

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

Laura de Lourdes Ribeiro Campos

Enfermeira, aluna do curso de Especialização em "Saúde da Família",
Fundação de Ensino Superior de Passos - UEMG

Vilma Elenice Contatto Rossi

Enfermeira, doutora em Enfermagem
Docente no Curso de Especialização em "Saúde da Família" da
Fundação de Ensino Superior de Passos - UEMG

RESUMO

São chamadas úlceras de pressão aquelas decorrentes de isquemia tecidual provocada pela alteração do reflexo de dor em pacientes com lesão medular, pacientes debilitados, idosos ou cronicamente doentes. No Brasil, poucos estudos vêm sendo realizados a respeito das úlceras de pressão e seu tratamento. É consensual que as úlceras de pressão constituem um problema sério, causando uma mortalidade e mobilidade significativas. Os principais fatores de risco incluem a imobilidade e a desnutrição como determinantes no aparecimento de úlceras de pressão. Os materiais de redução e alívio da pressão podem contribuir extensivamente para a prevenção destas situações. Neste artigo, baseado em um trabalho monográfico anterior, é feita uma análise dos cuidados disponíveis aos doentes com úlceras de pressão e das evidências que suportam a melhor prática. Serão focados alguns aspectos essenciais e comuns a todas as úlceras de pressão, de modo a facilitar a caracterização da população de risco e a definição de estratégias de prevenção e tratamento efetivos.

Palavras-chaves: Úlcera de pressão. Prevenção. Tratamento

PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE ULCERS

ABSTRACT

Pressure ulcers are those originated from ischemia in the tissue and they are linked to pain alteration within medullar ill, weak, aged or chronically sick patients. There are few studies being carried out in Brazil about pressure ulcers and their treatment. Pressure ulcers are accepted as a serious condition with a high mortality and immobility rate. Immobility and malnutrition are responsible in the development of pressure ulcers. As to reduce and relieve the pressure, some components may significantly contribute to hinder the tension. Quoting an essay, this article reviews some treatments available for patients with pressure ulcers and which ones are more appropriate according to evidence. Some fundamental and common aspects of ulcers are analyzed in order to easily spot a risk group and to find preventive strategies and effective treatments.

Keyword: Pressure ulcer. Prevention. Treatment.

1 INTRODUÇÃO

Bryant (1992) define úlcera de pressão como áreas localizadas de necrose tissular que tendem a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre a proeminência óssea e uma superfície externa

por um longo período de tempo. Para Costa *et al* (2005), as úlceras de pressão correspondem a focos localizados de necrose celular, decorrentes de isquemia tecidual, provocados pela alteração do reflexo de dor em pacientes com lesão medular, pacientes debilitados, idosos ou cronicamente doentes, sendo mais comuns em áreas onde há comprometimento da circulação secundária a compressão.

Diante da grande relevância social e econômica da enfermidade, suas dificuldades de tratamento e o grande número de ocorrências em todo o mundo, é fundamental que exista uma mobilização de esforços científicos e de toda a equipe de saúde na busca de melhorias na prevenção e tratamentos mais eficientes, sendo assim altamente justificável e relevante o desenvolvimento de estudos sobre o tema, buscando contribuir cientificamente para a sistematização da assistência de enfermagem, melhorar a qualidade dos serviços prestados e contribuir para o conhecimento sobre a prevenção e tratamento das úlceras de pressão. Porém, o sucesso do controle das úlceras de pressão exige a elaboração e implementação de um programa abrangente, direcionado por uma equipe multiprofissional, que busque oferecer diretrizes para identificar pacientes sob risco e minimizar os fatores de risco.

Neste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge como uma importante alternativa de atendimento a essa clientela domiciliar, já que foi concebido como uma estratégia de organização dos serviços de saúde que considera o espaço domicílio/comunidade como o espaço estratégico para sua atuação, priorizando ações de vigilância à saúde.

Desta forma, o problema que norteou o presente estudo consistiu no questionamento de como são realizadas as ações de prevenção e tratamento das úlceras de pressão pelas equipes dos PSFs Alvorada e Rosário I e II, localizadas no município de Formiga, região Centro Oeste Mineira, objetivando identificar, analisar e avaliar as práticas das equipes desses PSFs em relação à prevenção e tratamento das úlceras de pressão, verificando se existem falhas nas práticas de prevenção e tratamento das úlceras de pressão nos mesmos.

