

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

ADRIANA SILVA DE MELO

**A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO**

**PATOS DE MINAS
2011**

ADRIANA SILVA DE MELO

**A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO
DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Monografia apresentada a
Faculdade Patos de Minas como
requisito parcial para conclusão do
Curso de Graduação em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Marlene
Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca

**PATOS DE MINAS
2011**

616-002.44 MELO, Adriana Silva de

M528a A atuação do Enfermeiro na prevenção da
Úlcera por pressão / Adriana Silva de Melo –
Orientadora: Prof^a. Ms. Marlene Aparecida
Lopes Ferreira Del Ducca. Patos de Minas/MG:
[s.n.], 2011. 47 p.: II.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos
de Minas – FPM
Curso de Bacharel em Enfermagem

1Úlcera por pressão. 2 Prevenção. 3 Atuação da Enfermagem
I Adriana Silva de Melo. II Título.

ADRIANA SILVA DE MELO

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA
ÚLCERA POR PRESSÃO

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientadora:

Prof.^a Ms. Marlene Ap. Lopes Ferreira Del Ducca
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof.^a Daiana Cristina Nunes
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Dr. Hugo Christiano Soares Melo
Faculdade Patos de Minas

Dedico esta pesquisa a todos
aqueles que sofrem e choram a dor
de uma úlcera por pressão!

Agradeço a DEUS pelo dom da sabedoria, sem ele não seria possível a construção deste trabalho.

Aos meus pais Lúcia, e Silas pelo apoio e incentivo que me deram nas horas difíceis; aos meus irmãos que com seu carinho me incentivam; a minha sobrinha Yasmim pela compreensão e presença; aos meus colegas pela paciência e amizade;

Em especial agradeço a Prof^a. Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca pelo carinho, apoio, dedicação e compreensão.

Aos meus amigos obrigado pela amizade e descobertas.

À todos que estiveram presentes de alguma forma durante este período da elaboração desta pesquisa, meu muito obrigado !

Mantenha seus pensamentos positivos, porque seus pensamentos tornam-se suas palavras. Mantenha suas palavras positivas, porque suas palavras tornam-se suas atitudes. Mantenha suas atitudes positivas, porque suas atitudes tornam-se seus hábitos. Mantenha seus hábitos positivos, porque seus hábitos tornam-se seus valores. Mantenha seus valores positivos, porque seus valores... tornam-se seu destino."

Mahatma Gandhi

RESUMO

As úlceras por pressão são alterações da integridade da pele que podem resultar em lesões. Trata-se da compressão da pele de uma proeminência óssea e uma superfície rígida, por um período prolongado ocasionando o comprometimento do aporte sanguíneo e seus nutrientes. Ocorre consequente oclusão dos vasos e capilares resultando em isquemia e necrose tissular. É um fator predisponente para outras complicações como as infecções. Esta pesquisa teve como objetivo identificar as ações de enfermagem caracterizadas como medidas preventivas para o aparecimento das úlceras por pressão. Tratou-se de um estudo descritivo e qualitativo desenvolvido com base em revisão de literatura, realizado através de levantamento bibliográfico. Evidente ficou que a úlcera por pressão traz para o paciente muito sofrimento e dor, além de representar um grande problema de Saúde Pública. A prevenção é a forma mais prática, eficiente e barata de cuidar e evitar o surgimento da úlcera e de suas complicações. Assim o enfermeiro deverá estar atento a pacientes com predisposição ao aparecimento de tais lesões, estar sempre atualizado quanto às técnicas e procedimentos usados na prevenção, fornecer informações e orientações a pacientes e familiares quanto as formas de evitar o aparecimento da úlcera, minimizando o sofrimento do paciente, diminuindo gastos com o tratamento e se acaso acontecer o aparecimento das úlceras, saber tratá-las com competência.

Palavras-Chave: Úlcera por pressão. Prevenção. Atuação da Enfermagem.

ABSTRACT

The pressure ulcers are changes in skin integrity that may result in injury. It is the compression of the skin of a bony prominence and a hard surface for a prolonged period causing impaired blood supply and nutrients. Occurs consequent occlusion of vessels and capillaries resulting in tissue ischemia and necrosis. It is a predisposing factor for other complications such as infections. This research aimed to identify nursing actions characterized as preventive measures for the development of pressure ulcers. This was a qualitative descriptive study and developed based on literature review, Became evident that the pressure ulcer brings to the patient much pain and suffering, and represents a major public health problem. Prevention is the most practical, efficient and inexpensive to care for and avoid the appearance of the ulcer and its complications. So the nurse must be attentive to patients with a predisposition to the appearance of such lesions, to be always updated on the techniques and procedures used in prevention, provide information and guidance to patients and families about ways to avoid the appearance of the ulcer and reduce the suffering of patient, reducing spending on treatment and chance happen to the appearance of ulcers, know how to treat them with competence.

Keywords: Pressure ulcer. Prevention. Nursing action

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Úlcera por Pressão estágio 1.....	19
Figura 2- Úlcera por Pressão estágio 2.....	20
Figura 3- Úlcera por Pressão estágio 3.....	20
Figura 4- Úlcera por Pressão estágio 4.....	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ÚLCERAS POR PRESSÃO	13
2.1	Etiologia da úlcera por pressão	14
2.2	Epidemiologia da úlcera por Pressão	14
2.2.1	Fatores extrínsecos e intrínsecos	16
2.2.2	Fatores predisponentes ao desenvolvimento da UP	16
2.2.3	Áreas susceptíveis ao desenvolvimento da UP.....	18
2.3	Estágios da úlcera por pressão	19
2.4	Prevenção das úlceras por pressão	21
3	TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO	23
3.1	Tipo de material utilizado nos curativos	29
3.2	Um tratamento: o desbridamento	30
3.3	Escala de Braden e Waterlow	31
4	AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO	33
4.1	Ações de enfermagem no tratamento das úlceras por pressão	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão, uma desfavorável realidade do atendimento hospitalar, que demonstra falta de cuidado e observação de enfermagem entre outros fatores, é principalmente ocasionada por uma área de pressão da pele de uma proeminência óssea, por haver pouco tecido subcutâneo, com uma superfície por longo tempo. Esse fator faz gerar isquemia e lesão tecidual, fator predisponente para outras complicações como as infecções. Isso nos leva à reflexão sobre a necessidade de prevenção, de conscientização dos profissionais e também de familiares que se colocam na condição de cuidadores.

A úlcera por pressão é uma alteração da integridade da pele, comum entre pacientes acamados por longos períodos, que acontecerá devido à interrupção de oxigênio e suprimento sanguíneo, gerando isquemia e necrose tecidual, o que resultará na destruição da pele, trazendo para o paciente desconforto e dor.

Os fatores predisponentes ao seu aparecimento são os fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos estão relacionados ao estado físico do paciente, como incontinência urinária, tabagismo, imobilidade, déficit sensorial, desidratação desnutrição. Os extrínsecos estão relacionados ao mecanismo causador do trauma que pode ter contribuído para o aparecimento da úlcera por pressão, como a fricção, o cisalhamento, a pressão por tempo prolongado. Isto pode levar o paciente a desenvolver sérias complicações.

As áreas mais susceptíveis ao aparecimento dessas lesões são as regiões sacrococcígeas, as tuberosidades isquiáticas, o trocanter maior, o calcâneo, o joelho, o maléolo, o côndilo medial da tíbia, a cabeça da fíbula, a escápula, e o cotovelo.

A prevenção da úlcera por pressão é mais importante que o tratamento, visto que reduz os altos gastos hospitalares com tratamento e minimiza o

sofrimento do paciente. Assim, cabe principalmente a enfermagem identificar os fatores de risco e promover ações de caráter preventivo, sendo essa a parte mais atuante junto ao paciente durante o processo de internação, pois é a equipe de enfermagem quem presta todos os cuidados ao paciente. O enfermeiro tendo como meta a prevenção, minimizaria o sofrimento do paciente e evitaria gastos hospitalares com o tratamento.

As deficiências nutricionais também contribuem para o desenvolvimento da úlcera por pressão, ao diminuir o transporte de oxigênio e causando a destruição tecidual; também os pacientes com circulação deficiente estão em grande risco de desenvolver úlceras por pressão pela possibilidade de hipóxia tecidual.

O enfermeiro deve atentar para os pacientes que tem predisposição para desenvolver úlcera por pressão e usar os procedimentos para aliviar pressões, elaborar rotinas, orientar, informar, e educar tanto familiares quanto os demais profissionais de saúde, a fim de prevenir o aparecimento dessas lesões, que prejudicam a qualidade de vida do paciente. Neste contexto o enfermeiro deve estar constantemente avaliando a pele do paciente e estar atento a sinais de ruptura da pele que seriam o eritema e a hiperemia, usando técnicas preventivas, e se caso ocorrer o aparecimento da úlcera por pressão tratá-la com competência.

