dos Funcionários da Instituição, Fonte: pesquisa direta 2015**

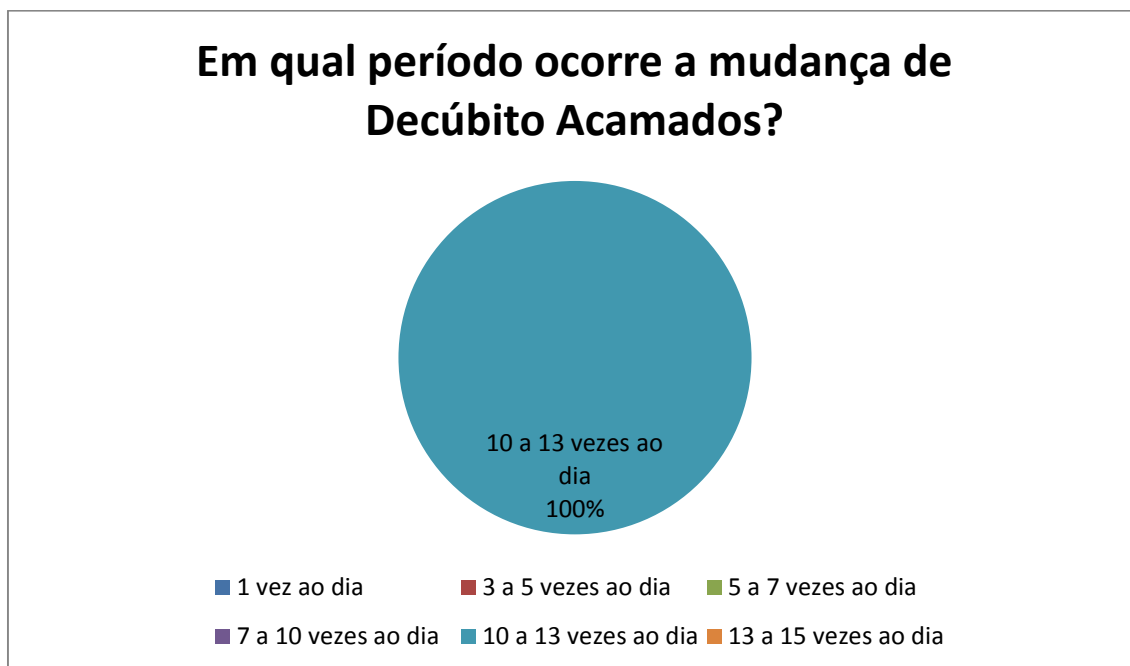
De acordo com o gráfico acima podemos observar a demanda de funcionários da instituição na qual 62% são técnicos de enfermagem, 13% e auxiliar de enfermagem e 25% são enfermeiros.

Durante a entrevista foi perguntado aos entrevistados quanto ao reposicionamento ou mudança de decúbito.

A mudança de decúbito deve fazer parte das intervenções para alívio da pressão persistente sobre as áreas mais vulneráveis e deve ser realizada nos pacientes em uso de equipamentos de redistribuição de pressão. Sua frequência deve ser estabelecida de acordo com os resultados da avaliação do enfermeiro, necessidades individuais de conforto estado geral do paciente e interferência com o plano de cuidado global (ex. fisioterapia, alimentação, higiene etc.). (Knobel, 2006)

De acordo com (Knobel, 2006) pacientes que estão restritos ao leito e com alto risco a mudança de decúbito deve ser realizada a cada 2 horas e de extrema importância o uso de coxins, travesseiros ou protetores de espuma para proeminência óssea e materiais para reduzirem a pressão sobre os calcâneos.