2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades - além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Tradicionalmente, ao se sentirem doentes, as pessoas procuravam o serviço de saúde, cuja prioridade era curar/combater as doenças. O PSF faz o caminho inverso: vai até onde vivem as pessoas embora elas também continuem indo aos serviços de saúde.

Em resumo, o PSF representa a mais importante mudança estrutural já realizada no âmbito da saúde

no Brasil. Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua em sintonia com os princípios do SUS. Visa a universalidade, equidade da atenção e da integralidade das ações e participação social, voltada permanentemente para a saúde e a qualidade de vida do cidadão. (BRASIL, 1997). Estabelece uma nova relação de confiança nas ações de saúde por parte dos que são atendidos e de respeito entre os profissionais da saúde e a comunidade, facilitando a identificação e o atendimento às necessidades de saúde da população. A criação deste vínculo é de fundamental importância na estruturação dos serviços e no padrão de assistência à saúde da população pelo sistema público.

Os objetivos do PSF são ampliar o acesso da população ao sistema de saúde, aumentar a cobertura assistencial e promover a equidade na atenção à saúde através da discriminação positiva da clientela: melhorar a qualidade da atenção à saúde. (BRASIL, 1997).

O modelo da Saúde da Família deve ser direcionado para a atenção primária à saúde, com seus devidos referenciamentos, mas sem abrir mão, quando necessário, da utilização de tecnologias de última geração.

2.1 Úlcera de pressão

As alterações da integridade da pele comumente resultam em lesões denominadas úlceras de pressão (UP), escaras ou úlceras de decúbito e têm sido relatadas como sendo objeto de preocupação da enfermagem desde o seu início com Florence Nightingale, porém, o problema continua sendo bastante comum em pacientes cuidados nos hospitais e domicílios. Hoje, sabe-se que algumas lesões são decorrentes de fatores inerentes à doença e ao estado do paciente de alto risco. No entanto, a maior parte do problema pode ser evitada por meio do uso de materiais e equipamentos adequados para alívio da pressão, cuidados adequados com a pele e considerações com os aspectos nutricionais.

De acordo com Potter (2004), a presença da úlcera de pressão tem sido considerada como um indicador de qualidade dos serviços de saúde. Na América do Norte e Europa, esforços têm sido feitos para o estabelecimento de diretrizes que norteiem a prática visando à redução do problema. Segundo Silva (1998), a úlcera de pressão é uma preocupação antiga dos profissionais que prestam assistência a pacientes acamados, sendo sua prevenção e tratamento um desafio para a equipe de enfermagem por ser esta quem mantém um maior contato com o paciente. Vários estudos foram realizados na perspectiva de melhor entender a origem e desenvolvimento da úlcera de pressão. Ainda de acordo com o autor, é "uma lesão localizada na pele provocada pela interrupção do fornecimento de sangue para a área, geralmente provocada por pressão, cisalhamento ou fricção ou uma combinação dos três".

Na literatura estudada, observou-se que os autores, às vezes, utilizam de modo indistinto os termos úlcera de pressão, úlcera de compressão, úlcera de decúbito e escara de decúbito para se referirem a esse

fenômeno. Braden e Bergstrom (1987), no entanto, esclarecem que o termo úlcera de decúbito refere-se às lesões profundas sobre as proeminências ósseas devido ao confinamento prolongado na cama, e que o termo úlcera de pressão é definido como uma lesão em qualquer superfície da pele que ocorre como resultado de pressão.

A prevenção da úlcera de pressão é relevante, tanto para o paciente quanto para o hospital, no que se refere a custos. Várias pesquisas foram realizadas para comparar o valor de sua prevenção e da cura. Poletti (2000) comprovou que um paciente acometido por úlcera de pressão permanece em média 180 dias no hospital, gerando uma perda de 250.000 libras esterlinas por ano para os cofres públicos no tratamento desses pacientes. Sabe-se também que muitos pacientes deixam de ser internados devido à ocupação dos leitos, concluindo-se então que a prevenção exige um investimento econômico menor do que a cura. Segundo Bergstrom *et al* (1994), existe dificuldade em estimar o custo do tratamento das úlceras de pressão pelo fato de muitas vezes elas não serem registradas por não ser o diagnóstico primário do paciente, mesmo que comumente determine maior morbidade. Este fato dificulta a identificação de todos os casos e, portanto, o cálculo acurado do custo.