O tratamento da úlcera por pressão deve acontecer de forma individualizada, buscando estudos, conhecimento científico e principalmente através de um trabalho de equipe com acompanhamento (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Não existe um tratamento ideal, sendo necessário o conhecimento tanto da úlcera como dos curativos para se identificar o mais apropriado; necessitando também da avaliação de cada portador de úlcera individualmente para proceder às ações em benefício da cicatrização da lesão (CARVALHO et al., 2007).

O objetivo principal desta pesquisa foi Identificar as ações de enfermagem caracterizadas como medidas preventivas para o aparecimento das úlceras por pressão, para isto, foram definidos os seguintes objetivos específicos: caracterizar a úlcera por pressão; discutir sobre a assistência de enfermagem na prevenção e no cuidado da úlcera por pressão; Refletir sobre a

tomada de medidas preventivas necessárias diante de pacientes com predisposição a desenvolver úlceras por pressão; Avaliar os cuidados prestados aos portadores.

Para isto a pesquisa foi desenvolvida através de revisão bibliográfica, de forma descritiva e qualitativa, em livros, monografias, teses, dissertações, artigos científicos de autores que discorrem sobre o tema, na base de dados da SCIELO, BVS, BIREME e na Biblioteca da Faculdade Patos de Minas. Utilizou-se os seguintes descritores para facilitar a busca de artigos: Úlcera por pressão. Prevenção. Atuação de Enfermagem.

A partir de um trabalho acadêmico na disciplina saúde do adulto e idoso, percebeu-se que o enfermeiro tem papel fundamental na prevenção da úlcera por pressão, pois é ele que presta os cuidados a pacientes acamados por longos períodos. Por ser esse assunto de grande importância para quem pretende atuar na área da saúde, justifica-se o interesse em aprofundar os conhecimentos em relação ao tema, será importante também como material de estudo, para profissionais da saúde no sentido de ampliar os conhecimentos que permitam melhorar o atendimento dos pacientes portadores.

A pesquisa foi estruturada em três capítulos. Inicialmente foi abordada a definição da úlcera por pressão. Em seguida abordou-se o tratamento das úlceras por pressão, entre eles o desbridamento, os materiais utilizados em curativos. Finalmente chegou-se as ações de enfermagem na prevenção e no tratamento das úlceras por pressão.

2 ÚLCERAS POR PRESSÃO

Úlceras por pressão são alterações da integridade da pele que podem resultar em lesões definidas como: escaras, úlceras de decúbito e como sendo o seu principal fator causador a pressão, úlcera por pressão. Sendo objeto de preocupação da enfermagem desde o seu início com Florence Nightingale.

Esse problema comum entre os pacientes hospitalizados, que estão acamados por longos períodos sem mobilização e/ou com déficit sensorial, as úlceras de decúbito resultam da pressão prolongada sobre um ponto do corpo ocasionando perda da circulação nesta região e conseqüentemente gerando a destruição tecidual (ARAÚJO et al., 2010). A úlcera por pressão é hoje uma realidade hospitalar, que causa no paciente angustia e dor.

Assim as úlceras por pressão podem resultar em feridas crônicas que acometem áreas onde existam pressão por tempo prolongado da pele com uma proeminência óssea e uma superfície rígida, ocasionando comprometimento do aporte sanguíneo e seus nutrientes onde acontecerá a interrupção da irrigação tecidual gerando a oclusão dos vasos e capilares resultando em isquemia e necrose tissular (PAIVA, 2008).

Neste contexto úlceras por pressão são caracterizadas como feridas apresentando hiperemia persistente, rota sendo com bolhas ou necróticas que podem ou não atingir os tecidos subjacentes como músculos tendões e ossos (CULLUM et al., 2006 apud URSI, 2010).

Elas representam um grande problema para os profissionais da saúde, com altos custos afetando milhões de pacientes, nos lares centros de saúde e em particular nas unidades de terapia intensiva (LOURO, 2007).

A úlcera por pressão prolonga a hospitalização do paciente e dificulta sua recuperação o que poderá torná-lo vulnerável ao risco para o desenvolvimento de diversas complicações; entre elas estão a infecção e osteomielite. Assim as úlceras por pressão acrescentam no paciente sofrimento físico e emocional reduzindo sua independência no dia a dia, merecendo da equipe de enfermagem toda atenção na prevenção e tratamento (BLANES et al., 2004).

2.1 Etiologia da Úlcera Por Pressão

O desenvolvimento da úlcera por pressão pode ser definido como um fenômeno complexo envolvendo diversos fatores relacionados ao paciente e ao meio externo, sendo a imobilidade um fator de extrema importância nos pacientes hospitalizados, estando também associados a falta de recursos, profissionais, e condutas indevidas e até omissão da equipe de enfermagem (LINDGREN et al., 2005 apud PAIVA, 2008).

A pressão é o principal fator causador da úlcera por pressão, mas existem outros fatores que também contribuem para a formação dessas lesões.

As úlceras por pressão são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. O fator intrínseco está relacionado ao estado físico do paciente como: incontinência urinária, imobilidade, tabagismo, doenças crônicas degenerativas, déficit sensorial, perfusão tissular diminuída, idade avançada, desidratação e desnutrição os fatores extrínsecos relacionam-se com o mecanismo da lesão e independem do estado do paciente. Trata-se da relação do paciente e o ambiente hospitalar; Pode-se apresentar devido a pressão sobre a pele em contato com uma superfície rígida, como também pelo cisalhamento e a fricção, que são fatores que podem desencadear o aparecimento das úlceras quando o paciente é mau posicionado no leito; o aparecimento das úlceras por pressão demonstra falha de assistência ou assistência inadequada da equipe de enfermagem (FREITAS, 2006; ROCHA, 2008).

2.2 Epidemiologia da úlcera por pressão

A incidência e prevalência mundial das úlceras por pressão apresenta-se elevada, fato que comprova a necessidade de novas pesquisas.

O perfil epidemiológico concentra-se nas características individuais ou populacionais que levarão o paciente ao desenvolvimento das lesões. Entre os

pacientes portadores estão em maior número pessoas idosas, com doenças crônico – degenerativas, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, presença de incontinência urinária e pacientes que fazem uso de antibióticos (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009). Entende-se que a enfermagem poderia atuar na área de pesquisa na intenção de minimizar e/ou erradicar o aparecimento da úlcera por pressão.

Em grupos populacionais pode-se fazer a avaliação da úlcera por pressão por meio de estudos de prevalência e incidência, verificando assim a amplitude do problema.

A avaliação da incidência da úlcera por pressão apresenta-se como um indicador de qualidade dos serviços de saúde caracterizando ações institucionais que estariam inclusas nos serviços multiprofissionais (SERPA, 2006).

Um editorial publicado na revista Medicina Intensiva da Espanha, ressalta os dados epidemiológicos sobre as úlceras por pressão que demonstram os valores de incidência e prevalência que são elevados e estáveis ao longo do tempo, resultando em grandes custos individuais e econômicos; os autores afirmam que para prevenir a ocorrência dos agravos gerados pelas úlceras por pressão é necessário que se conheça a real incidência nos vários ambientes de assistência a saúde (MANZANO; RUBIO, 2009 apud URSI, 2010).

A incidência de úlceras por pressão em pacientes de UTI está mais elevada do que daqueles em outros setores hospitalares, fato este relacionado aos vários fatores de risco que predis põem o paciente de UTI ao desenvolvimento das úlceras por pressão (BLANES et al., 2004); sendo maior a incidência de úlcera por pressão nos pacientes que estão em unidades de terapia intensiva, esse então é o lugar onde os pacientes precisam ter o Máximo de atenção da equipe de enfermagem, para evitar o aparecimento das lesões.

No Brasil, os estudos realizados em um Hospital da cidade de São Paulo revelaram que 33,4% das úlceras por pressão englobam a unidade de clínicas médicas, e as unidades de emergência (28,2%) assim o restante 38,4% distribui-se entre unidades de terapia intensivas e cirúrgicas (Blanes et al., 2004 apud PAIVA, 2008).

2.2.1 Fatores predisponentes ao desenvolvimento da úlcera por pressão

São fatores que muito contribuem ao aparecimento das úlceras por pressão os fatores intrínsecos e extrínsecos, entre eles estão:

A- Pressão

O normal da pressão capilar é 32 mmHg quando há uma pressão que sobrepõe esse valor por um tempo prolongado o paciente poderá desenvolver uma isquemia neste local, pois os tecidos podem suportar pressões muito mais altas, se caso elas forem aliviadas a cada 5 minutos, fica então evidente que um dos procedimentos mais importantes para o não aparecimento das lesões é aliviar a pressão através de mudanças de decúbito freqüentes (DELISA; GANS, 2002; SMELTZER; BARE, 2005).

B- Fricção

Ocorre quando a pele se move contra uma superfície, causando dano aos tecidos.