**Gráfico 8: Mudança de Decúbito Acamados**



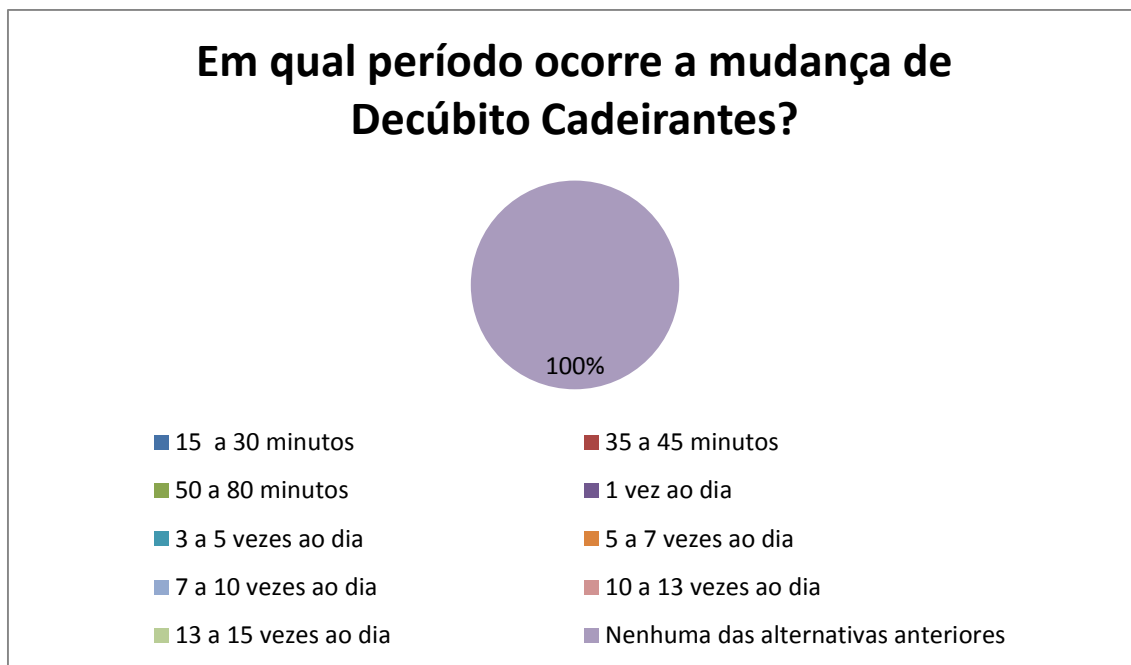
**Gráfico 8 Mudança de decúbito dos pacientes acamados, Fonte: pesquisa direta 2015**

Podemos observar que todos os funcionarios responderam que a mudança de decubito e realizada de 13 a 15 vezes ao dia ou seja no periodo noturno e diurno a mudança e realizada de 2 em 2 horas.

Segundo Helena Silva o posicionamento e mudança de decúbito é considerado o momento ideal para observar a pele e vigiar as zonas mais suscetíveis de pressão. A maioria dos estudos mostram que o reposicionamento deve se de 2 em 2 horas em pacientes acamados. Esta frequência pode variar dependendo da situação de risco do paciente e a superfície de apoio utilizada

Segundo (Knobel, 2006) Ao movimentar pacientes acamados, a utilização adequada de aparelhos elevadores, como trapézio e as pranchas de transferência, reduz o risco de fricção e cisalhamento. Os lenções devem ser mantidos sem rugas pregas ou resíduos alimentares e nada deve ser esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.

**Gráfico 9 : Mudança de Decúbito Cadeirantes**



**Gráfico 9 Mudança de decúbito em pacientes Cadeirantes, Fonte: pesquisa direta 2015**

Podemos observar que todos os funcionarios responderam que e realizada mudança de decubito em pacientes cadeirantes a cada 15 minutos

Segundo helena Silva o posicionamento e mudança de decúbito deve ser realizada a cada 15 em 15 minutos nas cadeiras; mas devem estabelecer um protocolo individual para cada paciente, verificando cada estado clínico e a tolerância da sua pele e tecidos. Esta frequência pode variar dependendo da situação de risco do paciente e a superfície de apoio utilizada