2.1.1 Classificação das úlceras de pressão

Segundo Silva (1998), os sistemas de classificação de úlceras de pressão foram desenvolvidos para fornecer aos profissionais da saúde um método uniforme e objetivo para avaliação e descrição das manifestações clínicas das mesmas. Young (1997) afirma que um sistema de classificação é útil para planejar os cuidados que serão prestados ao paciente, mas que estes são limitados, uma vez que são aplicados de acordo com "a descrição visual, não representando de forma exata a extensão das lesões nos tecidos."

A maioria dos sistemas para classificação das úlceras de pressão observados na literatura pesquisada avalia a úlcera de acordo com sua manifestação clínica, isto é, profundidade e/ou severidade, indo de eritema à diminuição de toda a parte mais espessa da pele, com extensiva destruição, necrose de tecido, ou dano ao músculo, osso ou estruturas de suporte.

De modo geral, esses sistemas de classificação utilizam os critérios estabelecidos pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP, entidade Norte-Americana que discrimina quatro estágios na evolução da úlcera de pressão. (BRYANT, 1992). No estágio I, observam-se a epiderme e a derme lesadas, mas não destruídas, com áreas de eritema bem determinado, de cor "vermelha escura ou púrpura". Segundo Young (1997), "o eritema pode ser descrito como pálido ou não pálido", sendo o pálido aquele que empalidece ao toque, mas retorna a vermelho após a retirada da pressão. A autora afirma ainda que isto acontece devido à "oclusão capilar e o preenchimento, indicando portanto uma micro circulação intacta." O não pálido é aquele que permanece vermelho quando pressionado, indicando que houve "uma lesão de pressão irreversível na micro circulação". O paciente com sensação normal reclamará de

dor na área.

No estágio II, a epiderme e derme estão rompidas, podendo envolver o tecido subcutâneo. A pele encontra-se hiperemiada, com presença de bolhas, semelhantes à queimadura, que podem ou não estar rompidas. A pele circunvizinha está vermelha ou escurecida. A úlcera é dolorosa porque os terminais nervosos da camada dermal estão expostos. Neste estágio, a cicatrização pode ocorrer com terapia local e intervenção para excluir o fator causal.

No estágio III, a derme e epiderme estão destruídas e o tecido subcutâneo é atingido, podendo haver presença de drenagem de exsudato, cratera pouco profunda, pontos de necrose e desenvolver infecção. Neste estágio, as úlceras poderão cicatrizar por si mesmas, porém o fechamento espontâneo pode levar meses e resultar em uma cicatriz instável, predisposta à repetição. Por este motivo, frequentemente é preferível o fechamento cirúrgico, exceto se houver contra-indicação.

O estágio IV representa destruição profunda dos tecidos. A úlcera encontra-se extensa, com penetração no tecido subcutâneo atingindo fâscias e podendo envolver tecido muscular e o osso subjacente, com tecido necrótico, comprometimento infeccioso e drenagem. O risco para complicações, tais como septicemia, osteomielite é muito alto. (BRYANT, 1992; DECLAIR, 1994).

Segundo Young (1997), para aplicar esta classificação com segurança, o enfermeiro deve saber identificar a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e diferenciar o tecido granuloso, músculo, tendões e ossos.

Para Potter (2004), um dos meios mais precoces para classificar as úlceras de pressão é por meio de um sistema de graduação ou estagiamento. O sistema de estagiamento para as úlceras de pressão baseia-se na descrição da profundidade do tecido destruído. Uma úlcera coberta por tecido necrótico, como a escara, não pode ser estagiada, até que seja debridada e possa ser observada a profundidade do tecido destruído. Aparelhos ortopédicos e talas podem dificultar a avaliação.