Acontece quando o paciente é arrastado no leito, duas superfícies que se arrastam uma contra a outra comprometendo a micro circulação (SMELTZER; BARE, 2005; CARVALHO, F.; PAPALÉO, N., 2006) será de tamanha importância conscientizar o profissional da saúde ou familiar que se colocar como cuidador, a respeito desse fator de risco que pode ser evitado.

C- Cisalhamento

A força de cisalhamento pode destruir os tecidos e até lesar vasos sanguíneos. Acontece quando o paciente é arrastado na cama. Quando o paciente é movido muitas vezes, a pele é aderida no lençol enquanto o restante do corpo é empurrado em outra direção, assim o paciente desliza na cama caracterizando o surgimento da úlcera por pressão (POTTER ; PERRY, 2004; SMELTZER; BARE, 2005).

D- Mobilidade

É a capacidade que o paciente tem de aliviar a pressão através do movimento. É indicada como medida de prevenção para a ocorrência da úlcera por pressão pois, além de favorecer o alívio da pressão sobre as proeminências ósseas permite o fluxo sanguíneo adequado nessas áreas, contribuindo para o bem estar do paciente (DEALEY, 2001; JORGE; DANTAS, 2003).

E – Nutrição

Estudos comprovam que a má nutrição é um fator facilitador para o surgimento da úlcera por pressão; a deficiência de vitaminas, proteínas e sais minerais compromete a integridade e a qualidade dos tecidos, refeições a base de proteínas ajudam na elasticidade e turgor da pele (COSTA, 2003 ; DELISA; GANS, 2002).

F- Idade

A idade avançada é grande causadora do aumento de internações hospitalares por longos períodos aumentando o risco ao aparecimento das úlceras por pressão. O envelhecimento pode ocasionar alterações que podem comprometer a habilidade da pele para distribuir efetivamente a pressão, ocorre mudança na síntese do colágeno resultando em danos nos tecidos e aumento na rigidez o que poderá também levar ao comprometimento do fluxo sanguíneo, o que irá aumentar o risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão (DELISA; GANS, 2002; JORGE; DANTAS, 2003).esse grupo deve ter atenção especial para ter uma melhor qualidade de vida.

G – Umidade/ incontinência

A umidade é fator que muito contribui para o desenvolvimento de úlcera por pressão, pois ela causa o amolecimento da pele destruindo o tecido da epiderme e predispõe a pele à fricção e ao cisalhamento, o que danifica o tecido e deixa a área susceptível ao crescimento de microorganismos (DELISA; GANS, 2002).

A incontinência urinária traz consigo a umidade um sério risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão; a incontinência fecal tem um fator de

risco mais importante do que a incontinência urinária, pois a pele está mais exposta as bactérias e toxinas contidas nas fezes (DELISA; GANS 2002; MORTON et al., 2007).

H – Fumo

Os efeitos da nicotina no organismo interferem no fluxo sanguíneo, favorecendo a diminuição do oxigênio circulante e nutrientes para a célula, o que favorece o desenvolvimento da úlcera por pressão (BRASIL, 2002; COSTA, 2003).

I – Temperatura elevada

Com o aumento da temperatura tem-se um aumento no metabolismo tecidual e na demanda do oxigênio o que provoca danos no tecido levando o paciente a transpirar, causando umidade e o amolecimento da pele (DECLAIR, 2002).

J – Estado cognitivo

Quando ocorre alteração do nível de consciência, o paciente perde a habilidade de sentir sensações que indiquem desconforto, ficando em posições desconfortáveis por longos períodos, sem aliviar as pressões que podem estar ocorrendo nesta área; isso predispõe ao risco de isquemia na pele que está sendo pressionada (DELISA; GANS, 2002).

L – Lesão medular

Pacientes com lesão medular tem certa alteração na sensibilidade, ficando numa mesma posição por um tempo prolongado onde irá exercer grande pressão, predispondo o desenvolvimento da úlcera por pressão devido ao mau posicionamento (DELISA; GANS, 2002).

2.2.2 Áreas susceptíveis ao desenvolvimento da úlcera por pressão

As áreas mais susceptíveis ao desenvolvimento das úlceras por pressão são as proeminências ósseas por ali estar concentrada a maior carga do peso corporal e também por conter menor quantidade de tecido subcutâneo (SMELTZER; BARE, 2005; IRION, 2005).

A maior incidência de úlcera por pressão está localizada nas regiões onde se concentram as proeminências ósseas, que pressionam os tecidos contra uma superfície rígida, serão mais afetadas as regiões: sacral, coccigea, tuberosidades isquiáticas, trocânter maior, calcâneo, joelho, maléolo, cêndilo medial da tibia, cabeça da fíbula, escapula e cotovelo (GOMES et al., 2009) assim quando um paciente tem predisposição ao desenvolvimento da úlcera por pressão essas são as áreas que devem ser inspecionadas todos os dias.

2.3 Estágios da úlcera por pressão

As úlceras por pressão são classificadas em estágios ou graus de acordo com análise anatomopatológicas segundo a profundidade da lesão.

Estágio I: acontece uma alteração da pele intacta onde se observa a derme e a epiderme lesionadas, não destruídas com áreas bem determinadas de eritema que não embranquece após a remoção da pressão; isso acontece devido a oclusão capilar

Figura 1:Úlcera por pressão estágio I



Fonte: CARVALHO et al, 2007 p.33

Estágio II: é a perda parcial da derme e epiderme, ou ambas a pele está com hiperemia, apresentando bolhas podendo ou não serem rompidas, nas bordas da úlcera a pele poderá estar vermelha ou escura com presença de dor.

Figura 2: úlcera por pressão estágio 2



Fonte: CARVALHO et al., 2007 p.33

Estágio III: caracteriza a destruição da derme epiderme além do tecido subcutâneo podendo haver drenagem de exudato, cratera pouco profunda, pontos de necrose e infecção.

Figura 3: úlcera por pressão estágio 3



Fonte: CARVALHO et al, 2007 p. 34

Estágio IV : destruição profunda dos tecidos , ocorrendo a perda da pele na sua espessura total, presença de comprometimento infeccioso e drenagem, necrose do tecido com danos nos músculos e ossos ou estruturas de suporte como os tendões, assim o risco para septicemia e osteomielite é muito alto (CARVALHO et al., 2007; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007 apud PAIVA, 2008). Tem-se que evitar o agravamento da úlcera a partir do primeiro estágio para que as complicações e o sofrimento do paciente não venham acontecer.

Figura 4: ulcera por pressão estágio 4



Fonte: CARVALHO et al, 2007 p. 34

2.4 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

A prevenção é considerada a forma mais simples eficiente e barata de procedimento em relação as úlceras por pressão, sendo também considerada como indicador da qualidade da assistência prestada (GOMES, 2009).

Sabendo do grande problema que são as úlceras por pressão, para o paciente, seus familiares e para as instituições de saúde, considera-se de grande importância que os profissionais da saúde atuem mais na prevenção. Assim para que a prevenção aconteça é necessário que os profissionais conheçam a etiologia e a realidade hospitalar sobre as úlceras por pressão (BLANES et al., 2004).

As complicações e os transtornos adquiridos pelas úlceras por pressão, piora a qualidade de vida do paciente e acarreta em grandes custos hospitalares, sendo necessário diminuir a exposição do paciente com predisposição ao aparecimento das úlceras por pressão aos fatores de risco (SERPA, 2006).

Dentre os mecanismos para evitar a ruptura cutânea estão: o exercício e o reposicionamento, pois melhoram a perfusão tecidual, evitar massagens nas

áreas que estão hiperemiadas para não comprometer a pele que poderá estar lesionada.

O estado nutricional deverá ser adequado, preparações com ferro ajudam no aumento da hemoglobina, para que os níveis de oxigênio sejam mantidos, dentre os nutrientes associados à pele saudável, incluem vitamina A, vitamina B, vitamina C, zinco, e enxofre, uma dieta hiperproteica com suplementos de proteína pode ser valiosa; com uma nutrição adequada e hidratação a pele permanecerá saudável e livre de rupturas (SMELTZER et al., 2008).

Como a pressão é o principal fator de risco para o aparecimento da úlcera por pressão, o seu alívio seria um importante fator na prevenção, inserindo então estaria o colchão e reposicionamento adequado do paciente, e uso de equipamentos que auxiliariam no alívio da pressão (FERNANDES, 2008).

São usados no alívio da pressão dispositivos como: colchão piramidal, protetor de calcâneo, almofadas, filmes adesivos que ajudam na manutenção da integridade da pele (CARVALHO, 2007). A pele de uma pessoa que está acamada por muito tempo deve ser hidratada e tratada na intenção de agir contra fatores que possam rompê-la, além de se tratar de feridas que podem não cicatrizar.

3 TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

O tratamento da úlcera por pressão tem grandes custos para a rede hospitalar, assim o tratamento poderá ser a solução quando as medidas de prevenção não derem certo e o processo da lesão acontecer (SOUZA et al., 2010).