Segundo (Knobel, 2006) Para posicionamento no leito, em poltrona ou cadeiras de rodas devem ser consideradas: o alinhamento postural, a distribuição do peso corporal, a redução da pressão sobre áreas vulneráveis, ou equilíbrio e a estabilidade. Se o decúbito lateral é parte do plano de cuidados e condizente as condições clinicas, deve-se manter a cabeceira da cama elevada ate 30%, evitando a pressão direta sobre o trocanter. Em ângulos maiores que 30% o corpo do paciente tende a escorregar ocasionando atrito e cisalhamento. A persistência em poltrona não devem alterar os pontos de pressão pelo menos a cada uma hora

**Gráfico 10: Realização dos curativos de Pacientes com Úlcera de Decúbito**



**Gráfico 10** Quantidade de vezes que e realizado os curativos nos internos que desenvolverão a úlcera de pressão, Fonte: pesquisa direta 2015.

Durante a entrevista foi perguntado aos entrevistados quantas vezes ao dia e realizado o curativo nos pacientes. 100% informa que os curativos são realizados 2 vezes ao dia.

O tratamento de úlceras de pressão dependem do estagio da ferida. As úlceras por pressão em estagio I e II são usualmente tratados com curativos hidocoloides. As Ulceras por pressão em estagio III e IV podem ser cobertas usando-se curativos de hidrofibra absorvíveis no leito da ferida ou com alginatos de calcio “afogados” e colocados no leito da ferida e depois, coberto com hidrolídeos ou curativos transparentes oclusivos. Embora sejam usados, os curativos do tipo úmido-para-seco não são ideias, conforme discutido anteriormente. As outras opções para úlceras por pressão em estagios III e IV são os curativos de espuma e o sistema VAC. ( Morton; Patricia, Fontaine; Dorrie ,2013,p, 1354)

## I 6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao Final desta pesquisa pode-se concluir que o papel do enfermeiro na instituição e de suma importância na prevenção da úlcera de pressão .

Nota-se que toda instituição precisa de um profissional que possa prevenir ou minimizar os problemas que lá existem o possam vir a existir . O trabalho em equipe e de suma importância para que haja um atendimento pleno , com isso os maiores beneficiados serão os internos da instituição , a união de conhecimento e força podem transbordar qualquer situação.

Lembrando que em locais que existem acamados, cadeirantes a vigília e constante ,as tentativas de prevenir o problema terão prioridades nas prescrições de enfermagem pois com a prevenção favorecemos menores custos as entidades e melhorando a qualidade de vida dos internos.

Contudo o final desta pesquisa me trouxe um aproveitamento incalculável para a minha formação profissional , podendo aplicar meus conhecimentos na apenas no setor de trabalho e sim na transferência de conhecimento a outras pessoas.

## I ANEXOS

Eu, \_\_\_\_\_, residente e domiciliada a Rua/Av \_\_\_\_\_, estou ciente de que fui convidada a participar como voluntario nesta pesquisa, com o objetivo de possibilitar o estudo permeando, “ **A atuação do enfermeiro na prevenção de Úlcera de pressão**, colaborando assim com a Acadêmica do X período do curso de graduação em enfermagem, pela Faculdade Cidade de João Pinheiro, a Sra Raely Aparecida de Oliveira Dias Ferreira, na realização do seu trabalho de conclusão de curso.

Compreende que as informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para o aprimoramento Técnico Científico no nível de atenção de atendimento.

Estou ciente de que minha identidade, assim como a da minha família serão preservadas e que as informações obtidas como a pesquisa serão divulgadas de forma que os resultados não poderão ser relacionado diretamente a minha pessoa e/ou da minha família.

Eu confirmo que a pesquisadora explicou-me os objetivos da pesquisa, compreendendo que minha participação voluntaria e que assim posso recuar-me a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que minha recusa traga qualquer prejuízo a mim e a minha família, portanto, autorizo a acadêmica acima citada a realizar coleta de dados em meu prontuário e ponho-me a disposição a responder o questionário pertinente a pesquisa.