2.1.2 Fatores de risco para desenvolvimento de úlceras de pressão

Segundo Potter (2004), diversos fatores podem ser responsáveis pelo desenvolvimento da úlcera de pressão, comumente, uma combinação de falta de mobilidade, falta de cognição/motivação para movimentar-se e fatores relacionados à nutrição e à presença de incontinência. Em particular, indivíduos com lesões da medula espinhal, diabetes mellitus, cirurgia para prótese de quadril, fraturas femorais, pacientes em Unidade de Terapia Intensiva com baixa perfusão e idosos com múltiplas doenças encontram-se submetidos ao risco. Os locais de desenvolvimento das feridas estão localizados nos tecidos subjacentes entre as proeminências ósseas e as superfícies de apoio, desenvolvendo dessa forma uma ferida que pode ser redonda ou elíptica.

Embora muitos indivíduos tendam a supervalorizar o aspecto de risco "pressão" para o desenvolvimento de úlcera, a pressão isolada não causa ulceração; o dano tissular resulta tanto do

tempo como da pressão. Um gráfico da combinação dos dois fatores produz uma curva hiperbólica, mostrando que o produto da pressão e do tempo é uma constante. (DECLAIR, 1994).

Portanto, uma programação de mudanças de decúbito deve ser individualizada, levando-se em conta todos os fatores relevantes para cada indivíduo: falta de deslocamento do peso, falta dos tecidos moles sobre as proeminências ósseas, desnutrição, umidade excessiva, forças de atrito, posição prolongadamente reclinada tanto na cama como na cadeira, atrito da pele sobre o sacro, deslocamento do paciente sobre os lençóis, incontinência e uso de colchões impermeáveis.

As áreas de risco que necessitam atenção especial incluem trocânteres maiores, sacro, occipício, epicôndilos do cotovelo em uma pessoa deitada no leito, o sacro em uma pessoa reclinada tanto no leito como em cadeiras e as tuberosidades isquiais em uma pessoa sentada com o tronco ereto. O occipício é facilmente negligenciado em um indivíduo com lesão neurológica. Muito frequentemente a necrose da pele sobre a região occipital não é detectada a tempo de evitar lesão em indivíduo cuja cabeça não é reposicionada devido ao risco de lesão na medula. Para qualquer pessoa com limitações de mobilidade, deve-se proteger o calcanhar com travesseiros, calhas, ou levantador de calcanhar. Entretanto, podem se desenvolver úlceras de pressão em várias outras localizações com proeminência óssea, inclusive a face, processos vertebrais, costelas, escápula, processos acromiais, ao longo das cristas ilíacas, espinha ilíaca pósterio-superior, espinha ilíaca ântero-superior, superfícies anteriores, lateral e medial do joelho, margem anterior da tíbia, maléolos, primeiro e quinto metatarsianos e artelhos. (POTTER, 2004).

Para Silva (1998), as áreas de riscos e outras características dos pacientes podem variar de acordo com as condições patológicas. Pode-se supor que um grupo que se mantém basicamente sentado, em um lugar deitado, deve apresentar menos úlceras no calcanhar e mais úlceras isquiais, e o outro grupo de pacientes incapazes de virar suas cabeças estará submetido a um risco maior de úlceras occipitais. Portanto, o profissional deve estar atento às áreas de risco e às circunstâncias de cada paciente, pois o conhecimento dos fatores de risco permite ao profissional e àqueles que cuidam dos pacientes, reduzirem o desenvolvimento de úlceras de pressão.

A fisioterapia pode ser prescrita para melhorar a mobilidade e instruir o paciente quanto ao uso de dispositivos de auxílio e adaptação. Superfícies de apoio especiais e ortoses podem ser prescritas. Além disso, podem ser encaminhados para avaliações e tratamento, os pacientes que apresentam incontinência, tanto urinária quanto intestinal. (POTTER, 2004).

3 METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, com análise quantitativa dos dados que foram coletados a partir de um questionário. O estudo foi desenvolvido nos Programas de Saúde da Família (PSFs) Alvorada e Rosário I e II, localizados na cidade de Formiga-MG.

O processo da coleta de dados ocorreu através de um questionário e de observações realizadas no

meio ambiente, no período de agosto a setembro de 2006.