Todas as medidas devem ser utilizadas no sentido de prevenir as úlceras por pressão, mas caso elas apareçam devem ser tratadas de maneira correta e prática sem riscos para o paciente.

Um das situações no domicílio encontradas pela equipe de enfermagem que realizam serviço de assistência domiciliar, é a ocorrência de úlceras por pressão em pessoas acamadas ou com risco para o seu desenvolvimento o que identifica a necessidade de educar, informar conscientizar familiares e cuidadores e profissionais da saúde, utilizando protocolos, escalas como modo de prevenção e um tratamento correto a fim de evitar o aparecimento de complicações e amenizar a situação (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

O paciente portador de úlcera por pressão crônico merece total atenção em relação a sua enfermidade, pois na maioria das vezes são pacientes que já possuem alguma moléstia, onde acrescentando o incômodo das úlceras diminuem a qualidade de vida do portador. Isso traz muito sofrimento e dor, especialmente para aqueles que estão acamados e dependem de um cuidador para sobreviver, ou aqueles que tem algum déficit sensorial e não conseguem sentir nenhuma sensação de desconforto. Estes não percebem o tamanho do problema e não tem noção dos riscos advindos das complicações que as úlceras por pressão podem ter se não tratadas corretamente, podendo levar o paciente quando muito debilitado ao óbito. Assim, seria de grande ajuda as orientações de profissionais que atuam na área com alguma experiência não só para o paciente quando possível, mas também para os familiares na intenção de reduzir os riscos que um portador de úlcera por pressão tem.

É considerada de grande importância a adoção de protocolos apresentando assistência, que ressaltem os fatores e as condições

apresentados pelo paciente, como também sua associação, embasado na melhora da assistência e garantindo a humanização, assim como minimizando as complicações advindas dessas lesões além de reduzir o tempo de hospitalização, mortalidade, custos hospitalares e os esforços da equipe de enfermagem, o que vai gerar a redução do esforço físico e emocional do paciente e de seus familiares (FERNANDES; TORRES, 2008).

A mudança de posição a cada quatro horas seria mais prática e eficaz, o que também demandaria menos esforços da equipe de enfermagem minimizando os desconfortos para o paciente (DEFLOOR et al., 2005). Seria então uma forma de tratamento prático diminuindo os riscos de arrastar e assim friccionar a pele do paciente no leito.

O exame físico é fundamental para identificar informações importantes sobre o paciente possibilitando condutas no sentido de evitar complicações, como também orientar e utilizar assistência adequada (CARVALHO et al., 2007).

São consideradas condutas de grande importância: identificação precoce de lesões e condições de risco para agravos sendo que entre elas estão a inspeção da pele, que poderá estar seca, quebradiça, com presença de eritema, apresentar maceração, fragilidade, temperatura elevada, ou endurecimento (GOMES, 2009).

Dentre os procedimentos utilizados no tratamento da úlcera por pressão destacam-se: o cuidado com o local da ferida; a nutrição adequada do paciente, redução da infecção, através da limpeza da ferida. O tratamento cirúrgico será a conduta quando o estágio da úlcera estiver avançado, porém, são poucos os pacientes que necessitam de cirurgia, tendo grande importância a higiene sempre que necessária. Aconselha-se a não utilizar água quente e agentes que possam causar irritação ou ressecamento da pele, o que irá piorar a condição do paciente (RANGEL, 2004).

É preciso controlar a sobrecarga dos tecidos a fim de favorecer a integridade da pele e assim prevenir novas ocorrências.

O tratamento da úlcera por pressão deve acontecer de forma individualizada, buscando estudos, conhecimento científico devendo ser um trabalho de equipe com acompanhamento intensivo (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

A fisioterapia atua na redução do período de cicatrização das úlceras, utilizando recursos como o laser de baixa potência que apresenta consideráveis efeitos na remodelação dos tecidos cicatriciais, através da redução do edema, diminuição da inflamação e do aumento da fagocitose, favorecendo a síntese do colágeno e do tecido de epitelização (CARVALHO et al., 2007).

A assepsia constitui uma ferramenta de fácil utilização e baixo custo para o cuidado de feridas crônicas, o cuidar de feridas crônicas promove o conhecimento de fatores envolvidos na cicatrização, sendo a pomada de própolis grande colaboradora neste processo (SANTOS; VIANNA; GAMBA, 2007).

Dentre os procedimentos utilizados no tratamento da úlcera por pressão, estão o cuidado com o local da ferida, e uma nutrição adequada ao paciente.

Consumir proteínas, carboidratos, vitaminas principalmente A, C e E, reposicionar o paciente a cada 2 horas, usando técnicas corretas, utilizar almofadas, travesseiros, dispositivos para alívio da pressão, reposicionar o paciente no leito sem arrastar ou puxar com o uso de lençol móvel sendo necessário duas pessoas, orientar os cuidadores quanto aos riscos e benefícios é de grande valor (PEREIRA et al., 2006).

Quando a nutrição é adequada, ela irá melhorar as condições de saúde e o desenvolvimento do paciente porém, se a nutrição é inadequada ela reduz a massa tecidual e representa um dos fatores predisponentes ao aparecimento da úlcera por pressão, atuando na não cicatrização da ferida (CASTILHO; CALIRI, 2005).

As proteínas caracterizam-se como integrantes dos tecidos corporais, a desnutrição por deficiência nutricional leva ao desenvolvimento de lesões na pele e músculo dificultando o processo de reparação de lesões; também a carência de vitaminas dificulta o processo de cicatrização diminuindo a síntese de colágeno e elastina, trazendo prejuízos ao portador da lesão crônica (CASTILHO; CALIRI, 2005).

Ter o suporte nutricional adequado é de fundamental importância no processo de cicatrização; a nutrição da pele mantém a integridade celular e repara os tecidos; é importante avaliar a integridade da pele quanto a sinais de deficiência nutricional (POTTER; PERRY, 2005).

Não existe um curativo ideal para a úlcera por pressão, sendo necessário o conhecimento tanto das úlceras como dos curativos para assim identificar o mais apropriado, necessitando também a avaliação de cada portador da úlcera individualmente para proceder as ações em benefício da cicatrização da lesão (CARVALHO et al., 2007).

Antes de se realizar qualquer procedimento no paciente é necessário lavar as mãos.

A técnica mais importante básica e prática para se evitar a transmissão de infecções é a higiene das mãos, as mãos contaminadas são a primeira causa de infecção, assim se deve lavar as mãos com água e sabão em cada contato que tiver com o paciente. A lavagem das mãos deverá ser realizada com água e sabão quando as mãos estiverem visivelmente sujas as superfícies das mãos deverão ser esfregadas, depois enxaguar sob água corrente, assim o objetivo é remover os microorganismos transitórios das mãos e reduzir a contagem microbiana; o uso de anti-sépticos secos a base de álcool é recomendado para melhorar a prática de higiene sendo que o álcool possui uma excelente formula germicida que é mais eficaz que o sabão comum (POTTER; PERRY, 2005).

Lavar as mãos por completo quando elas forem contaminadas com sangue ou líquidos orgânicos; lavar as mãos durante procedimentos realizados no mesmo paciente para se evitar a contaminação cruzada, também lavar as mãos quando colocar e quando retirar as luvas de procedimentos, usar sabão e água corrente depois agente antimicrobiano sem água (SMELTZER ; BARE, 2008).

O tratamento não é um procedimento simples, necessita do profissional capacitação e busca de novas tecnologias para a realização de curativos (CARVALHO et al., 2007).

Feridas crônicas são representadas como sendo um grande problema de saúde, pela prevalência, pelos altos custos dos tratamentos e por piorar a qualidade de vida do portador, caracterizando assim a sistematização da assistência de enfermagem que se apresenta como um valioso instrumento para a realização de procedimentos técnicos, avaliação e na tomada de

decisões; melhorando a qualidade da assistência prestada ao paciente (TUYAMA et al., 2004).

Uma sonda esterilizada, medidor ou até mesmo um cotonete poderão ser utilizados para a medição da profundidade da ferida. Na técnica do traçado a ferida poderá ser medida ao traçar a margem do ferimento utilizando um material transparente sendo usada também a fotografia que poderá representar o processo de uma ferida evidenciando a sua aparência e representando uma idéia sobre seu tamanho (HAYASHI, BOBROFF, 2003).

Sendo a lesão um processo de difícil cicatrização ela deverá ser avaliada quanto à localização, estágio, tamanho, e quantidade de tecido. As bordas da ferida deverão ser observadas com atenção, inspecionando também a pele logo após a troca do curativo.