---

Assinatura do(a) Entrevistada (a)

### **Questionários destinados à pesquisa científica**

Entrevista elaborada pela acadêmica Raely Aparecida de Oliveira Dias Ferreira acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem, da Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP, composta por questões fechadas à cerca do tema “ **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO** ”, tendo por finalidade a análise dos dados para a construção de texto monográfico. Faz-se importante salientar que não há necessidade de se identificar.

1. Quantos residentes do sexo feminino?
2. Quantos residentes do sexo Masculino?
3. Quantos residente acamados do sexo feminino?
4. Quantos residentes acamados do sexo Masculino?
5. Quantos residentes cadeirantes do sexo feminino?
6. Quantos residentes cadeirantes do sexo Masculino?
7. Quantos residentes do sexo Feminino desenvolveram a Úlcera de Decúbito?
8. Quantos residentes do sexo Masculino desenvolveram a Úlcera de Decúbito?



## Questionário destinado aos funcionários da Instituição

Entrevista elaborada pela acadêmica Raely Aparecida de Oliveira Dias Ferreira acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem, da Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP, composta por questões abertas e fechadas à cerca do tema “ **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO** ”, tendo por finalidade a análise dos dados para a construção de texto monográfico. Faz-se importante salientar que não há necessidade de se identificar.

1) Perfil Social dos funcionários da Instituição:

Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

2) Faixa etária dos Funcionários

( ) 20 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 60 anos

3) Escolaridade

( ) Analfabeto ( ) Ensino Médio ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino Superior ( ) Curso Técnico ( ) Acadêmico ( ) Enfermeiro(a)

4) Quantas vezes fazem a mudança de decúbito em pacientes acamados ?

( ) 1 vez ao dia ( ) 3 a 5 vezes ao dia ( ) 5 a 7 vezes ao dia

( ) 7 a 10 vezes ao dia ( ) 10 a 13 vezes ao dia ( ) 13 a 15 vezes ao dia

5) Quantas vezes fazem a mudança de decúbito em pacientes cadeirantes

? ( ) 15 a 30 minutos ( ) 35 a 45 minutos ( ) 50 a 80 min

a. ( ) 1 vez ao dia ( ) 3 a 5 vezes ao dia ( ) 5 a 7 vezes ao dia

b.  7 a 10 vezes ao dia  10 a 13 vezes ao dia  13 a 15 vezes ao dia

6) Quantas vezes ao dia é realizado o curativo dos pacientes que tem Úlcera de pressão?

a.  1 vez ao dia  2 vezes ao dia  3 vezes ao dia

b.  4 vezes ao dia  5 a 6 vezes ao dia  7 a 8 vezes ao dia

## I. Referências Bibliográficas

CANDIDO, Luiz Cláudio. **Nova abordagem no tratamento de feridas**. São Paulo: Senac,2001.

DEALEY, Carol. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

HEMORIO; **Protocolos de enfermagem; Prevenção e tratamento de úlcera por pressão**, 1º ed .2010

KNOBEL, Elias. **Conduta do Paciente Grave**. 3.ed;2010.

MORTHON, Patricia; Dorrie,Fontaine **Cuidados Criticos de Enfermagem uma abordagem Holistica**, 9º Ed; 2013

Ministério da saúde/ Anvisa/ fiocruz; **Protocolo para prevenção de úlceras de pressão**, 2013.

PORTO;Celmo, **Semiologia Medica**, 4º ED;2001

POTTER;Perry, **Fundamentos de Enfermagem**, 8º Edição;2013

PELLICO,Linda; **Enfermagem Medico- Cirurgico**, 1º Ed;2015

PORTH, Carol Mattson. **Fisiotopatologia**. 6.ed.

PORTO, Porto. **Semiologia Medica**. 7.ed,2014

ROCCO,Jose. **Semiologia Medica**

SILVA, Helena. **Prevenção e tratamento das feridas da evidência a pratica**. 1.ed. 2014

TIAGO, F. **Feridas: etiologia e tratamento**. Ribeirão Preto, 2a. edição, 1995.