Os dados coletados foram analisados a partir da interpretação das informações coletadas no cotidiano organizacional e do confronto das mesmas com as teorias levantadas na revisão bibliográfica.

As informações obtidas receberam um tratamento descritivo, e foram tabuladas para permitir uma melhor visualização e agrupamento das respostas obtidas.

O questionário foi aplicado a 30 participantes, sendo 04 técnicos de enfermagem, 03 enfermeiros, 02 médicos e 21 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando sobre os objetivos do estudo, garantia de sigilo e anonimato das informações, assegurando a livre participação no mesmo, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL,1996).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi aplicado às Equipes dos PSFs Alvorada e Rosário I e II, somando um total de 30 profissionais, sendo 03 Enfermeiros, 04 Técnicos de Enfermagem, 02 Médicos e 21 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Percebe-se que 57,66% dos profissionais das equipes dos PSFs estudados têm entre 20 e 30 anos de idade. Quanto ao grau de escolaridade, 70% possuem segundo grau completo e estão no programa em um período de 1 a 6 anos, onde se destaca uma prevalência de 95,23% dos ACSs trabalhando neste período.

Com o objetivo de analisar as práticas para a Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão descritas por estas equipes, foram incluídas no questionário algumas questões referentes ao assunto.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais das equipes dos PSFs quanto a prática de prevenção e tratamento da UP, segundo a avaliação de risco do cliente.
Formiga -MG, 2006

Questões	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Médico	ACS	Total
Durante as visitas domiciliares aos clientes acamados ou cadeirantes, é realizada uma avaliação quanto ao risco para desenvolvimento da Úlcera de Pressão?	%	%	%	%	%
Sempre	33,49	60	100	15	30
Às vezes	66,51	20	--	80	63,33
Não	--	20	--	5	6,67
Existe uma reavaliação periódica dos clientes que apresentam Úlcera de Pressão ou risco para desenvolvê-la?					
Sempre	33,49	40	50	60	53,34
Às vezes	66,51	40	--	25	30
Não	--	20	50	15	16,66

Nas visitas domiciliares aos portadores de Úlcera de Pressão, são passadas informações aos cuidadores ou familiares quanto aos cuidados em relação à prevenção e o tratamento da ulcera de pressão?					
Sim	100	100	100	100	100
Não	--	--	--	--	--
Em seu PSF existe um protocolo para prevenção e tratamento da Úlcera de Pressão?					
Sim	--	--	--	--	--
Não	100	100	100	100	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2006.

Verifica-se que, durante as visitas domiciliares aos clientes acamados ou cadeirantes, 63,33% dos profissionais pesquisados responderam que às vezes é realizada uma avaliação quanto ao risco de desenvolvimento da úlcera de pressão, sendo que 100% dos médicos questionados contradizem dizendo que esta avaliação é realizada sempre.

Braden e Bergstrom (1987) desenvolveram um modelo conceitual relacionado a fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera de pressão, classificando aqueles focalizados na pressão: a mobilidade, a atividade e a percepção sensorial diminuídas. Focalizaram também os fatores relacionados à tolerância tissular classificando-os em: extrínsecos (umidade, fricção e cisalhamento) e intrínsecos (nutrição, idade, pressão arteriolar e outros fatores hipotéticos como: edema, stress emocional, fumo e temperatura). A partir deste esquema conceitual, construíram uma escala para produzir o risco do paciente para desenvolver a úlcera de pressão. Os fatores incluídos na escala foram: percepção sensorial, nível de atividade, nível de mobilidade, padrão de nutrição, presença de forças de fricção e cisalhamento. A escala de Braden foi validada na língua portuguesa por Paranhos e Santos. (1999).

Observa-se que 53,34% dos profissionais estudados relatam que sempre há uma reavaliação dos clientes portadores de UP, sendo que 66,51% dos enfermeiros e 40% dos técnicos de enfermagem afirmam realizar esse procedimento às vezes.

Como as condições de saúde se modificam, torna-se necessária uma reavaliação periódica dos pacientes e a documentação no prontuário, tanto da coleta dos dados quanto das medidas preventivas realizadas. (BERGSTROM *et al*, 1992).