A irrigação de solução é o método utilizado para a limpeza da ferida, sendo que o jato eficaz; assegura a remoção adequada de bactérias; assim, o soro fisiológico é o agente de limpeza recomendado (POTTER; PERRY, 2005)

A preocupação com o tratamento das feridas é antigo, os estudos sobre o assunto revelaram avanços relacionados aos diferentes tipos de lesões, ao processo de reconstrução do tecido lesionado e demais fatores envolvidos no assunto, o que levou ao desenvolvimento de diversos produtos a serem utilizados no tratamento das feridas (PEREIRA; BACHION, 2005).

O tratamento local é o curativo, caracterizando um procedimento que consiste na limpeza e em cobrir o local da lesão, com o objetivo de restabelecer a integridade do tecido e prevenir a colonização de bactérias evitando infecções (PEREIRA; BACHIOR, 2005).

Curativo é definido como tratamento que pode ser utilizado para proporcionar a cicatrização através de um meio adequado, sendo diversos tipos de curativos, sendo que a escolha do curativo ideal irá depender do tipo da ferida, (SOUZA; MOZACHI, 2005):

- 1- CURATIVO ABERTO: o curativo permanece com a lesão exposta;
- 2- CURATIVO OCLUSIVO: após o cuidado com a ferida que consiste em limpar e medicar o local, este será fechado utilizando gaze ou atadura;
- 3-CURATIVO SECO: é fechado com gaze seca ou atadura;
- 4- CURATIVO ÚMIDO- é fechado com gaze ou compressa com administração de alguma solução;

5- CURATIVO COMPRESSIVO: trata-se do curativo no qual é mantida compressão para estancar algum tipo de hemorragia (MOZACHI; SOUZA, 2005).

6- CURATIVOS TRANSPARENTES: são coberturas transparentes, permitem a visualização da ferida sem precisar ser removido, não são absorventes quando há acúmulo de secreção ele tende a soltar (TIMBY, 2007).

Dentre as feridas existentes, destacam-se quanto ao grau da contaminação:

- a) feridas limpas: representam as que possuem inflamação não atingindo sistema respiratório, digestório ou genital;
- b) feridas limpas contaminadas: estas já contaminaram o sistema respiratório, digestório, genital, porém podem ser controladas;
- c) feridas contaminadas: são feridas recentes que poderão estar abertas, não sendo feita a técnica de assepsia adequadamente;
- d) feridas infectadas: podendo ser chamadas também de feridas sujas: são aquelas que possuem microorganismos em grande quantidade, antes do processo de lesão se instalar (MOZACHI; SOUZA, 2005).

Dentre as feridas destacam-se quanto ao grau de extensão:

- a) Feridas agudas e crônicas caracterizam feridas que ocupam apenas uma pequena área da pele ou podem ocupar uma área total (SMELTZER; BARE, 2005).
- b)As feridas que envolvem somente uma área da pele podem estar afetando a derme e epiderme, sendo uma ferida rasa, podem ser úmidas e apresentar dor local, por estar expondo as terminações da pele (MORTON et al., 2007).
- c)nas feridas que envolvem a área total acontece grande perda de estrutura tecidual podendo apresentar cratera profunda(MORTON et al., 2007).

Representa um método comum prático para se calcular a área, a medição do comprimento, largura da ferida, tornando um poderoso método de avaliação da dimensão da ferida, sabendo que sua extensão poderá comprometer o processo de cicatrização (HAYASHI; BOBROFF, 2003).

Neste contexto as feridas poderão cicatrizar por primeira, segunda, ou terceira intenção. As de primeira intenção encontram-se onde o risco para infecção é menor acontecendo pouca perda tecidual, a cicatrização é rápida. A de segunda intenção representa a cicatrização de feridas crônicas onde o

potencial de infecção é grande, a área pode estar aberta exposta a bactérias e a cicatrização dependerá da quantidade de tecido perdido. Na cicatrização de terceira intenção as feridas não se fecham rapidamente necessitando que a ferida seja coberta e umidificada para promover a estrutura tecidual (MORTON et al., 2007).

Os drenos são dispositivos que removem sangue e drenagem de feridas, sendo que alguns são colocados diretamente na ferida e proporcionam a tendência de serem inseridos no qual eles saiam em um local separado estando ao lado da ferida o que irá resultar na aproximação das bordas da ferida podendo evitar a entrada de patógenos por um local mais direto. Assim, quando houver a necessidade de utilizar dreno o médico poderá optar por um dreno aberto ou fechado (TIMBY; BARBARA, 2002).

Os drenos abertos são achatados e flexíveis, neste caso eles podem proporcionar uma via de drenagem da ferida para o curativo, a drenagem passivamente pela ação da gravidade; o dreno é preso por um alfinete dando segurança ou poderá ser utilizado um clipe comprido no lugar onde ele estará ultrapassando a ferida evitando assim o seu deslizamento para o interior do tecido (TIMBY; BARBARA, 2002).

No caso dos drenos fechados eles terminam em um recipiente sendo bastante eficientes por sugarem os fluidos acontecendo no momento da abertura do escape quando se pressiona a câmara do coletor cobrindo depois o escape, então ao se cuidar de uma ferida utilizando um dreno o local deverá ser limpo em movimento circular (TIMBY, BARBARA, 2002).

3.1 Tipo de material utilizado nos curativos

O Carvão ativado possui cobertura composta de almofada sendo uma cobertura apresentando tecido de carvão ativado, sua ação é bactericida, auxilia diminuindo o odor da ferida e é indicado nas feridas exudativas pois remove moléculas de exudato e bactérias (MOZANI; SOUZA, 2005).

Os Alginatos são derivados de algas marinhas onde as fibras de alginato transformam-se em gel hidrófilo absorvendo toda a exsudação. Por isso ele é

indicado para feridas com grande ou moderada exsudação (MORTON et al., 2007).

O Hidrogel propicia um ambiente úmido e oclusivo evitando o ressecamento da ferida, auxilia na dor e é indicado em feridas limpas (MOZACHI; SOUZA, 2005).

Os Antissépticos tem como função eliminar microorganismos e/ ou evitar seu crescimento (SMELTZER; BARE, 2005).

Os Hidrocoloides apresentam-se sob forma de gel, placa, e pasta, são curativos oclusivos, auto adesivos e absorptivos, sendo trocado entre 3 a 5 dias; o hidrocoloide em forma de placa é um curativo derivado da celulose contendo partículas hidrofílicas formando uma placa autoadesiva, as partículas de celulose aumentam ao absorver líquidos proporcionando um ambiente úmido capaz de fornecer um desbridamento autolítico (MORTON et al., 2007; INCA, 2009).

A Papaína é uma enzima proteolítica proveniente do látex da folha do mamão. Sua função é promover a limpeza de secreções, tecidos necrosados, pus, e microorganismos, sendo indicada em tecidos desvitalizado e necrosado (MOZACHI; SOUZA, 2005).

Os ácidos graxos essenciais são produtos constituídos a base de óleo vegetal regenerando os tecidos e promovendo a cicatrização, sendo indicado na prevenção da úlcera por pressão (MOZACHI; SOUZA, 2005) entre estes esta o óleo de girassol bastante utilizado para hidratar as bordas da ferida.

Em estágio avançado as feridas poderão estar colonizadas por bactérias, sendo que a limpeza e o desbridamento irão evitar que desenvolva ali uma infecção.

3.2 Um tratamento: o desbridamento

Dentre os procedimentos de tratamento das lesões está o desbridamento, caracterizado pela retirada do tecido necrosado. Este tecido apresenta cor marrom- escura, negra, amarelada. Pode estar pálido cianótico,

ou apresentar crosta, necessitando que este tecido seja removido para gerar a cicatrização (SMELTZER; BARE, 2005).

a) O Desbridamento autolítico: neste tipo de desbridamento o organismo quebra e dissolve o tecido necrosado utilizando para isso o hidrocoloide (SMELTZER; BARE, 2005).

b) O Desbridamento químico: constitui-se numa base de enzimas proteolíticas ou de colágeno. Esses produtos retiram o tecido necrosado o que requer total atenção, pois pode retirar não só o tecido necrótico mas também pode estar danificando o tecido saudável. Exemplos de medicamentos com esta ação estão a collagenase, accuzyme e panafil (MORTON et al., 2007).

c) O Desbridamento mecânico poderá ser realizado por curativos úmidos para seco, turbilhonamento ou incisão. O desbridamento por turbilhonamento não é indicado pois não debrida efetivamente por ser de uso comunitário tem mais predisposição a infecção. Para o desbridamento por incisão utiliza-se um bisturi ou tesoura para a retirada do tecido necrótico, necessitando sedar ou anestésiar o paciente para este processo (MORTON et al., 2007).

Dentre os procedimentos operatórios usados para tratar a úlcera por pressão estão: enxerto de pele, fechamento direto, devendo estar concentrada a atenção no pós operatório, sendo este essencial na cicatrização (RANGEL; CALIRI, 2009).