Quanto aos cuidados em relação à prevenção e ao tratamento da úlcera de pressão 100% das equipes relataram passar informações aos cuidadores e familiares.

Segundo informações das equipes, em nenhum dos PSFs existe um protocolo para prevenção e tratamento da úlcera de pressão.

Hess (2002) relata que, para prevenir as úlceras de pressão e viabilizar desfechos positivos, uma equipe multiprofissional deve elaborar e implementar um programa abrangente que identifique pacientes sob risco e minimizar esses fatores. A partir dessas diretrizes, podem ser estabelecidos os planos de cuidado.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais das equipes dos PSFs quanto a prática de orientação dos familiares e cuidadores sobre a prevenção e tratamento da UP, segundo cuidados da pele e tratamento inicial - Formiga-MG, 2006

Questões	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Médico	ACS	Total
	%	%	%	%	%
Utiliza algum produto para hidratação da pele?					
Sim	100	100	100	95	99,66
Não	--	--	--	5	3,34
Realiza massagens nas regiões de proeminências ósseas?					
Sim	33,49	60	50	20	30
Não	66,51	40	50	80	70
Utiliza algum produto ou mecanismo de proteção contra umidade em clientes incontinentes?					
Sim	66,51	100	50	90	86,67
Não	33,49	--	50	10	13,33
Utiliza algum colchão redutor de pressão?					
Sim	100	80	100	75	80
Não	--	20	--	25	20
Utiliza algum tipo de almofada para posicionar o cliente?					
Sim	100	100	100	85	90
Não	--	--	--	15	10

Fonte: Dados da pesquisa, 2006.

Com relação às orientações repassadas aos familiares quanto à prevenção e tratamento das UP, 96,66% dos profissionais afirmaram orientar os familiares a utilizarem algum produto para hidratação da pele.

Silva (1998) salienta que, quanto ao cuidado da pele e tratamento inicial, as recomendações destacam que a pele deve ser mantida limpa, livre de umidade com auxílio de fraldas descartáveis, formas impermeáveis à perspiração, ou com uso de cremes ou óleos que façam uma barreira à umidade. Também a pele deve ser mantida sem ressecamentos. As forças de fricção e cisalhamento devem ser minimizadas evitando-se arrastar o paciente durante as transferências no leito ou na cadeira ou ainda nas mudanças de decúbito.

Quanto à realização de massagens nas regiões de proeminências ósseas, 30% indicam este procedimento aos familiares, sendo constatada maior incidência entre os técnicos de enfermagem e os médicos, com 60% e 50% respectivamente.

Verifica-se que 86,67% dos profissionais relataram orientar os familiares quanto à utilização de algum produto ou mecanismo de proteção contra umidade em clientes incontinentes, destacando-se a atuação dos técnicos de enfermagem e ACS, com 100% e 90% respectivamente. Porém, 33,49% dos enfermeiros e 50% dos médicos afirmam não repassar essas orientações aos familiares.

Quanto à utilização de algum colchão redutor de pressão, 80% dos profissionais disseram orientar

os familiares sobre o uso e 90% afirmaram também orientar sobre a utilização de algum tipo de almofada para posicionar o cliente. Para evitar lesão causada pelo contato das proeminências ósseas umas com as outras, travesseiros, cunha de espuma ou outros dispositivos devem ser utilizados para manter os joelhos e os tornozelos separados.

Para Potter (2004), qualquer pessoa com mobilidade comprometida, que esteja restrita ao leito, deve ter um dispositivo que alivie totalmente a pressão sobre os calcanhares, usualmente deixando-os fora do leito. Isto pode ser feito simplesmente colocando-se travesseiros sob as pernas ou pode incluir dispositivos mais complexos, como as botas Multipodus.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais das equipes dos PSFs quanto ao registro no prontuário do cliente e tomada de decisões sobre a prevenção e tratamento da UP - Formiga-MG, 2006.

Questões	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Médico	ACS	Total
Após a visita domiciliar ao portador de Úlcera de Pressão é realizado algum registro quanto à evolução clínica de seu quadro no prontuário que fica arquivado no PSF?	%	%	%	%	%
Sempre	66,51	–	100	35	36,68
Às vezes	–	40	–	45	36,66
Não	33,49	60	--	20	26,66
Os curativos nos clientes portadores de Úlcera de Pressão são realizados por:					
a) Auxiliares/Técnicos de enfermagem	–	25	50	30	26,66
b) Auxiliares/Técnicos/Familiares e cuidadores	33,34	25	–	25	23,33
c) Enfermeiros/Técnicos de enfermagem/Familiares e cuidadores	66,66	50	50	40	46,66
d) Enfermeiros	–	--	--	5	3,35
A decisão do tratamento das Úlceras de Pressão é feita por:					
a) Médicos	–	25	100	15	20
b) Enfermeiros e médicos	66,66	75	–	60	56,66
c) Auxiliares/Técnicos de enfermagem	–	–	–	5	3,33
d) Auxiliares/Técnicos de enfermagem/Médicos	–	–	–	10	6,66
e) Enfermeiros	33,34	--	--	15	13,35

Quanto à realização de registros no prontuário do cliente portador de UP, 36,68% dos profissionais relataram que, sempre, realizam algum registro, 36,66% que às vezes e 26,66% não realizam.

Todas as intervenções e resultados devem ser avaliados, monitorizados e documentados no prontuário (SILVA, 1998). Segundo 46,66% dos profissionais, os curativos dos clientes portadores de UP são realizados principalmente pelos enfermeiros/técnicos de enfermagem, familiares e cuidadores. Em relação à decisão do tratamento das UP 56,66% dos participantes do estudo responderam que a decisão do tratamento é realizada por enfermeiros e médicos.

Para Rangel (2004), a prevenção requer uma abordagem sistêmica que se inicia com a avaliação do paciente em risco para desenvolver úlcera de pressão e prossegue com a adoção de medidas preventivas

apropriadas, o que envolve toda equipe de saúde.

Estudos (CALIRI; MIYAZAKI; PIPER, 2003; COSTA, 2003; RABEH, 2001) têm mostrado que a úlcera de pressão não é de responsabilidade única da enfermagem, pois a sua ocorrência envolve uma multicausalidade de fatores. Assim, concorda-se com os autores que, para a prevenção e tratamento da UP, é necessária uma abordagem multidisciplinar, com uma visão sistêmica do problema.

Quando questionados se os médicos realizam visitas domiciliares aos clientes portadores de UP, 76,66% dos profissionais responderam que as visitas são realizadas às vezes. Entre os médicos, 50% relataram que às vezes fazem as visitas e 50% que não as realizam.

4 CONCLUSÕES

Os resultados alcançados através da aplicação dos questionários permitiram uma identificação, análise e avaliação fundamentada sobre as ações dos três PSFs estudados quanto à prevenção e tratamento das úlceras de pressão.

Verificou-se que, durante as visitas domiciliares aos clientes acamados ou cadeirantes apenas 30% dos profissionais pesquisados afirmaram sempre realizar a avaliação do risco para desenvolvimento de úlceras de pressão; percentual que pode ser considerado muito baixo, pois o pilar fundamental para o desenvolvimento de uma assistência voltada para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão constitui-se nesse processo de avaliação, pois é através dele que serão identificados os pacientes propensos a desenvolver a doença e estabelecida a definição das medidas preventivas que deverão ser adotadas.

Em relação à sistematização da assistência de enfermagem, percebeu-se que as unidades estudadas precisam melhorar, pois 100% dos participantes da pesquisa relataram que não existe um protocolo para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão dentro dos PSFs, e apenas 36,68% relataram realizar sempre algum registro quanto à evolução clínica do quadro do paciente no prontuário, procedimento que é considerado como fundamental para realização de um processo de enfermagem adequado.

A literatura também realça que é de suma importância para o trabalho dos PSFs conhecer o número de ocorrências em sua área de atuação, pois através dessas informações é possível avaliar o trabalho preventivo que tem sido realizado bem como identificar a necessidade de intensificar as ações preventivas, de acordo com a intensidade das manifestações da enfermidade.

Em relação ao tratamento das úlceras de pressão, verificou-se que os curativos nos clientes portadores da enfermidade são realizados diariamente e que na grande maioria dos casos os enfermeiros realizam visitas a esses pacientes (90%), no entanto, 76,66% dos integrantes da equipe responderam que os médicos não realizam visitas domiciliares e 53% afirmaram que não é realizado avaliação nutricional dos clientes com potencial ou portadores de úlceras de pressão.