Deve-se ter como principais objetivos em relação ao portador de úlcera por pressão, o conforto, e os sintomas relacionados a úlcera por pressão como: dor, sangramento, exudato, e odor, não objetivando a cicatrização da úlcera mas sim o bem estar e a qualidade de vida do paciente, em casos críticos não realizar mudança de decúbito frequentemente, evitando manipulação desnecessária (INCA, 2009).

O curativo da úlcera por pressão deve ter prioridade após banho e higiene íntima, sendo os mesmos confortáveis e auxiliando na melhora dos sintomas e tendo a maior durabilidade possível, visando proporcionar ao paciente bem estar e conforto (INCA, 2009).

3.3 Escala de Braden e Waterlow

Para avaliar o risco que o paciente possa ter, têm-se disponíveis escalas que auxiliaram na identificação de riscos para o desenvolvimento de úlceras por pressão e recomendações para o cuidar em enfermagem o que irá prevenir a perda da integridade da pele, sendo utilizadas durante o levantamento das condições gerais de saúde do paciente servindo de referência para identificar os fatores de risco que o paciente tem e para o planejamento da assistência a ser prestada (GOMES et al., 2009).

A Escala de Braden foi desenvolvida por Bergstrom no ano de 1987 sendo utilizada como um recurso para melhorar as estratégias de prevenção e assim diminuir a incidência de úlcera por pressão (SERPA, 2006).

A Escala de Braden é composta de seis subescalas sendo: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (ARAÚJO et al., 2010).

Esta constitui um valioso instrumento para avaliar as condições do paciente orientando na seleção de ações no sentido de prevenir e curar as úlceras por pressão, sendo que o risco do paciente desenvolver úlceras por pressão é classificado de acordo com o escore total, sem risco pacientes com escore de 19 a 23, baixo risco com escore de 15 a 18, risco moderado escore de 13 a 14, risco alto escore de 10 a 12 e risco muito alto ao desenvolvimento da úlcera por pressão escore abaixo de 9, (CHAYAMITI, CALIRI 2010).

A Escala de Braden proporcionará evidências para a realização de ações que evidenciarão problemas caracterizando assistência de enfermagem, permitindo o registro de procedimentos o qual irá contribuir para a continuação do processo de cuidados (GOMES et al., 2009).

A escala de Waterlow é composta de seis categorias para análise sendo: relação entre peso e altura, continência, tipo de pele, mobilidade, sexo/idade e apetite dentre estes existem mais quatro que também estão bem pontuados que merecem destaque: desnutrição tecidual, déficit neurológico, trauma/cirurgia, e medicação utilizando vários pontos dentre as categorias, sendo risco + 10, alto risco +15 risco muito alto +20 essa escala é pouco utilizada no Brasil (GOMES et al., 2009).

A escala de Braden caracteriza a escolha certa para a identificação de riscos por ser mais estudada, e conhecida por profissionais de saúde sendo fácil a sua aplicação (GOMES et al., 2009).

4 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

A prática da enfermagem está embasada no cuidado que é a caracterização da profissão. Enquanto o ser humano existir, o cuidado prevalecerá sendo este a base que possibilita a existência humana, assim humanizar é a prática do humano, então o cuidado estará presente em nossas vidas. Do nascimento a morte, cuidar é usar da própria humanidade para assistir o outro, (CORBANI; BRETAS; MATEHEUS, 2009).

O enfermeiro deverá proporcionar ao paciente uma assistência humanizada, desempenhando um papel científico e individualizado, objetivar metas como: promoção da saúde, prevenção a agravos e o tratamento de doenças (HAYASHI; BOBROFF, 2003).

Dentre as ações de enfermagem para prevenir as úlceras por pressão estão: inspecionar a pele ao menos duas vezes ao dia, verificando as áreas de pressão e ficando atento as áreas de eritema, palpar a pele, avaliar o estado neuro vascular, o estado circulatório, o nível de mobilidade, checar aparelhos, certificando-se da relação de segurança, observar se há presença de incontinência, o estado nutricional e a hidratação, assim como rever o prontuário do paciente sobre exames laboratoriais, atentar-se para problemas de saúde, e medicamentos atuais utilizados (SMELTZER; BARE, 2005).

A pele de um paciente que está criticamente doente estará exposta as agressões que poderão variar desde o fluxo sanguíneo diminuído até riscos resultantes do aparecimento das úlceras por pressão. Poderão surgir erupções que apresentarão hipersensibilidade a medicamentos e infecções oportunistas, havendo grande oportunidade para que o enfermeiro que trabalha com cuidados críticos, possa aproveitar da intimidade que tem com o paciente em relação ao nível de nudez para avaliar sua pele, deve acontecer através de um processo contínuo e é de grande importância (MORTON et al., 2007).

Ao se cuidar de um paciente com distúrbios cutâneos é também necessário, obter informações sobre a história de saúde, sendo útil na

orientação para o exame físico e na determinação das intervenções a serem utilizadas (MORTON et al., 2007).

Segundo o autor supracitado, estão envolvidas na avaliação da pele, técnicas de inspeção e palpação; na inspeção do aspecto geral da pele, esta incluída a avaliação da coloração, a presença de lesões, erupções, exame das condições das unhas, e pêlos.

Quando o enfermeiro observa uma área de pressão, ele deve anotar seu tamanho e localização, graduando-a para poder descrever a sua gravidade (SMELTZER; BARE, 2008).

Ao avaliar os riscos que o paciente tem em relação ao aparecimento das úlceras por pressão, o enfermeiro deverá avaliar também a mobilidade, a percepção sensorial, capacidades cognitivas, perfusão tecidual, estado nutricional, forças de atrito e cisalhamento, observar a relação entre a umidade da pele e a idade do paciente (MORTON et al., 2007).

Neste contexto o enfermeiro poderá utilizar escalas para auxiliar na avaliação e na determinação do risco que o paciente tem de desenvolver úlceras por pressão; assim em relação às ações de enfermagem na prevenção das úlceras por pressão estão: identificar os pacientes com maior risco de desenvolver as úlceras e implementar medidas que auxiliarão na redução das condições que predispõem o paciente ao aparecimento das lesões (TIMBY; BARBARA, 2007).

São consideradas ações essenciais de enfermagem na prevenção das úlceras por pressão: Mudar frequentemente a posição dos pacientes acamados, podendo o enfermeiro atuar com pacientes que permanecem em cadeira de rodas ajudando-os a ficarem de pé ou a se movimentarem a cada hora, pois mudando de posição fará com que melhore a circulação naquela área e poderá aliviar a pressão;

- Em vez de arrastar o paciente no leito enfermeiro que se dispõe como cuidador deve erguer o mesmo;
- Evitar o uso de travesseiros de plástico pois o plástico impedirá a evaporação da transpiração, podendo também aumentar a temperatura

e predispor ao aparecimento de microorganismos, usando assim somente travesseiros , camas e colchões especiais;

- O enfermeiro deverá utilizar dispositivos no alívio da pressão que absorvam a transpiração , reduzam o calor local e evitem pressões;
- Massagear proeminências ósseas lembrando-se que deverá massagear somente as áreas que embranquecem com o alívio da pressão onde não houve a ruptura da pele, porque a massagem ativa a circulação local;
- Manter a pele limpa e seca quando os pacientes por si não conseguirem controlar suas funções urinárias e intestinais;
- Quando possível usar uma solução de limpeza para a pele que seja hidratante, ao invés de utilizar somente água com sabão ou sabonete, sabendo que estes poderão ressecar a pele, e predispor o paciente ao aparecimento das úlceras por pressão;
- Enxágüe e seque bem a pele do paciente;
- Acolchoe as áreas em que há maior predisposição ao aparecimento de lesões como os calcanhares, tornozelos e cotovelos;
- Evitar manter a parte superior da cama elevada a um ângulo maior que 30°;
- Oriente o paciente e familiares em relação a uma dieta balanceada e uma adequada ingestão de água, mantendo assim a pele do paciente hidratada e saudável para prevenir a sua ruptura;
- Inspeccione a pele do paciente em especial as áreas mais predispostas ao aparecimento de úlceras por pressão como as proeminências ósseas;

- Averigúe áreas com sinais de vermelhidão que não clareiam quando a pressão é aliviada, buscando evidências de ruptura na pele;
- Observe a capacidade que o paciente tem de se movimentar e reposicionar no leito;
- Observe sempre o estado nutricional e a hidratação;
- Certifique-se que o paciente está incontinente ou febril ou se apresenta fatores que tendem a contribuir para o aparecimento das úlceras por pressão como: edema, ou tratamentos que podem contribuir para o comprometimento da pele (TIMBY; BARBARA, 2007).

Prevenir a úlcera por pressão é um compromisso ético e humanístico do enfermeiro assumindo vínculo entre processo ensino-aprendizagem baseado no exercício profissional, e para que isto aconteça é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento atualizado para aplicação da prática na prevenção e tratamento visando evitar possíveis complicações (RABEH; CALIRI, 2002).

Além da prevenção das úlceras por pressão ser uma prática, simples e eficiente, para o cuidado utilizado com o paciente é também considerada como um indicador de qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro (GOMES et al., 2009).

Segundo Vieira et al. (2004) a assistência de enfermagem desempenha um papel primordial e está particularmente associada à prevenção das incapacidades e à educação em saúde no sentido de obter uma participação consciente e constante do paciente nos programas, aumentando assim, sua responsabilidade nos resultados esperados.

4.1 Ações de enfermagem no tratamento das úlceras por pressão

A execução do tratamento e uma devida avaliação, são responsabilidades destinadas ao enfermeiro (HAYASHI; BOBROFF, 2003).

O enfermeiro deve preocupar-se em orientar quanto à higiene adequada das mãos ao cuidar das úlceras e quanto às formas de identificação de sinais e sintomas de infecção. Deverá oferecer orientações simples, conscientizar sobre a importância da consulta frequente, informando o progresso da cicatrização da lesão e os produtos utilizados. Garantir que paciente e cuidadores compreendam a necessidade de uma alimentação adequada, sugerir que o paciente consulte um nutricionista para detectar deficiência alimentares (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

Para o tratamento das úlceras por pressão o enfermeiro deve fundamentar-se em metodologias científicas, utilizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), considerada meio para solução dos problemas dos pacientes, possibilitando assim fundamentos para a tomada de decisões e registros adequados da assistência prestada ao paciente (GOMES et al., 2009).

Os enfermeiros por serem os coordenadores da equipe de enfermagem precisam possuir grande conhecimento para assistir e tratar de forma prática, eficiente e segura, sabendo que serão os responsáveis pelos resultados das ações produzidas ao portador de úlcera por pressão (CHAYAMITI; CALIRI, 2010).

Para que o tratamento da úlcera por pressão seja eficiente é necessária atuação de uma equipe multiprofissional, destacando o importante papel do enfermeiro, por ser ele quem tem um maior contato com os pacientes neste processo, e por possuir total liberdade para desempenhar planos de cuidados para os tratamentos das feridas, entre eles é incluída a avaliação da pele e da ferida como um todo, planejamento do cuidado e avaliação para se atingir a meta em relação a cicatrização, autocuidado, e reabilitação, prevenindo assim as complicações maiores (GOMES et al., 2009).

Ao se avaliar a eficácia de um plano de cuidados, feito para prevenir ou tratar as úlceras por pressão, o enfermeiro utiliza a interação que possui com o paciente para determinar se ele alcançou os resultados que fazia parte do plano. O cuidado de enfermagem será eficaz se o paciente, a família e o

cuidador apresentarem satisfação com as medidas de prevenção e tratamento (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

O enfermeiro deve estar atento tanto ao paciente quanto a ferida, o processo de enfermagem engloba várias etapas caracterizando propostas de melhoria da qualidade do cuidado prestado. Para o sucesso do cuidado cada etapa deverá ser seguida corretamente, entre elas estão a avaliação crítica da ferida, planejamento, implementação, evolução e registro de enfermagem, ressaltando a necessidade de um bom relacionamento entre enfermeira e paciente (GOMES et al., 2009).

Para a enfermagem ser eficaz na tomada de decisões inseridas no tratamento curativo e preventivo é necessário manter sempre suas práticas respaldadas por bases científicas, estando consciente de sua relevância para o paciente (SOUZA et al., 2010).

Fernandes et al. (2006) afirmam que a ocorrência da úlcera por pressão, estaria relacionada a má assistência prestada pela equipe de enfermagem.

De acordo com Galvão; Sawada (2003) uma valiosa estratégia para a implementação de planos que desempenhariam uma melhor atuação relacionada aos cuidados utilizando práticas baseadas em ações de enfermagem, seria o desenvolvimento de projetos e pesquisas para a prática clínica e estudos enfocando problemas evidenciando a prática cotidiana, contribuindo assim para procedimentos que irão basear-se em conhecimento científico.

Conhecer as características fundamentais para compor uma escala de avaliação é imprescindível que sejam delimitadas pelo American National Pressure Ulcer Advisory Panel, sendo que a escala deverá ser de fácil aplicação, ter um bom valor de predição e especificidade alta, além de confiabilidade, e validade. Um treinamento com os enfermeiros para orientar e informar a respeito da utilização de escalas para avaliação é necessário para que um tratamento efetivo ocorra (DEFLOOR; GRYPDONK, 2005).

Entre as recomendações a respeito do aspecto nutricional do paciente portador de úlceras por pressão, é destacada a avaliação do estado nutricional dos pacientes onde podem ser utilizados parâmetros como: peso, índice de massa corporal, dados laboratoriais, prega cutânea, além de escolher um

parâmetro adequado nas condições de cada paciente no dizer cuidado a saúde (URSI, 2010).

Informar e orientar a equipe de trabalho é de total importância para prover ingestão nutricional e hídrica satisfatórias, quando possível pode-se adaptar a questão do paladar e apresentação das refeições para estimular a alimentação espontânea (URSI, 2010).

Para Junior et al. (2008) o enfermeiro tem como função na Unidade de Saúde da Família proporcionar uma educação continuada para os auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como para os agentes comunitários de saúde, e como ação principal deverá realizar consultas de enfermagem capazes de oferecer, a identificação dos fatores de risco para o aparecimento da úlcera por pressão.

Um estudo realizado nos Estados Unidos exalta a comparação da atuação do enfermeiro com o médico e conclui que ambos tem a mesma responsabilidade, autoridade, e produtividade, competência e requisitos administrativos para o cuidado em relação a feridas (SILVA; KOBAYASHI, 2009).

Cuidar de feridas não é uma atividade simples, exige que o cuidador tenha certa competência que segundo o relatório da câmara técnica do COFEN nº036/2003 diz: para o enfermeiro coordenar uma clínica ambulatorial de tratamento de lesões de pele, deverá possuir conhecimentos específicos de curativo e de patologias dermatológicas para avaliar, diagnosticar, tratar, prescrever e orientar pacientes portadores de lesões de pele (SILVA; KOBAYASHI, 2009).

Assim o enfermeiro deverá saber as necessidades do paciente, ter conhecimento sobre novas tecnologias e terapêuticas, conhecer diferentes doenças de pele e seus respectivos tratamentos, entender os métodos de prevenção de seqüelas. Neste contexto o enfermeiro deverá desenvolver o procedimento certo, o exame físico e avaliação de feridas, manipular diversas coberturas, se preciso for deve realizar desbridamento, planejar e prever materiais, ser comunicativo, perspicaz, interativo, comprometido líder e organizado (SILVA; KOBAYASHI, 2009).

O enfermeiro deverá focar seu trabalho no sofrimento do paciente pois este é quem recebe seus cuidados, assim é necessário prestar uma

assistência humanizada, levar em conta o momento difícil pelo qual o paciente está passando.

Não basta o hospital ter um atendimento de alta tecnologia é preciso satisfazer as necessidades dos clientes e dos trabalhadores que ali estão, sendo necessário investimento em número suficiente de funcionários com salários compatíveis, como também promover condições adequadas de trabalho para que resultados possam aparecer, sendo também importante que atividades educativas sejam desenvolvidas, para obter a competência para o cuidado (VILA; ROSSI, 2002).

Vale lembrar que o enfermeiro tem respaldo legal para proceder o tratamento de feridas de forma autônoma, conforme os pareceres técnicos do COREN DF nº 005/2003 e 006/2000 (KOBAYASHI, 2009).

O paciente que possui feridas crônicas merece, e tem direito a uma atenção especial dos enfermeiros que ali prestam cuidados, pois estes já têm grande sofrimento com a enfermidade. No intuito de diminuir o desconforto que as úlceras por pressão proporcionam a atuação da enfermagem deve fazer a diferença no sentido de proporcionar melhoria da qualidade de vida.

Uma ferida poderá ser dolorida, sua mensuração dependerá da extensão da lesão, para isso o enfermeiro deverá utilizar diversas técnicas, a fim de minimizar o desconforto durante o tratamento da ferida; deverá remover cuidadosamente o esparadrapo, limpar suavemente as margens das feridas, a fim de evitar o estresse dos tecidos sensíveis; o reposicionamento cuidadoso também ajuda a evitar maiores complicações, administração de medicações com ação analgésica antes do curativo poderá contribuir para evitar desconfortos para o paciente (POTTER; PERRY, 2005).

A busca por uma melhor qualidade de vida para as pessoas que ficarão sob seus cuidados é um compromisso que deverá assumir, ter consciência do cuidado realizado na prática, no ensino e na pesquisa, o que poderá muito contribuir para a humanização do cuidado (MARQUES; SOUZA, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A úlcera por pressão é considerada uma desastrosa e desfavorável realidade no âmbito do cuidado em saúde, trazendo para o portador desconforto e dor.