Ao realizar uma análise sobre os processos de orientação e supervisão para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão dentro dos PSFs pesquisados, constatou-se que a maioria dos membros das equipes (66,67%) consideram que não existe uma preocupação e cobrança efetiva por parte de seus superiores em relação ao tema, e 50% relatam que os enfermeiros responsáveis pelos PSFs não realizam orientações a equipe sobre prevenção e tratamento das úlceras de pressão.

Esta realidade demonstra uma possível falta de conscientização dos profissionais dos PSFs em relação à importância das úlceras de pressão, pois diante da relevância de tal enfermidade, é necessário que seja realizado constantemente um trabalho efetivo de conscientização do público interno e externo, sendo estabelecidas metas a serem alcançadas e avaliações dos resultados quanto à prevenção e tratamento das úlceras de pressão.

Diante dessa realidade, é importante que os membros dos PSFs estudados se reúnam para realizar reflexões e discussões a respeito do número de ocorrências, prevenção e tratamento das úlceras de pressão em suas respectivas áreas de atuação, visando criar uma maior conscientização sobre o tema, identificar as falhas existentes no processo atual, estipular metas a serem alcançadas e elaborar estratégias de intervenção que proporcionem melhorias na qualidade da assistência prestada aos clientes em relação às úlceras de pressão.

Conclui-se que as unidades estudadas desempenhem um papel importante nas ações de prevenção e tratamento das úlceras de pressão em nível domiciliar, porém, foi identificado que esses PSFs podem e devem melhorar a qualidade da assistência prestada a seus clientes em relação às úlceras de pressão, sendo necessário investir no treinamento de seus profissionais, realizar ações de orientação e supervisão da equipe de forma mais efetiva e trabalhar na construção de protocolos para a avaliação, identificação dos clientes em risco e para nortear a escolha das intervenções preventivas e curativas adequada. Aos participantes foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo sigilo e anonimato das informações.

REFERÊNCIAS

BERGSTROM, N. *et al.* **Pressure ulcers in adults: prediction and prevention clinical practice guideline.** Quick reference for clinicians. Rockville: Department of Health Device/Agency for Health Care Policy and Research, 1992.

BERGSTROM, N. *et al.* The Braden scale for predicting pressure sore risk. **Nursing research**, USA, v. 36, n. 4, p. 205-210, july/aug. 1994.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, DF: CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde Comunitária, 1997.

BRYANT, R. A. **Acute chronic wounds**: nursing management. St. Louis: Mosby Year Book, 1992.

CALIRI, M. H. L.; MIYAZAKI, M. Y.; PIPER, B. Knowledge about pressure ulcers by undergraduate nursing students in Brazil. **Journal of ostomy/Wound management**, USA, v. 49, n. 3, p. 54-63, 2003.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. 2003. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2003.

COSTA, M. P. *et al.* Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta ortopédica brasileira**, São Paulo, vol. 13, n. 3, p. 124-133, 2005.

DECLAIR, V. Aplicação do triglicerídios de cadeia média (TCM) na prevenção de úlceras de decúbito. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, v. 47, n. 1, p. 27-30, jan./mar. 1994.

HESS, C. T. **Tratamento de feridas e úlceras**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

PARANHOS, W, Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. esp., p. 191-206, 1999.

POLETTI, N. A. A. **O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas**: a busca de evidências práticas. 2000. 269 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2000.

POTTER, P. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogam, 2004.

RABEH, S. A. N. **Úlcera de pressão**: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento da literatura de enfermagem. 2001. 172 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 2001.

RANGEL, E. M. L. **Conhecimentos, práticas e fontes de informação para enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento da úlcera de pressão**. 2004. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2004.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de saúde pública** [online], vol. 34, n. 3, p. 316-319, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2008.

SILVA, M. L. S. **Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados**. 1998. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1998.

YOUNG, T. Classificação das úlceras de pressão. **Revista nursing**, São Paulo, v. 9, n. 107, p. 21, jan. 1997.