Causada pela compressão da pele de uma proeminência óssea a uma superfície por um longo período, gera neste local diminuição do suprimento sanguíneo com conseqüente diminuição do aporte de oxigênio, causando destruição da pele, através de feridas de difícil cicatrização.

Através desta pesquisa pode-se perceber que o aparecimento das úlceras por pressão indica falta de cuidado ou cuidado inadequado por parte da enfermagem, que é a responsável pelos cuidados prestados aos pacientes com alguma patologia.

Vale ressaltar, que os pacientes que desenvolvem úlcera por pressão já tem alguma incapacidade, predisposição ou alguma doença que facilita o desenvolvimento de tal problema e por isso, na maioria das vezes dependem

de alguém para prestar os cuidados básicos para que possam ter qualidade de vida.

O enfermeiro deverá focar na prevenção das úlceras objetivando prevenir o sofrimento do paciente então portador, além de evitar as complicações que poderão ocorrer se a úlcera por pressão não for devidamente tratada e também, evitar altos gastos com tratamento.

Para atuar na prevenção destas feridas crônicas o enfermeiro deve evitar pressão nas áreas de proeminência óssea, sendo que a pressão é o principal fator causador da úlcera por pressão, não deve arrastar o paciente no leito, e nem deixar a pele do paciente molhada; também deverá orientar, informar e conscientizar o próprio paciente, a família e cuidadores para que o aparecimento da úlcera não ocorra.

Para isso, o enfermeiro deverá ter conhecimentos de anatomia, para que possa conhecer bem os locais com maior predisposição ao aparecimento das lesões, conhecer os fatores predisponentes ao aparecimento das úlceras e os pacientes que tem maiores chances de desenvolvê-las.

No entanto, se acontecer o aparecimento da úlcera, o enfermeiro deverá tratá-la proporcionando ao paciente um tratamento humanizado e embasado em conhecimento científico para que seja eficaz e que não traga riscos para o paciente, evitando maiores complicações e prevenindo o aparecimento de outras úlceras.

Com base nesta pesquisa pôde-se concluir que se os pacientes que tem alguma predisposição ao aparecimento de uma úlcera por pressão obter da equipe de enfermagem procedimentos como: mudança freqüente de posição para o alívio da pressão exercida em determinados pontos, evitar umidade sobre a pele do paciente, ofertar e orientar não só os pacientes como também a família, alimentação adequada, rica em proteínas e carboidratos, ingestão de água adequada, banhos de sol, hidratar a pele, massagens em áreas com hiperemia para ativar a circulação serão de grande valia na prevenção de úlceras por pressão.

O enfermeiro poderá estar atuando também na avaliação constante da pele dos pacientes mais predispostos ao aparecimento de lesões, para poder proceder visando a prevenção no caso de alguma evidencia de ruptura de pele.

Enfim o enfermeiro estará sempre atuando na prevenção para garantir ao paciente melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.R.D. et al. A Enfermagem e a Utilização da Escala de Braden em Úlcera por pressão. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.359-364, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a04.pdf>> Acesso em: 25 mar. 2011.

BLANES, L. et al. Avaliação Clínica e Epidemiológica das Úlceras por Pressão em pacientes no Hospital São Paulo. **Revista da Associação Brasileira**, São Paulo, v.50, n.2, p.182-187, abr./jun. 2004. Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=ptBR&langpair=en%7Cpt&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15286868>> Acesso em: 23 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde; INCA. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado**. 2009. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/FeridasTumorais.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas para Úlcera Neurotróficas e Traumáticas**. Brasília:Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.ufu.br/files/documentos/Manual_de_Condutas_para_Ulceras_Neurotroficas_e_Traumaticas_MS2002.pdf> Acesso em: 05 fev. 2011.

CARVALHO FILHO, E.T; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CARVALHO, M. P. Perfil dos Pacientes com Úlceras de Pressão Internados no Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP). **Revista da saúde da UCPEL**, Pelotas RS, v.1, n.1, p. 32- 38, jan./jun. 2007; Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&langpair=en%7Cpt&u=httpscholar.google.com/>> Acesso em: 10 mar. 2011.

CORBANI, N.M.S.; BRÊTAS, A.C.P.; MATHEUS, C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.62, n. 03, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300003&script=sci_arttext > Acesso em: 18 mai. 2011.

COSTA, I.G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. 125 f. Dissertação (Mestrado) -Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032004-084518/pt-br.php>> Acesso em : 05 abr. 2011.

DECLAIR, V. Escara de decúbito: prevenção e tratamento. **Revista Nursing**, São Paulo, v.53, p.5-6, out. 2002.

DELISA, J.A; GANS, B.M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas**. 3 ed. Barueri: Manole, 2002.

DUARTE, M. T. C. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.61, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>.

[php?script=sciarttext&pid=S003471672008000700019&lang=pt](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm)> Acesso em: 07 mai 2011

FERNANDES, N.C.; TORRES, G.V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlceras de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Enfermagem**. Goiânia, v.10, n.3, p.733-746, 2008. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>> Acesso em: 25 mar. 2011.

FERNANDES, N.C.S.; TORRES, G.V. Úlceras de pressão em pacientes de terapia intensiva incidência e associação dos fatores de risco: a unidade. **O Boletim FIEP**. Foz do Iguaçu, v. 76, n. 2, p. 55-58, 2006.

FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 edição, Rio de Janeiro:Guanabara Koogan 2006.

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

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

JUNIOR, F. J. G. S. et al. Assistência de Enfermagem ao Portador de Hanseníase: Abordagem Transcultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol.61, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielophp?script=sci-arttext&pid=S003471672008000700010&lang=pt>> Acesso em: 07 mai. 2011.

KOBAYASHI, R. M. SILVA,J. O. Projeto de implementação de um ambulatório de cuidado para clientes portadores de feridas. **Revista nursing**. Portugal, V.12, n. 131, p. 171-176, abr-2009.

LOURO, M. F. M; PEDRO, P. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Portugal. V.19, n.3, p.338, jul– set, 2007.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.63, n.01, jan./fev. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100024&script=sciarttext> > Acesso em: 05 mai. 2011.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da Prevenção e Tratamento das Úlceras por Pressão propostos por enfermeiros. **Revista Escola de Enfermagem USP. São Paulo.** V.43, n.1, p.223-228, abr. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.pdf> > Acesso em: 10 mai. 2011

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística.** 8ª ed. P.1217-1233, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. H. S. **O hospital: manual do ambiente hospitalar.** 11ed. P. 190-204, Curitiba: Manual Real Ltda, 2005.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística.** 8ª ed. P.1217-1233, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P.; PERRY, A. **Fundamentos de Enfermagem.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POTTER, P.A; PERRY A.G. **Fundamentos de enfermagem.** 6 ed. P.1557-1642, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RABEH, S.A.N.; CALIRI, M.H.L. Prevenção e tratamento de úlcera de pressão: práticas de graduandos de enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem.** v.21, n.2, p.133-139, 2002.

ROCHA, C. G. et al. **Revista Eletrônica de Enfermagem dos Centros de Estudo de Enfermagem e Nutrição.** Goiânia- Goiás. V.1, n.2, p.1-18, jan- jul, 2009.

SERPA, L.F. **Capacidade Preditiva da Subescala Nutrição da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão.** São Paulo, 2006. p. 150, Tese(Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/.../Leticia_Serpa.pdf> Acesso em: 12 dez. 2010.

SMELTZER, Suzanne C. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica.** 11 Ed. V.1, p. 171-179, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico.** 10 ed. v.1, p. 184-194, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. P. 561-573, Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAYLOR,C. LILLIS,C. LEMONE,P. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. P. 1107-1117, Porto Alegre: Artmed, 2007.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 8 ed. P. 616-625, Porto Alegre: Artmed, 2007.

URSI, E. S. **Avaliação do desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes cirúrgicos**. Ribeirão Preto, 2010. p.128. Tese (Doutorado – Programa de Pós – graduação em Enfermagem Fundamental. Área de concentração: Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de são paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../ELIZABETHSILVAURSI.pdf> Acesso em: 02 dez. 2011.

VIEIRA, V. B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arquivo ciências saúde**. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Vf6dzcvSXjQJ:www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac05%2520%2520id%252013.pdf+a+importancia+da+assistencia+de+enfermagem+na+hanseníase&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESjKfD5PjUIFoazN1w3BzbfrYC7RS9WGyRf0Sx1T9_k-oKIZsmj5yOTJqkiGnEQqUuU04qJ74r_PYt3-c1sp38n7dwTYM9vorujuwKMIQvwT5hruF8OxXOVIR27ygHaUZdPznOlB&sig=AHIEtbRmNODYioUZ0OMJnFXIPXA8Uie_CQ/> Acesso em: 02 maio 2011.

VILA , V. S. C.; ROSSI, L. A. O. significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, mar.-abr.2002. Acesso em 16 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lng=pt&nrm=iso> Acesso em:03 mai. 2011.